

XVII
113

М

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ
1910—1911 учебномъ году.

№ 26.

КЪ ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНОМЪ МЫШЕЧНОМЪ ТУБЕРКУ-
ЛЕЗѢ.

(Клиническое и экспериментальное изслѣдованіе).

Изъ лабораторіи пропедевтической хирургической клиники
проф. В. А. Оппель.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
Н. М. Мультановскаго.

64753

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были: профессора:
А. И. Моисеевъ, В. А. Оппель и приватъ-доцентъ И. Н. Петровъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Штаба Отдѣльнаго Корпуса Жандармовъ. Спасская ул., № 17.
1911.

БИБЛИОТЕКА
Кафедры Спелеологии
Киевского Императорского университета

Серия докторских диссертаций, допущенных к защите в
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академии в
1910—1911 учебном году.

7- МАЯ 1911

№ 26.

КЪ ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНОМЪ МЫШЕЧНОМЪ ТУБЕРКУ-
ЛЕЗЪ.

(Клиническое и экспериментальное исследование).

Изъ лаборатории пропедевтической хирургической клиники
проф. В. А. Опель.

1887

ДИССЕРТАЦИЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
Н. М. Мультаковского.

Цензорами диссертации, по поручению Конференции, были: профессора:
А. И. Моксеевъ, В. А. Опель и приват-доцентъ Н. Н. Петровъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія Штаба Отдѣльнаго Корпуса Жандармовъ. Спасская ул., № 17.
1911.

Получено
1906 г.

64753

1887

1950

7-1011 2012

Переучет-68

Докторскую диссертацию врача Н. М. Музыкановского под заглавием «Къ вопросу о первичномъ мышечномъ туберкулезѣ» печатать разрешается, съ тѣмъ, чтобы по опечатаніи было представлено въ ИМПЕРАТОРСКУЮ Военно-Медицинскую Академію 500 экземпляровъ самой диссертации и 300 экземпляровъ краткаго резюме ея (выводовъ), при чемъ 150 экземпляровъ диссертации и выводы должны быть доставлены въ канцелярію Академіи, а остальные 350 экземпляровъ диссертации — въ бібліотеку Академіи.

С.-Петербургъ 10 февраля 1911 года.

Ученый секретарь, академикъ А. Діаніинъ.

ВСТУПЛЕНІЕ.

Предпринятая нами работа естественно распадается на 3 отдѣльныя главы.

Въ *первой* дѣлается описаніе казуистической литературы мышечнаго туберкулеза. Описаніе это ограничивается, согласно съ другими авторами, рассмотрѣніемъ лишь туберкулеза такъ называемыхъ скелетныхъ мышцъ. Слѣдовательно сюда не входятъ не только заболѣванія гладкой мускулатуры, но и нѣкоторыхъ органовъ, имѣющихъ строеніе поперечно полосатыхъ мышцъ (сердца, языка, стѣнки пищевода).

Основаніемъ для выдѣленія послѣднихъ служатъ нѣкоторыя различія въ анатомическомъ строеніи, а также и ихъ функціи, заставляющія смотрѣть на нихъ, какъ на особые, требующіе отдѣльнаго описанія органы.

Въ частности относительно сердечной мышцы къ упомянутымъ основаніямъ нужно присоединить еще то обстоятельство, что туберкулезное пораженіе миокардіа представляетъ собой заболѣваніе, не могущее быть при жизни распознаннымъ и тѣмъ болѣе оперированнымъ. А это послѣднее лишаетъ его вообще хирургическаго интереса.

Во *второй* главѣ мы пытаемся на основаніи имѣющейся литературы нарисовать клиническую картину первичнаго мышечнаго туберкулеза съ его теченіемъ, дифференціальнымъ распознаваніемъ и т. д.

Третья глава прежде всего посвящена обзору имѣющейся литературы экспериментальнаго туберкулеза и затѣмъ описанію произведенныхъ нами надъ мышцами опытовъ и ихъ результатовъ.

I.

Прежде чѣмъ приступить къ изложенію имѣющихся въ литературѣ случаевъ первичнаго туберкулеза мышцъ, мы позволимъ себѣ остановиться на принятой терминологіи и выразить, что понимается подъ первичнымъ и что подъ вторичнымъ мышечнымъ туберкулезомъ.

Необходимость для подобнаго отступленія достаточно ясна изъ того обстоятельства, что въ термини «первичный» и «вторичный» при разсужденіи о мышечномъ туберкулезѣ вкладывается нѣсколько другое содержаніе, чѣмъ когда рѣчь идетъ о другихъ болѣзненныхъ процессахъ или даже о туберкулезѣ, но другихъ органовъ.

Тамъ «первичнымъ»,—вполнѣ правильно съ филологической точки зрѣнія,—процессъ называется въ томъ случаѣ, когда онъ представляетъ собой *первый* очагъ въ организмѣ, и «вторичнымъ»—когда кромѣ него имѣется еще другой, болѣе ранній очагъ.

Въ отношеніи же мышечнаго туберкулеза вторичнымъ принято называть процессъ въ томъ случаѣ, когда инфекция перешла на мышцу *per continuitatem*, съ сосѣднихъ больныхъ тканей или органовъ, напр. костей, суставовъ, железъ и т. п. Первичнымъ же, когда ближайшія сосѣднія ткани совершенно здоровы и инфекция перебросилась на мышцу съ какого либо болѣе или менѣе отдаленнаго органа, напр. изъ легкихъ, изъ стѣнки кишечъ, железъ и т. д. Въ эту послѣднюю рубрику вносятся также и случаи действительно первичнаго туберкулеза, т. е. когда туберкулезное гнѣздо въ мышцѣ является первымъ очагомъ во всемъ организмѣ.

Получается такимъ образомъ нѣкоторая путаница въ по-

нятійхъ и, чтобы избѣжать ее, нѣмецкіе авторы (Ziegler и др.) рекомендуютъ ту категорію случаевъ мышечнаго туберкулеза, которая подучается вследствие переноса съ другого болѣе или менѣе отдаленнаго очага, называть метастатической (Lanz und Quervain) или гематогенной (Ziegler).

Тогда слѣдовательно получилось бы три категоріи мышечныхъ туберкулезомъ:

I) вторичный туберкулезъ мышцъ, перешедшій съ сосѣднихъ органовъ,

II) вторичный гематогенный, или—вѣрнѣе—метастатическій туберкулезъ мышцъ, когда процессъ переходитъ на мышцу по кровеносной системѣ съ отдаленнаго органа и

III) собственно первичный мышечный туберкулезъ, т. е. представляющій собой первоначальный очагъ инфекціи въ организмѣ.

При такомъ дѣленіи номенклатура мышечныхъ туберкулезомъ приобрѣтала бы большую филологическую правильность и стояла бы въ большемъ соответствіи съ установленными понятіями для другихъ органовъ.

Тѣмъ не менѣе мы считаемъ болѣе целесообразнымъ,—чтобы не внести еще большую путаницу въ установленныя понятія,—остаться при твердо упрочившейся въ общемъ созданіи прежней терминологіи и въ дальѣйшемъ подъ первичнымъ мышечнымъ туберкулезомъ понимаемъ какъ случаи, помѣченные во II группѣ (вторичный гематогенный), такъ и въ III (собственно первичный).

Это послѣднее представляется намъ тѣмъ болѣе допустимымъ, что случай III группы, какъ это будетъ ясно изъ дальнѣйшаго, представляютъ только теоретическій интересъ, и если возможны, то въ видѣ рѣдкихъ исключеній.

Ставъ на такую точку зрѣнія, мы находимъ, что для распознаванія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ первичнаго туберкулеза мышцъ необходимо во 1-хъ, чтобы была точно выяснена натура имѣющагося въ мышцѣ процесса и во 2-хъ, чтобы былъ доказанъ первичный его характеръ, т. е. устранена возможность перехода *per continuitatem*.

Натура страданія не можетъ считаться вполнѣ доказанной на основаніи однихъ клиническихъ только симптомовъ,

так как в клинической картине туберкулеза нет таких признаков, которые имели бы абсолютное распознавательное значение.

Для доказательства необходимо микроскопическое исследование, которое в случаях нахождения на срезях типичных туберкулезных картин дается уже в руки довольно прочных точки опоры.

Но безусловную верность получает распознавание только в тех случаях, когда или на срезях, или в тканевом распаде открываются окрашиваемые характерные бактерии Koch'a, или когда прививка взятой из больного очага продуктов тканевого распада или гноя вызывает у животных характерный туберкулезный процесс.

Что же касается до вопроса о первичности мышечного процесса в каждом конкретном случае, то последняя доказывается тщательным исследованием окружающих тканей и органов (в клинике, на операции, на секционном столе), в итоге которого будет с очевидностью устранена возможность распространения процесса с соседних органов.

Съ этим критерием мы и приступим къ разбору и изучению имющихся въ литературѣ случаевъ, претендующихъ на диагнозъ первичнаго мышечнаго туберкулеза, при чемъ теперь же, забывая впередъ, позволимъ себѣ сказать, что всѣ случаи, опубликованные до 1892 г., когда были обнаружены великія открытія Koch'a относительно возбуждителя бугорчатка, не могутъ быть помѣщены въ категорию несомнѣнныхъ первичныхъ мышечныхъ туберкулезовъ.

Но все таки мы не считаемъ возможнымъ совершенно ихъ игнорировать прежде всего потому, что по крайней мѣрѣ известная часть ихъ не лишена клиническаго интереса; затѣмъ, сколько удалось выяснитъ на основаніи изученія литературы, до сихъ поръ на русскомъ языкѣ еще не появлялось ихъ описанія и не дѣлалось критической оцѣнки.

Первыя опубликованныя наблюденія относятся еще къ началу прошлаго столѣтія, именно къ 1803 г., когда Latour въ диссертации: «Essai sur le rhumatisme», сообщилъ о своихъ наблюденіяхъ:

Сл. I-й. Большой поступилъ съ рѣзко выраженнымъ гидроцефомъ, на 3-й день—exitus Аутопсія: легочный тбс; въ правомъ бедрѣ между m. quaiceps et rectus internus измѣется гнойный очагъ, другой такой же находится вдоль бедренной кости; наконецъ третій въ интересѣ между находящимися около колѣна сухожилиями. Два послѣдніе абсцесса стоятъ въ несомнѣнной связи съ колѣнными суставами; измѣющийся въ нихъ гной характеризуется жидкой консистенціей и сбрытатымъ цвѣтомъ, въ то время какъ гной перваго абсцесса болѣе густъ и желтаго цвѣта.

2-й сл. Крѣпко сложенный мужчина, 34 л. очень острое заболѣваніе съ колющемъ въ бокахъ, одышкой, кашлемъ, мокротой и лихорадкой. На 11-й день ремиссія. На 13-й день въ правомъ бедрѣ, черезъ день послѣ этого боль въ правой ручной кисти и обоихъ предплечьяхъ. Около этого же времени въ срединѣ лѣваго предплечья флюктуирующая опухоль. Лѣвый колѣнный суставъ болѣзненъ. Кожа въ области gluteus, ovi, верхнихъ и нижнихъ конечностей покрыта пустулезными высыпаниями. На 29-й день рожа на лицѣ, бредъ, на 30-й день exitus.

Аутопсія: правосторонній легочный туберкулезъ, въ правой дельтовидной мышцѣ между мышечными волокнами гнойный очагъ. Въ m. radialis sin. абсцессъ со свѣтлымъ, почти серознымъ гноемъ. Также абсцессъ въ m. semitendinosus dexti. Наконецъ гноемъ выложенный лѣвый колѣнный суставъ, не сообщаящийся, повидимому, съ соседними тканями.

Само собою понятно, что эти Latour'овскіе случаи не выдерживаютъ и самой снисходительной критики и не могутъ быть отнесены къ группѣ первичныхъ мышечныхъ туберкулезовъ. Самъ Latour трепировалъ ихъ какъ, «ревматическія заболѣванія, которыя закончились нагноеніемъ» и только Despès, значительно поздѣе, распозналъ въ нихъ мышечный туберкулезъ.

Какъ видно изъ краткаго описанія болѣзней, 1-мъ случаемъ имѣлся абсцессъ въ мышцахъ бедра при одновременномъ существованіи гнойнаго процесса въ колѣнѣ и около бедренной кости. Единственная точка опоры для предположенія различнаго для того и другого очага патогенеза дежить, повидимому, въ томъ обстоятельстве, что цвѣтъ гноя и его консистенція были неодинаковы въ томъ и другомъ случаѣ.

Но само собою понятно, этого основанія не можетъ быть достаточно для того, чтобы отрицать полную ихъ идентич-

ность и общее происхождение. Иначе говоря, если и допустить, что в данном случае был туберкулез *m. quadriceps*, то скорее всего возникший вследствие перехода съ соседних органов.

Что касается второго случая, то не говоря уже о том, что и в нем нет несомненных данных для распознавания туберкулеза, он достаточно типичен для последнего уже своим анамнезом и картиной остро развивающегося и быстро приводящего к смерти заболевания. Съ большими, казалось бы, основаниями здесь мог бы предположен не туберкулез, а наличие туберкулеза.

Кроме этих Latougueвских случаев до второй половины прошлого столетия въ литературѣ не имѣется совсѣмъ указаний на мышечный туберкулезъ.

Лишь во французскомъ компендіумѣ хирургіи отъ 1851 г. вновь описываются межмышечные холодные абсцессы (этиология, картина, лечение) и приводятся 2 новыхъ наблюденія Berard'a и Denonvilliers'a.

Въ обоихъ дѣло идетъ о гнойномъ очагѣ въ толщѣ *m. bicipitis brachii*, одѣтомъ плотной и толстой капсулой, при чемъ выздоровленіе въ томъ и другомъ случаѣ достигнуто опорожненіемъ гнойниковъ послѣ широкаго разрѣза и частичнымъ иссѣченіемъ ихъ капсулы. Описание этихъ случаевъ, очень поверхностное и общее, не даетъ совершенно точекъ опоры для опредѣленнаго діагноза. По всѣмъ видимостямъ дѣло касается процесса, очень походяго на первичный мышечный туберкулезъ, но утверждать это съ увѣренностью невозможно.

Слѣдующимъ въ хронологическомъ порядкѣ будетъ случай, описанный Vichanap'омъ (1856 г.).

Мужчина, 33 л. умеръ отъ казеозной пневмоніи. При аутопси найдены въ *m. gastrocnemius* абсцессъ, полость котораго содержитъ обильное количество гноя и остатки крови. Стѣнка, образованная измѣненной мышечной тканью, покрыта на одномъ ограниченномъ участкѣ фибриными точечными пятнами, похожими на милиарія туберкулы. При микроскопическомъ исследованіи въ гноѣ констатированы кристаллы гематина; а стѣнка абсцесса сильно инфильтрирована жиромъ,

при чемъ мышечныя волокна мѣстами утратили поперечную исчерченность.

Самъ авторъ третируетъ настоящій случай—какъ туберкулезный миозитъ, возникшій на почвѣ кровоизліянія въ толщу мышцы,—очевидно на основаніи макроскопической картины мелкихъ бѣлыхъ узелковъ въ стѣнкѣ капсулы. Но едва ли можно съ нимъ согласиться, такъ какъ данныя макроскопическаго послѣдованія къ сожалѣнію не подтверждаютъ поставленный діагнозъ.

Далѣе въ 1859 г. Tatumъ рассказываетъ о женщинѣ 22 л., которая была оперирована по поводу находящагося въ толщѣ *m. bicipitis* и прочно съ нимъ связаннаго абсцесса.

Имѣющееся краткое описаніе не даетъ совершенно возможности выяснитъ детальную картину заболевания и его натуру.

Къ тому же 1859 г. относится обстоятельная работа Linhard'a: «zur Lehre von den Abscessen», гдѣ представлено описаніе 4 наблюдавшихся авторомъ случаевъ.

1 случай. 9 л. мальчикъ, золотушный habitus. Безъ видимой причины появился одна за другой нѣсколько опухолей—безболѣзненныхъ, флюктуирующихъ, покрытыхъ нормальной кожей и довольно подвижныхъ. Самая большая—длинной около 4 поперечныхъ пальцевъ и около 3-хъ въ ширину, находилась на лѣвой половинѣ грудной кѣтки и располагалась въ *m. serratus major*. Плевра и легкія не задѣты. При разрѣзѣ обнаружена полость, содержащая довольно густой, сметанообразный желтоватый гной. Стѣнка полости образована, повидимому, изъ мышечной ткани. Введенный палецъ нигдѣ не прощупывалъ шероховатой кости. Тампонада полости. Черезъ нѣсколько дней—обнаруженъ абсцессъ, сидящій на наружномъ краѣ *m. latissimus dorsi*. Опять разрѣзъ съ аналогичными находками.

2 сл. 45 л. женщина. Между позвоночникомъ и внутреннимъ краемъ правой лопатки—опухоль диаметромъ около $\frac{1}{2}$ фута. Кожа надъ ней подвижна. При разрѣзѣ—гной. Топографическія отношенія абсцесса къ окружающимъ тканямъ точно не указаны. Выздоровленіе черезъ 2 мѣсяца.

3 сл. Больной 16 л., золотушнаго вида. Опухоль на правой половинѣ груди, въ *m. serratus major*, флюктуируетъ, при сокращеніи мышцы становится твердой и кругловатой. Разрѣзъ, выздоровленіе черезъ 2 мѣсяца.

4 сл. Мужчина, 59 л. Абсцессъ, величиной въ ябло въ *m. latissimis dorsi*; кроме этого другой, величиной въ орехъ, въ *m. obliquus externus d.* и третий, величиною болѣе кулака, въ *m. gastrocnemius dext.* Последний при спокойномъ положеніи ноги продолговатъ, при экстензіи принимаетъ болѣе кругловатую форму и при этомъ такъ напружается, что почти совсѣмъ исчезаетъ флюктуация.

Стараясь на основаніи этихъ случаевъ, а также и нѣкоторыхъ извѣстныхъ автору, харисовать болѣе или менѣе типичную детальную картину холоднаго мышечнаго абсцесса, Linhard отмѣчаетъ слѣдующія анатомическія подробности: обычно въ болѣе раннихъ стадіяхъ отсутствуютъ гнойники въ подкожной соединительной ткани; лишь потомъ, когда абсцессъ очень увеличивается и изъязвляется его стѣнка, онъ можетъ лежать и въ подкожной ткани, и кожа съ клетчаткой утрачиваетъ тогда обычную подвижность. Образование гноя происходитъ въ интерстиціальной ткани мышечныхъ пучковъ, и вначалѣ имѣются совершенно изолированные малые очажки, которые, по мѣрѣ гибели разъединяющихъ ихъ мышечныхъ волоконъ, сливаются въ болѣе значительные. Въ частяхъ мышцъ, находящихся вблизи отъ полости абсцесса, наблюдаются симитомы размягченія, жирового перерожденія и частичнаго некроза.

Всѣ эти указанія, а равно очень тщательно и въ болѣешихъ подробностяхъ нарисованная клиническая картина съ теченіемъ и исходомъ заболѣванія, очень напоминаютъ типичную картину первичнаго мышечнаго туберкулеза. Къ сожалѣнію отсутствіе подробнаго гистологическаго изслѣдованія и типичной для туберкулеза микроскопической картины не даютъ возможности остановиться на этомъ съ увѣренностью.

Въ томъ же 1859 г. опубликованы еще 2 случая P. Fischer'омъ, которые по своему началу и клинической картинѣ очень напоминаютъ первичный туберкулезъ мышцъ, но, за отсутствіемъ точныхъ микроскопическихъ изслѣдованій, отнести ихъ къ категоріи несомнѣнныхъ не приходится.

I. сл. Крѣпкая женщина, 50 л. Послѣ утомительной мышечной работы (пилила дрова) стала замѣчать боли въ правой рукѣ; черезъ нѣкоторое время появилась опухоль, величиной около дюйма, расположенная въ области *m. bicipitis brachii*.

Флюктуируетъ, покрыта нормальной кожей, вмѣстѣ съ *m. biceps* подвижна, при сокращеніи послѣдняго дѣлается твердой. Разрѣзъ: зеленовато-желтый жидкій гной; кость не задѣта. Сильно гноящаяся рана велѣлся введениемъ іода. Въ концѣ концовъ пациентка выписалась съ незажившей раной.

II сл. Мальчикъ, 15 л., хорошаго тѣлосложенія, увеличенныхъ железъ не обнаруживается. На сгибательной поверхности плеча, въ толщѣ *m. bicipitis* продолговатая флюктурирующая опухоль, медленно въ теченіе мѣсяца развивающаяся и очень напружающаяся при сокращеніи мышцы. Разрѣзъ: густой гной. Заболѣваніе кости исключается.

Такимъ образомъ, подводя итоги приведеннымъ до сихъ поръ наблюденіямъ, нужно сказать, что всѣ они страдаютъ недостаточной полнотой и точностью описанія. Клиническая картина въ нѣкоторыхъ изъ нихъ очень напоминаетъ наблюдаемую при первичномъ мышечномъ туберкулезѣ, но къ сожалѣнію характеръ процесса ни въ одномъ случаѣ не подтверждается подробной микроскопической картиной. Благодаря этому ни одинъ изъ нихъ не можетъ быть третиранъ, какъ случай несомнѣннаго первичнаго мышечнаго туберкулеза.

Этому обстоятельству и нужно, конечно, приписать, что Virchow еще въ 1863 г. отрицательно относился къ возможности первичнаго туберкулезнаго процесса въ мышцахъ, и что даже въ наиболѣе солидныхъ и распространенныхъ руководствахъ хирургіи того времени (Billroth, Hueter, König, Albert) о мышечномъ туберкулезѣ почти не упоминается.

Tillmans тоже сморгъ на находку первичнаго внутримышечнаго туберкулеза какъ на величайшую рѣдкость и указываетъ, что почти всегда туберкулезъ здѣсь бываетъ вторичнымъ, послѣ заболѣванія соседнихъ костей, суставовъ и проч.

Чтобы исчерпать литературу, имѣющуюся до 1886 г., когда опубликованы были первые несомнѣнно первичные туберкулезные процессы въ мышцѣ изъ книжки Virns'a, я позволю себѣ указать еще на слѣдующихъ авторовъ.

Въ 1866 г. Desprès въ диссертации, послѣ анализа сообщенныхъ уже нами фактовъ, приходитъ къ заключенію, что дѣло здѣсь шло о холодныхъ абсцессахъ туберкулезнаго или гуммознаго характера, при чемъ самъ онъ болѣе склоняется

къ распознаванію гуммы, а случай чистаго туберкулезнаго абсцесса видѣть въ одномъ лишь изъ наблюденій Latour'a

Hayem (1876 г.) утверждаетъ, что при скрофулезѣ мышцы могутъ быть мѣстомъ для образованія холодныхъ абсцессовъ, но происходить эти гнойныя скопленія чаще всего изъ кости и только потомъ, прорываясь черезъ апоневрозъ, могутъ перейти на мышцу.

Le Dentü (1877 г.) въ Новомъ словарѣ медицины и практической хирургіи трактуетъ о патечномъ абсцессѣ, который, располагаясь въ мышцѣ, можетъ инфильтрировать и размягчать послѣднюю и образовать гнойныя скопленія. Характерными признаками, по его мнѣнію, служить ходъ болязни и одновременное существованіе другихъ признаковъ зотухи.

Marchand (1878 г.) описалъ найденный имъ на секціонномъ столѣ случай мышечнаго туберкулеза, а также случай Genzmer'a.

Въ 1885 г. Ottendorf въ своей диссертациі описываетъ 5 новыхъ случаевъ мышечнаго туберкулеза, наблюдавшихся Zenker'омъ.

Въ виду того, что эти случаи (Marchand'a и Ottendorf'a) относятся къ группѣ вторичныхъ мышечныхъ туберкулезовъ самими авторами, мы позволимъ себѣ ограничиться однимъ лишь упоминаніемъ о нихъ.

Въ 1886 г. появились въ *klin. Beiträge zur Chirurgie* 2 сообщенія изъ Тюбнгенской клиники проф. Bruns'a, одно—Nabermaas'a, другое—Müller'a.

Случай Nabermaas'a. Мельникъ, 54 л., изъ здоровой семьи. Около 30 л. перенесъ воспаленіе легкихъ. 2 года назадъ сталъ часто жаловаться на усталость и боли въ рукахъ и ногахъ, особенно при ходьбѣ. Въ февралѣ 83 г. замѣтилъ на лѣвомъ предплечьѣ опухоль, величиной съ горошину, подвижную, безболѣзненную. Одновременно появились сильныя боли, идущія отъ лѣваго предплечья къ плечу, которыя постепенно перешли на правое плечо и правое предплечье. Въ заключеніе появились затрудненія при движеніяхъ головы и боль въ спинѣ. Отъ работы пришлось отказаться. Въ началѣ 1884 г. поступилъ въ клинику.

Status pr.: Умѣреннаго питанія. Легочныя и сердечныя феномены нормальны. Двусторонняя тугость уха. Двигательная

и чувствительная сферы не задѣты. Давленіе на голову и на 5-й грудной позвонокъ болѣзненно. При изслѣдованіи обнаружены въ большомъ количествѣ опухоли, особенно ясно замѣтныя на конечностяхъ и обладающія слѣдующими признаками: мягкая консистенція, флюктуация, подвижность при разслабленной мускулатурѣ, неподвижность при сокращеніи послѣдней, отсутствіе болезненности; кожа надъ ними нормальной окраски и съ обычной подвижностью. Опухоли находятся:

1) на локтевой поверхности лѣваго предплечья, продолговатая, величиной съ куриное яйцо.

2) на тыльной поверхности лѣваго предплечья, въ грецкій орѣхъ;

3) на передней поверхности лѣваго предплечья вблизи лучезапястнаго сустава, сильно выдающаяся, въ грецкій орѣхъ;

4) на правой половинѣ грудной кѣтки около соска, въ голубиное яйцо;

5 и 6) 2 опухоли на правомъ плечѣ, на задней его поверхности, величиной та и другая съ воложскій орѣхъ.

7) по лѣвую сторону перваго поясничнаго позвонка, въ грецкій орѣхъ;

8) въ серединѣ праваго предплечья, на передней его поверхности, въ голубиное яйцо.

9) на наружной поверхности праваго бедра, въ средней его $\frac{1}{3}$, прощупывается тѣжъ, толщиной въ палецъ и около 5 см. длиной и возлѣ него узелъ, величиной съ горошину.

10) на внутренней поверхности правой голени, въ голубиное яйцо.

11) по внутреннему краю лѣвой стопы, вблизи отъ malleolus internus, въ грецкій орѣхъ и наконецъ

12) въ серединѣ лѣваго плеча, по наружному краю m. bicipitis, величиной съ горошину.

Всѣ эти опухоли, перечисленныя въ порядкѣ ихъ появленія, были въ нѣсколько приемовъ изсѣчены и представляли изъ себя узлы, содержащіе въ центральной части большее или меньшее количество гнойнаго расплава. Наружная ихъ поверхность прочно срослась съ окружающими тканями и постепенно, безъ рѣзкихъ граней, переходила въ нихъ. Заживленіе во всѣхъ случаяхъ получено первымъ натяженіемъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи обнаружено, что стѣнка опухоли пронизана многочисленными туберкулами, которыя чаще расположены въ области кѣтчатки, помещающейся между мышечными пучками; соответствующимъ окра-

шиваемъ обнаружены въ грануляціонной ткани туберкулезныя бациллы.

23 п 1884 г. больной выпалсая, и дальѣйшія сѣдѣнія о немъ получены отъ мѣстнаго врача. Вскорѣ послѣ возвращенія домой постепенно появились и нарастаи симптомы со стороны спинного мозга, и въ полѣ 85 г. больной умеръ при явленіяхъ высокой степени маразма. За три дня до смерти высокая температура и плевритъ съ большимъ количествомъ выпота.

Аутопсія: абсцесъ въ шейной части позвоночнаго канала. Серозно-фиброзный плевритъ. Оба легкія совершенно свободны отъ туберкулезнаго процесса, а равно и другіе внутренніе органы.

Случай Müller'a. Больной 35 л. 3 мѣсяца назадъ стала развиваться опухоль на правомъ бѣдрѣ, прічинявшая небольшие боли при ходьбѣ и при давленіи на нее.

Первый разъ большой поступилъ въ клинику въ октябрѣ 85 г. Общее состояніе удовлетворительное, на туберкулезъ внутреннихъ органовъ никакихъ указаній. Въ средней трети праваго бедра, на его передне-наружной поверхности, имѣется продолговатая опухоль (до 17 см.), своимъ длиннымъ размеромъ идущая сверху и отчасти снаружи книзу и внутрь. При оцупываніи получается впечатлѣніе, что опухоль лежитъ въ глубинѣ, въ мышечной субстанціи; при сокращеніи м. quadriceps она становится напряженной и неподвижной. Поверхность опухоли бугриста. Консистенція на периферіи твердая, въ центрѣ флюктуанія; при давленіи болѣзненность. Тазобедренный и коленный суставы здоровы. Сдѣлана пункция, при чемъ удалено до 40 к. с. гноя и введено 20 гр. 10%/о йодоформъ-глицерина. Въ ноябрѣ больной пожелалъ выписаться въ прежнемъ состояніи.

Издѣлованіе гноя на туберкулезныя палочки дало отрицательный результатъ.

Въ мартѣ 86 г. вторичное поступленіе въ клинику. Самочувствіе значительно ухудшилось. Опухоль нѣсколько увеличилась, особенно въ ширину. На прежнемъ мѣстѣ флюктуанція уже не распознается, а располагается въ нижнихъ отдѣлахъ опухоли. Послѣ безрезультатнаго леченія іодомъ опухоли изсѣчена. Оказалось, что она находится въ толщѣ м. quadriceps и представляетъ цѣлый рядъ очаговъ, межъ собою связанныхъ, величиной отъ кедроваго орѣха, и ихъ центральные отдѣлы состоятъ изъ гноя или изъ мягкой грануляціонной ткани; а периферія—изъ толстой плотной капсулы. Нижняя, флюктуирующая часть опухоли, была зашита полостью, содержащей жидкій клочковатый гной и от-

граниченной отъ окружающихъ частей тонкостѣнной капсулой.

Рана въ мышцѣ шита катгутомъ, въ глубину вставленъ дренажъ, кожа тоже частично шита. Въ началѣ заживленія шло довольно хорошо, но на 14-й день весь рубецъ раскрылся, на поверхности показались выпяты грануляцій и сталъ выдѣляться жидкій, серозно-гнойный секретъ. Въ декабрѣ 86 г. окончательное заживленіе. Получилась легкая хромота на правую ногу.

При микроскопическомъ изсѣдованіи обнаружена довольно характерная картина туберкулезныхъ узелковъ, какъ солитарныхъ, такъ и слившихся между собой, состоящихъ изъ эпителіоидныхъ кѣлѣтокъ съ единичными гигантскими и подчасъ съ казеозно перерожденной центральной частью. Туберкулезныхъ бацилл на препаратахъ не обнаружено.

Оба эти случая (Nabermaas'a и Müller'a) должны быть отнесены къ группѣ первичныхъ мышечныхъ туберкулезовъ и обычно считаются первыми, извѣстными изъ литературы, случаями этого рода.

Натура страданія достаточно ясна въ случаѣ Nabermaas'a изъ микроскопической картины, особенно благодаря констатированію туберкулезной бациллы. Что же касается до случая Müller'a, то хотя ни въ добытомъ гноѣ, ни на срѣзахъ установить наличие палочки Koch'a не удалось, тѣмъ не мене всѣ авторы въ одинъ голосъ считаютъ его типичнымъ примѣромъ туберкулезнаго пораженія мышцы, въ виду не оставяющей мѣста для сомнѣній микроскопической картины туберкулезъ.

Первичный же характеръ пораженія мышцы въ томъ и другомъ случаѣ несомнѣненъ на основаніи какъ клинической картины, такъ особенно данныхъ, добытыхъ изъ операціи.

Въ 1891 г. на французскомъ хирургическомъ конгрессѣ были сообщены новыя наблюденія надъ первичнымъ мышечнымъ туберкулезомъ S. Reverdin'омъ (1 случай) и Delonghe'омъ (4 случая).

Случай Reverdin'a. Мускулистый, крѣпкаго тѣлостроженія дѣтисчикъ, 17 л. Рассказываетъ, что 14 дней назадъ, послѣ подниманія тяжелаго куска желѣза, образовалась у него на правой рукѣ опухоль, въ дальнѣйшемъ постепенно увеличи-

вающаяся. Боли нетъ, но чувствуетъ препятствіе при работѣ.

Status pr.: Общее состояніе хорошее, никакихъ слѣдовъ заболѣванія внутреннихъ органовъ. На правомъ большомъ пальцѣ руки—поверхностная рана, окруженная гиперемическимъ поясомъ. Никакихъ слѣдовъ лимфангита ни на предплечьи, ни на плечѣ. На задне-наружной сторонѣ праваго плеча, на границѣ верхней и средней трети, легкая, но видная припухлость. При пальпации здѣсь ощущается продолговатая, овальной формы и эластической консистенціи опухоль, величиной съ небольшой грецкій орѣхъ. Кожа надъ ней нормальная. Съ костью опухоль не связана, при сокращеніи *m. tricipitis* тверда и неподвижна. Отсутствие боли, но при давленіи довольно интенсивная боль. Отсутствие общей и мѣстной лихорадки. Железы въ правой подмышкѣ увеличены и чувствительны къ давленію.

При дальѣйшемъ наблюденіи открыта другая опухоль въ области стѣнки живота, круглой формы и величиной съ грецкій орѣхъ, консистенція на периферіи твердая, въ центрѣ размягченіе. Кожа надъ ней багрово-красная; при давленіи болѣзненность.

Вслѣдствіе подозрѣнія на *lues* предпринято леченіе іодомъ, продолжавшееся 14 дней. Опухоль на плечѣ за это время значительно увеличилась въ объемъ и стала флюктуировать. Также увеличилась и опухоль брюшной стѣнки.

Оператія. Въ толщѣ *m. tricipitis* обнаружена полость, содержащая серозный свернувшійся гной и выстланная фунгозной оболочкой. Киаружи отъ послѣдней лежитъ слой фиброзной ткани и, наконецъ, мышца. Вполнѣ аналогичныя измѣненія найдены и въ опухоли стѣнки живота.

Выскабливаніе острой ложечкой. Рана на животѣ зажила быстро, на плечевой же—образовалась свищъ, закрывшійся лишь послѣ длительного нагноенія.

Черезъ 9 мѣсяцевъ въ нижней половинѣ того же плеча замѣчена припухлость съ несильными контурами, достигающая къверху середины стараго операціоннаго рубца. Ясная флюктуация въ нижней части, затвердѣніе въ верхнемъ. Полость. Съ костью не связана. При стѣпаніи предплечья становится твердой и неподвижной.

Оператія. Полость, находящаяся въ нижней части опухоли содержитъ характерный гной и выстлана фунгозной оболочкой, безъ всякихъ затрудненій отдѣляется острой ложечкой. Затвердѣніе, соответствующее верхнему отдѣлу припухлости, дѣлкомъ расположено въ мышцѣ и представляетъ собой узелокъ, величиной съ горошину, сѣровато-краснаго цвѣта и

состоитъ изъ фунгозной, еще не потерявшей сыровиднаго перерожденія, ткани. Въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ этого узла находится другой, величиной съ булавочную головку. И тотъ и другой изъѣщены. Гной изъ полости взять и съ предосторожностями привить морскимъ свинкамъ.

Раны зарубцевались послѣ длительного нагноенія. Но этихъ дѣло не ограничилось. Черезъ нѣсколько недѣль появилась припухлость подошмы наружной лодыжки лѣвой ноги. На основаніи всего симптомокомплекса авторъ останавливается на этотъ разъ на діагнозѣ туберкулеза пяточной кости.

Микроскопическая картина удаленнаго изъ *m. tricipitis* очага очень характерна для туберкулеза. Отдѣльные и соединенные въ группы туберкулы залегаютъ какъ въ фиброзной части стѣнки, такъ и между прилегающими мышечными волокнами. Бациллы обнаружены въ туберкулахъ удаленной ткани, равно какъ и въ органахъ (печени, селезенкѣ и особенно легкихъ) привитой морской свинкѣ.

Приведенный случай Reverdin'a удовлетворяетъ вполнѣ требованіямъ, предъявляемымъ къ первичному мышечному туберкулезу; натура страданія съ несомнѣнностью выясняется изъ данныхъ микроскопическаго изслѣдованія; первичный же характеръ страданія подтверждаетъ какъ клиническая картина, такъ и изслѣдованіе, произведенное во время операціи.

Что же касается до случаевъ, сообщенныхъ Delorme'омъ, то ни одинъ изъ нихъ не соответствуетъ картинѣ несомнѣннаго мышечнаго туберкулеза, поэтому позволимъ себѣ передать ихъ возможно кратко.

Случай 1. Крѣпко сложенный мужчина. Въ теченіе 10 дней образовалась опухоль въ правомъ *m. pectoralis*, величиной съ куриное яйцо, хорошо ограниченная, безболѣзненная. Кожа надъ ней фиолетово-краснаго цвѣта. Разрѣзъ: большая часть мышцы пронизана фунгозными разроженіями. Микроскопическое изслѣдованіе не обнаружило ничего характернаго для туберкулеза. Въ результатѣ операціи—свищъ. Черезъ 2 мѣсяца на той же сторонѣ плервить и легочный туберкулезъ. Это послѣднее обстоятельство и даетъ автору поводъ истолковать имѣвшійся въ грудной мышцѣ процессъ, какъ туберкулезное пораженіе.

Черезъ 4 мѣсяца обнаружена большая припухлость въ области *m. brachialis*, переходящая на *teres major* и *latissimus dorsi*. Разрѣзъ, выскабливаніе. Черезъ 7 мѣсяцевъ опухоль въ области мускулатуры лѣваго предплечья, кожа слегка красно-

БИБЛИОТЕКА
Кафедры (общей) Гигиены
1-го Харьковского Медицинского Института

вата и отека. Температура 38°. Через год exitus при выраженных явлениях легочного туберкулеза. Не произведено прививок свиным, являющимся напоминающей туберкулез микроскопической картины.

Случай 2. Мужчина, ослабленного питания. Поступает в госпиталь с диагнозом phlebitis v. sartheneae magdae. Семейная туберкулеза являющаяся. Левая нога отекает, около внутреннего края m. gastrocnemii — безболезненная припухлость, длиной в 8 см., шириной в 4 см. Над ней случайное кожное ранение. Через несколько недель большой натечный абсцесс из правой паховой области, который стоит в связи с туберкулезом тазовых костей. Позднее ясный туберкулез легких и плеврит. Разрыв опухоли: большая полость, выполненная темной кровью, без гноя. Стенка полости отбита толстым (до 2 см.) слоем фиброзной ткани. Выскабливание. Свист.

Случай 3. Холодный абсцесс, величиной в кулак, в gluteus maximus, развившийся медленно и без боли. Операция: фасция частично разрушена, в мышце — очаг, содержащий казеозный расплав.

Случай 4. Солдат, кривяжка сложения, уже несколько месяцев являющийся в области поясницы абсцессом, величиной с голову ребенка, находящийся в связи с полостью плевры. Операция: m. latissimus dorsi на всем протяжении фиброзно перерожден и ярко выделяется своей бледно-розовой окраской на буро-красном фоне других мышц. Большая часть мышцы исчезла. Гистологическое исследование дает картину диффузного склероза туберкулезного мюозита. Утолщенная фасция инфильтрирована туберкулами, равно как и мышечная ткань. В некоторых местах мышечная волокна совсем исчезли, а на их месте или тонкие туберкулезные узелки с гигантскими клетками или же без них. Развитие узелков, по автору, происходит из мышечной субстанции.

Как мы уже упоминали, ни один из этих случаев не может быть отнесен к группе несомненных первичных мышечных туберкулезом.

Не говоря о том, что в случаях I-м не имеется соответствующих данных микроскопического или бактериологического исследования, так необходимым для точного распознавания природы страдания, здесь вся картина болезни и ее распространения дает по крайней мере не менее оснований считать, что поражение в мышцах, особенно в m. pectoralis, есть результат вторичного распространения процесса с органов грудной полости.

В случае II-ом, также лишенном микроскопических и бактериологических данных, локализации в m. gastrocnemius могла бы дать известные основания для диагноза первичного здесь процесса, но в данном случае необходима большая осторожность в виду того, что в последующем течении болезни обнаружился натечный абсцесс в паховой области, исходящий из тазового остита, и следовательно, очень возможно, что и абсцесс в области икры такого же характера и происхождения.

Случай III по локализации и всей картине страдания очень напоминает первичный туберкулез мышц, но к сожалению распознавание не подкрепляется микроскопическими данными.

Что касается, наконец, IV-го случая, то хотя туберкулезная природа заболевания очень ясна из данных микроскопического исследования, тем не менее отвести его в группу первичных мышечных страданий тоже нельзя, ибо, как с этим соглашается и автор, здесь мышца вовлечена в страдание вторично в итоге заболевания плевры.

В 1891 году в английском «Lancet» появилось сообщение Ogston'a.

С. Д., 6 л., 2 года назад сильно ушиб ногу, но без всяких заметных для окружающих последствий; 6 месяцев назад тыльная поверхность стопы стала припухать, и в конце концов сдвинута, за 6 недель до поступления в больницу, разрыв.

Status pr.: свѣдѣній о семейном туберкулезѣ нѣтъ. Весь тылъ стопы от лодыжек до пальцев занят припухлостью. В средней части последней имеется свищевое отверстие, окаймленное туберкулезными грануляциями. При исследовании зондом констатируется подкожный ход на 1/2 дюйма. Движение в голено-стопном суставе и суставах пальцев не стѣснено, но нѣсколько болѣзненн. Вероятный диагноз: Caries oss. tarsii.

Операция. Свищевой ход раскрытъ, выдѣлилось значительное количество казеозно перерожденнаго туберкулезнаго материала. При дальѣйшемъ обследованіи оказалось, что подъ кожей тянется еще ходъ на протяженіи 5 дюймовъ вверху, также выполненный казеознымъ расплавомъ. Раскрытъ. Въ результатѣ выяснено, что исходящимъ пунктомъ грануляцій имѣютъ m. extensor digitorum с. longus. Тщательное выскабливаніе

27
64703
487

ложкой. Вверху шовъ, въ нижней части раны—дренажъ. Верхній отдѣлъ зажилъ быстро, внизу гранулирование закончилось лишь черезъ мѣсяць. Выпалса здоровымъ, съ хорошимъ функциональнымъ результатомъ.

Данныя, добытыя на операционномъ столѣ, заставляютъ автора измѣнить предварительный діагнозъ и остановиться на первоначальномъ поражении мышцъ.—Действительно, отсутствіе фокусовъ поражения въ суставахъ и костяхъ, картина расположенія больныхъ тканей, добытая при операциі, и наконецъ фактъ сравнительно быстрого излеченія процесса послѣ удаленія фокуса въ мышцѣ—все это съ полной убѣдительною говоритъ за первоначальный очагъ болѣзненнаго процесса въ мышцѣ. Къ сожалѣнію, и въ данномъ случаѣ не имѣется ни микроскопическихъ, ни бактериологическихъ изслѣдованій.

Къ 1893 г. относится сообщеніе Lanz und Quervain'a, гдѣ приводится 8 новыхъ случаевъ, изъ которыхъ 2 наблюдались самими авторами, а остальные другими лицами.

1 случай. Три мѣсяца назадъ образовалась у 18-лѣтняго пациента въ верхней трети сгибательной стороны праваго предплечья маленькая кругловатая опухоль. При изслѣдованіи она производила впечатлѣніе поперечностаго, почти подкожнаго узла, величиной въ воложскій орѣхъ, на подлежащихъ тканяхъ нѣсколько подвижнаго и съ кожей не сросеннаго. Умѣренная боль, какъ самостоятельно, такъ и при давленіи. Никакихъ указаній на туберкулезъ другихъ органовъ. Никакого предпологающаго момента, въ видѣ напримѣръ травмы.

Черезъ 6 мѣсяцевъ больной былъ подвергнутъ вторичному изслѣдованію. Узелъ выросъ и теперь уже значительно болѣе воложскаго орѣха. Консистенція, какъ и въ первый разъ, довольно плотная. Подвижность ясно выступаетъ только при ослабленной мускулатурѣ, а при сокращеніи послѣдней опухоль прочно фиксируется. Кожа безъ измѣненій. Органа грудной и брюшной полости безъ уклоненій отъ нормы; имѣвшійся по анамнезу 4 года назадъ легкій спондилитъ не оставилъ слѣдовъ.

Тщательный анализъ данныхъ изслѣдованія заставилъ авторовъ остановиться на діагнозѣ туберкулеза мышцъ, именно узла въ *m. palmaris longus* или *flexor digitorum communis*.

Операциі. Въ мышечномъ брюшкѣ *palmaris longi* обнаружеть умѣренно плотный, величиной съ воложскій орѣхъ,

узелъ, ясно просвѣчивающій черезъ тонкую мышечную полосу. Весь онъ лежитъ въ толщѣ мышцы, нигдѣ не проникая за ея границы. Вся мышца, отъ начала ея до мѣста перехода въ сухожилие, in toto—извѣчена. Заживленіе первымъ натяженіемъ. Прошло уже два года, рецидива нѣтъ. Функция конечности нисколько не пострадала; пациентъ, по профессіи рисовальщикъ, продолжаетъ работать безъ свѣшеній.

Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ дало характерную картину туберкулезныхъ узелковъ съ хорошо отграниченными эпителиоидными кѣлками, съ периферически расположенными лейкоцитами, съ наличностью гигантскихъ кѣлокъ, и наконецъ, въ далеко зашедшихъ случаяхъ, съ центральнымъ некрозомъ.

2 случай. 7 лѣтъ, мать умерла отъ легочнаго туберкулеза, отецъ здоровъ. 4-хъ лѣтъ перенесена корь, безъ осложненій. Первое изслѣдованіе относится къ 5 апр. 1886 г.

Тощій ребенокъ, землѣный цвѣтъ кожи. Голова сильно наклонена влѣво; дѣвѣмъ *m. sterno-kleido-mastoideus* рѣзко сокращенъ. Въ срединѣ его *portions sternalis* замѣтна ясная припухлость. Изслѣдованіе грудныхъ и брюшныхъ органовъ дало отрицательный результатъ.

7 іюня 86 г. новое обследованіе, принятъ въ больницу. Голова сильно наклонена въ сторону. 21 іюня—сильное носовое кровотеченіе, тампонада. 2 іюля—*exitus* при явленіяхъ нарастающей слабости и отека легкихъ.

Аутопсія. Казеозно-перерожденныя бронхиальныя железы. Опухоль въ дѣвѣмъ *sterno-kleido-mastoideus* представляется хорошо инкапсулированнымъ узломъ, величиной въ вышнюю косточку. Кромѣ него въ брюшкѣ мышцы находятся еще маленькіе узелки, величиной въ просяное зерно. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружилло несомнѣнное присутствіе туберкулезныхъ бациллъ. Въ другихъ мышцахъ нѣтъ никакихъ туберкулезныхъ измѣненій.

Случай 3. Дѣвѣта, 20 лѣтъ, отъ здоровыхъ родителей въ анамнезѣ кромѣ длительного бронхита безъ кровохарканія ничего особеннаго. 3 мѣсяца назадъ на дѣвѣмъ предплечьи появилась плотная вначалѣ припухлость, нѣсколько болѣзненная и самостоятельно и при давленіи. По мѣрѣ роста болѣзненность уменьшалась. Одновременно развилась припухлость на дѣвѣй голени, соотвѣственно внутренней поверхности *tibiae*.

Status *pr.*: умѣренная питанія, въ грудныхъ и брюшныхъ органахъ ничего особеннаго, кромѣ ослабленія вдоха и усиленія и удлиненія выдоха въ правой верхушкѣ. Въ верхней трети дѣвѣаго предплечья съ локтевой стороны имѣется тоже опухоль, величиной съ куриное яйцо, флюктуирующая, до-

вольно резко отграниченная, мало чувствительная къ давленію и съ кожей не связанная.

Операция. Послѣ большихъ техническихъ затрудненій опухоль предлежья иссѣчена, причемъ оказалось, что она принадлежитъ поверхностному сгибательно пальцевъ, именно 3-му его брюшку. Несмотря на излитіе въ рану во время операций гноя, заживленіе первично натяженіемъ.

Исслѣдованіе гноя на бациллу Коха дало отрицательный результатъ, культуры (желатина и агаръ) остались стерильны. Микроскопическая картина срѣзовъ въ общемъ соотвѣствуетъ той, которая наблюдалась въ 1-мъ случаѣ. Достойны отмѣтки лишь слѣдующіе факты: прежде всего исполнискія кѣтки здѣсь въ значительно большемъ количествѣ; затѣмъ въ мышечныхъ волокнахъ кромѣ простой атрофіи, имѣющейся и въ I случаѣ, замѣтно мѣстами резкое увеличеніе количества мышечныхъ ядеръ, при чемъ соотвѣственно ихъ увеличенію уменьшается субстанція мышечныхъ волоконъ и становятся толще ихъ поперечное сѣченіе.

Случай 4. 21 г., до послѣдняго года была здорова. Нынѣ послѣдовательно появились на правой рукѣ, правомъ предплечьи, правомъ котлѣнѣ и наконецъ на лѣвомъ предплечьи—припухлости, мало болѣзненные и медленно растущія. Определенныхъ указаній въ анамнезѣ на легочный процессъ нѣтъ.

Status pr.: среднего роста, хорошаго питанія, нѣсколько блѣдна. Перкуторный звукъ надъ лѣвой верхушкой нѣсколько заглушенъ, дыхательные шумы здѣсь болѣе резки. Бронхиальнаго дыханія нѣтъ. Тихичное туберкулезное заболѣваніе I и V пястной кости правой руки. Туберкулезъ правой плечевой кости съ большими натечными абсцессами вверхъ и книзу. Тихичный правосторонній гонитъ, туберкулезная натура коего доказана удачной прививкой морской свинки.

Наиболѣе для насъ интересна лѣвая рука. На локтевой кости между нижней и средней третью обнаруживается припухлость длиной до 3 см., ясно выступающая надъ поверхностью. На ладонной поверхности предплечья, ближе къ локтевому краю, имѣется плотная припухлость, величиной въ воложскій орѣхъ; кожа надъ ней нормально подвижна. Отсюда идетъ ясно прощупываемый тяжъ въ направленіи опухоли, лежащей на локтевой кости. Чувствительности при давленіи нѣтъ, въ функциональномъ отношеніи рука нормальная. Припуханий железъ не замѣтно.

При операциі оказалось, что волярный узелъ сидитъ въ толщѣ m. flexoris dig. sublimis, вблизи отъ мѣста перехода мышцы въ сухожиліе; припухлость, расположенная на локтевой кости, съ послѣдней не имѣетъ никакой связи и черезъ посредство упомянутаго канатика, идущаго поперечно, сви-

зана съ волярнымъ узломъ, представляя натечный абсцессъ. И та и другая опухоль иссѣчена безъ техническихъ затрудненій. Prima intentio. Черезъ 3 мѣсяца больная показывалась: никакихъ указаній на рецидивъ, конечность хорошо функционируетъ.

Такимъ образомъ здѣсь имѣется первичный фокусъ заболѣванія въ мышцѣ. Противъ вполнѣ возможнаго возраженія, что дѣло въ данномъ случаѣ могло касаться не первичнаго мышечнаго туберкулеза, а туберкулеза мышечныхъ сухожилій, возможногo тѣмъ болѣе, что первичное гнѣздо здѣсь не было окружено со всѣхъ сторонъ мышечными волокнами, а сидѣло отчасти въ ней. Отчасти на ея поверхности въ мѣстѣ перехода въ сухожиліе—авторъ выдвигаетъ слѣдующія доказательства: 1) толщина мышцы въ томъ мѣстѣ, гдѣ сидѣлъ узелъ, настолько невелика, что даже и небольшой узелъ чисто мышечнаго происхожденія не могъ бы полностью сидѣть въ толщѣ мышцы. 2) Гной, если бы въ данномъ случаѣ былъ первичный туберкулезъ сухожилій, не нуждался бы въ прокладываніи оригинальнаго пути поперекъ сухожилій, но, какъ и всегда въ такихъ случаяхъ, воспользовался бы дорогой по сухожильному влагалищу. Между тѣмъ послѣднее оказалось совершенно не задѣтымъ.

Въ гноѣ открытъ туберкулезную палочку и другихъ микробовъ не удалось. Прививка морской свинкамъ, въ виду положительнаго результата прививки изъ колѣна, на этотъ разъ не дѣлалась.

Исслѣдованіе микроскопическихъ препаратовъ дало характерную картину туберкулеза съ эпителіоидными кѣтками, съ казеознымъ расплодомъ въ центрѣ и съ небольшимъ количествомъ гигантскихъ кѣтокъ.

Случай 5 17 лѣтъ, имѣетъ здоровыхъ родителей и 11 братьевъ и сестеръ. Около 8 мѣсяцевъ назадъ появились боли въ правой верхней части живота, судорожнаго характера и точно не локализуемые. Вскорѣ больная замѣтила въ этой области уплотненіе, величиной въ лѣсной орѣхъ, довольно болѣзненное при надавливаніи и при глубокомъ дыханіи.

Status pr.: нѣжнаго сложения и умѣреннаго питанія. Увеличеніе шейныхъ лимфатическихъ железъ по заднему краю m. sternocleidomastoidei на той и другой сторонѣ. Заглушенный перкуторный звукъ и ослабленіе дыхательныхъ шумовъ въ правой верхушкѣ. Нѣсколько кишу и къ серединѣ отъ верхушки праваго 2-го ребра имѣется опухоль, величиной съ лѣсной орѣхъ, расположенная въ стѣнкѣ живота. Гладкая поверхность, твердая консистенція, безъ намека на флюктуацию. Мышцы надъ ней напряжены.

Операция. Въ толщѣ *m. obliqui abdominis interni* и отчасти *m. transversi* обнаружены и изсѣченъ бѣловатый узелъ, величиной съ лѣсной орѣхъ. Заживленіе первымъ натяжениемъ. — Черезъ два мѣсяца была осмотрѣна вновь: прекрасное самочувствіе, болѣе пѣтъ. Въ глубинѣ, на мѣстѣ изсѣченной опухоли, прощупываются два узелка, величиной съ небольшой орѣхъ, одинъ отъ другого на разстояніи сантиметра. Относятся ли они къ операционному рубцу или представляютъ рецидивъ, выяснить не удалось.

Микроскопическіе препараты дали картину круглыхъ, хорошо отграниченныхъ узелковъ, состоящихъ изъ одноядерныхъ лейкоцитовъ съ очень ограниченнымъ количествомъ эпителиоидныхъ кѣлѣтокъ. Некротическихъ участковъ не было, а равно не удалось ни на одномъ препаратѣ открыть гигантскихъ кѣлѣтокъ. Туберкулезныхъ бациллъ не найдено.

Клинический анализъ случая и отчасти гистологическая картина заставляютъ авторовъ склониться къ диагнозу мышечнаго туберкулеза.

Случай 6. 24 л., безъ туберкулезной наследственности. Съ дѣтства имѣлъ значительное искривленіе позвоночника, къ которому къ послѣднее время присоединилась сильная и безпримыная слабость въ ногахъ, безъ разстройства пузыря и прямой кишки и безъ измѣненій со стороны чувствительности. Кроме того около 6 мѣсяцевъ назадъ большой замѣтилъ на правомъ плечѣ безболѣзненный узелъ, достигшій къ моменту поступления въ госпиталь уже величина куриного яйца. Status pr.: Умѣренное питаніе, слабо развитая мускулатура и скудный подкожный жиръ. Плоская грудь. Въ fossa suprascapularis sinistra нѣсколько заглушенный перкуторный звукъ. Дыхательные шумы ослаблены, не чистые. Легкій лѣвосторонній сколиозъ позвоночника съ сильнымъ кифозомъ, при чемъ наиболее рѣзкое выпячиваніе горба относится къ области 11—12 грудныхъ и 1—2 поясничныхъ позвонковъ. Давленіе на позвоночникъ не болѣзненно. На задне-наружной поверхности праваго плеча, нѣсколько ниже его середины, находится не чувствительная къ давленію опухоль, около куриного яйца величиной, продолговатой формы и мягкой эластической консистенціи. Кожа надъ ней ясно подвижна. Съ подлежащей костью не связана.

Операция. Опухоль, сияющая въ наружной головкѣ *m. tricipitis brachii*, изсѣчена вмѣстѣ съ частью мышцы и при макроскопическомъ ея изслѣдованіи оказалась мягкой, склонной къ распаду грануляціонной тканью, безъ яснаго сырвиднаго перерожденія и безъ гноя.

Микроскопическая картина: въ богатой кѣлками соеди-

нительной ткани группы эпителиоидныхъ кѣлѣтокъ. Только на одномъ срѣзѣ констатирована гигантская кѣлка.

Случай 7. 27 л. О семейномъ туберкулезѣ ничего опредѣленнаго. 3 года страдаетъ грудью, довольно обильная мокрота, нѣсколько разъ имѣла кровохарканіе. Часто страдаетъ желудочными болями и поносами. 2 года назадъ замѣтила болѣзненную съ самаго начала опухоль въ области запятка, которая медленно и постепенно увеличивалась.

Перкуторный звукъ въ области дѣлаго легкаго приглушенный, въ верхушкѣ рѣзкое дыханіе. Средне-узурчатые хрипы распространены по всему легкому. Упомянутая опухоль очень твердой консистенціи и въ высокой степени чувствительная къ давленію, лежитъ въ дѣловѣ *m. scularis*, какихъ либо затрудненій при подниманіи руки не замѣтно.

По словамъ Kocher'a, сообщившаго авторамъ этотъ случай здѣсь могла быть фибросаркома, но для такого предположенія опухоль слишкомъ тверда и слишкомъ медленно растетъ. Въ виду этого Kocherъ останавливается на возможности въ данномъ случаѣ хроническаго фибрознаго туберкулезнаго міозита

Случай 8. Здѣсь дѣло идетъ о больномъ, страдающемъ волчанкой лица, которому въ пѣхъяхъ леченія вырскивался туберкулинь. Послѣ четвертой инъекціи обнаруженъ на лѣвой половинѣ грудной кѣлки, соответственно задней аксиллярной линіи, вблизи отъ подмышки, очень плотный и чувствительный къ давленію узелъ, величиной съ голубиное яйцо. При сокращеніи *latissimi dorsi* онъ становится совершенно неподвижнымъ. Черезъ 2 дня обнаруженъ такой же узелъ, величиной съ куриное яйцо и очень болѣзненный при давленіи, подъ нижнимъ угломъ лопатки въ толщѣ *latissimi dorsi*.

Инъекціи туберкулина скоро послѣ этого были прекращены и болѣной, полѣжившии нѣкоторое время креозотомъ, нынѣшса изъ больницы. Отъ оперативнаго удаленія описанныхъ узловъ отказался.

Изъ приведенныхъ въ extextio 8 наблюденій Lanz und Quevain'a первая 4 не возбуждаютъ сомнѣній, какъ относительно первичности болѣзненнаго процесса (въ смыслѣ принятомъ для мышечнаго туберкулеза), такъ и относительно его природы. Первое совершенно очевидно изъ весьма обстоятельной и детальной клинической картины этихъ наблюденій, а также и данныхъ, добытыхъ во время операціи.

Второе (натура) убедительно доказывается или детальнымъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ, съ находженіемъ типич-

нях туберкуловъ (сл. I и III), или констатированіемъ на срѣзахъ бацилл Кош'а (сл. II) или, наконецъ, положительнымъ на туберкулезъ результатомъ прививки морскимъ свинкамъ взятого гноя въ связи съ характерной микроскопической картиной (сл. IV).

Въ силу сказаннаго эти первые 4 случая должны быть отнесены къ категоріи несомнѣнныхъ первичныхъ туберкулезовъ мышцъ.

Что касается послѣднихъ 4 наблюдений, то по цѣнности и убѣдительности имѣющихся данныхъ они значительно уступаютъ первымъ четыремъ, ибо натура страданія здѣсь выступаетъ далеко не такъ ясно изъ представленной микроскопической картины (сл. V и VI), или же совсѣмъ не ясна (сл. VII и VIII), — и отнести ихъ къ одинаковой категоріи съ первыми едва ли есть возможность.

Въ томъ же 1893 г., спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ опубликованія въ *Archiv für klin. Chirurgie* разобранной работы *Lanz'a* и *Queirva'n'a*, на французскомъ конгрессѣ для изученія туберкулеза были сообщены два новыя наблюденія относительно мышечнаго туберкулеза: первое принадлежитъ *Lejars's'y*, второе *Le Clerc'a*.

Случай. *Lejars'a*. Исхудавшая блѣдная итальянка 46 лѣтъ. *Tumor albus* лѣваго колѣна. Выраженный туберкулезъ верхушечк. На разгибательной сторонѣ лѣваго предплечья продолговатая, величиной съ ябло, опухоль, покрытая нормальной кожей, флюктуирующая, почти не чувствительная. Развилась, по словамъ больной, очень медленно.

Операция. Въ толщѣ *m. extensor digiti profundus* найдена большая, со всѣхъ сторонъ окруженная мышечной тканью, полость, выполненная гнойнымъ расплатомъ. Постоперационная рана окончательно закрылась послѣ длительного пагнетонія, при чемъ и послѣ заживленія кожной раны все-таки остается на предплечьи довольно болѣзненная припухлость. Спустя нѣскольکو недель, начинаютъ выпрессовываться симптомы хроническаго тендо-вагинита разгибателей и области лучезапястного сустава.

Въ дальнѣйшемъ была предпринята по поводу туберкулезнаго гонита резекція колѣна и потомъ пришлось ампутировать конечность въ области бедра. Наростающая кахексія. Exitus.

При аутопсиі найдено: казеозныя очаги въ обоихъ легкихъ, особенно правомъ; на тылѣ ручной кисти фунгозный синовитъ. Вверху, въ мышечной субстанціи *extensororum*, очаги съ казеозными массами. Таковыя же очаги находятся въ толщѣ *m. supinatoris longi* и въ нижней части *m. bicipitis brachii*.

Гистологическое изслѣдованіе: при срѣзѣ, проходящемъ черезъ сухожилие, обнаруживается въ центральной части послѣдняго полость, содержащая гной и выстланная пологенной оболочкой. Внутренніе отдѣлы этой оболочки состоятъ изъ круглыхъ мелкихъ кѣлочекъ въ состояніи некроза. Кнаружи имѣется слой типичныхъ туберкуловъ съ некротическими обитерированными сосудами, безъ гигантскихъ кѣлочекъ. Еще кнаружи—слой эмбриональныхъ соединительно-тканыхъ кѣлочекъ и въ заключеніе нормальная ткань сухожилия. Соприкасающаяся часть мышцы атрофична, вдоль сосудовъ туберкулезныя измѣненія.

Случай *Le Clerc'a*. 18 л., гимназистъ. Въ области лѣвой прямой мышцы живота и отчасти кнаружи отъ нея имѣется опухоль, длиною въ 6 см. и шириной 4 см. Нижний край ея достигаетъ высоты пупка. Кожа нормальна. При ощупываніи опухоль довольно плотная, въ центрѣ флюктуация. При сокращеніи брюшныхъ мышцъ консистенція не мѣняется. Безболѣзненна. Пробная пункція дала гной.

Операция. По вскрытіи абсцесса прямой мышцы обнаруженъ очагъ, наполненный фунгозными массами и ограниченный влагалитомъ прямой мышцы. При выскабливаніи полости найдены ходы, ведущіе изъ этой полости къ новому очагу, расположенному въ *m. abdominis interno et transverso*. Отъ полости живота этотъ послѣдній очагъ отграниченъ абсолютно неповрежденной подребришной фасціей. Тщательное изслѣдованіе реберъ и реберныхъ хрящей не дало никакого результата. *Excisio* больныхъ участковъ мышцъ. Выздоровленіе.

Изъ этихъ двухъ случаевъ сомнительны лишь случай *Le Clerc'a*, такъ какъ помимо недостаточнаго подробнаго описанія здѣсь отсутствуютъ совершенно данныя микроскопическаго или бактериологическаго изслѣдованія, благодаря чему не совсѣмъ яснымъ и доказаннымъ представляется какъ первичный характеръ процесса въ мышцѣ, такъ и особенно—натура страданія.

Что же касается случая *Lejars'a*, то, на основаніи картины болѣзни и гистологическаго изслѣдованія больной мышцы, онъ относится обычно къ группѣ первичныхъ мышечныхъ туберкулезовъ.

Далѣ, въ 1895 г. опубликованъ свѣжій случай Rosenfeld'омъ въ его диссертации (Königsberg 1895 г.), который долженъ быть отнесенъ къ случаямъ первичнаго туберкулеза мышцъ.

Мальчикъ 14 л., съ туберкулезными шейными железами. Туберкулезъ латочной кости и сухожильныхъ влагалищъ въ области лѣвой ручной кисти. Кровъ этого мѣста инкапсулированный абсцессъ въ мышцахъ лѣваго предплечья; онъ лежитъ на задне-наружной сторонѣ предплечья, точноя ниже головки луча. Величиной съ грецкій орѣхъ, флюктуируетъ, подвиженъ вмѣстѣ съ окружающими мышцами. Отъ кожи и кости не зависитъ.

Операция. Вся опухоль, состоящая изъ казеознаго туберкулезнаго распада, полностью лежитъ въ массѣ мышцъ. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило въ большомъ количествѣ туберкулезныя палочки.

Изолированное положеніе очага въ толщѣ мышцъ, — какъ это констатировано при операци, — отсутствіе заболѣванія соседнихъ суставовъ и костей, въ связи съ клинической картиной, не оставляютъ сомнѣній въ первичной мышечной локализаци болѣзненнаго процесса, а природа страданія съ несомнѣнностью доказана наличностью палочекъ Koch'a.

Въ 1896 г. въ Bulletin de Société anatomique опубликованы два новыхъ наблюденія Morestin'омъ.

Случай I. У саadata, вернушагося со службы, мѣстѣ опухоли, величиной съ яйцо, надъ правымъ груднымъ соскомъ. Безъ самостоятельной болѣзненности, но ремень раша, проходящій надъ опухолью, давитъ на нее и причиняетъ боль. Нѣсколько позднѣ по собѣдству съ ней появилась другая опухоль, величиной въ орѣхъ. Сильный, крѣпко сложенный субъектъ. Общее состояніе не нарушено. Въ органахъ грудныхъ и брюшныхъ никакихъ указаній на туберкулезъ, а равно и прежде не имѣлось ничего въ этомъ отношеніи подозрительнаго. Обѣ опухоли лежатъ въ м. pectoralis, не имѣютъ никакого отношенія къ ребрамъ, подъмышечнымъ железамъ или грудной железнѣ. Обѣ при пальпации не болѣзненны, покрыты нормальной кожей и обѣ при сокращеніи м. pectoralis ставятся неподвижными. Первая флюктуируетъ.

Операция. Два очага, содержащихъ серозный, сфриватогельный гной и одѣтыхъ густой фибриной капсулой, полностью лежатъ въ мышечной ткани. Изслѣченъ.

Взятый съ предосторожностями гной выринутъ двумя мор-

скимъ свиномъ; черезъ 20 дней онъ убитъ, и констатированъ выраженный туберкулезъ внутреннихъ органовъ. На срѣзахъ отъ кусочковъ, взятыхъ для микроскопическаго изслѣдованія при операци, не пришлось доказать ни туберкулезныхъ палочекъ, ни гигантскихъ кѣлѣтокъ.

Случай II. Здѣсь дѣло касается 40 лѣтней женщины, умершей отъ легочнаго и кишечнаго туберкулеза. На секціонномъ столѣ кромѣ другихъ находокъ обнаружено, что припухлость въ области праваго локтя, трактованная при жизни какъ tumor albus локтеваго сустава, относится не къ суставу (полнѣйшій совершенно здоровъ), а къ окружающимъ суставамъ мышцамъ, т. е. нижней части bicipitis brachii и верхней части m. radialis ext. и др., сильно утолщеннымъ, благодаря инфильтраціи туберкулезными продуктами.

Первый изъ этихъ случаевъ долженъ быть отнесенъ къ первичнымъ мышечнымъ туберкулезамъ; что же касается втораго, то тѣхъ свѣдѣній, слишкомъ общихъ и поверхностныхъ, какія имѣются объ этомъ случаѣ, очень недостаточно, чтобы определенно высказаться въ ту или другую сторону.

Въ 1897 г. въ Парижѣ вышли двѣ диссертации: одна принадлежитъ Немегу, вторая G'ont. Въ первой кромѣ уже известныхъ въ литературѣ случаевъ мышечнаго туберкулеза приводятся два новыхъ наблюденія.

Случай 1. 19 л., прислуга, три недѣли страдаетъ припадками судорогъ въ лѣвой ногѣ. Одновременно начинается развиваться медленно и безъ боли опухоль въ нижней трети передне-внутренней стороны лѣвой голени. За 8 дней до поступления въ госпиталь подобная же опухоль на наружной поверхности праваго бедра. Кромѣ кори, перенесенной на 9 году, ничѣмъ не болѣла. Со стороны послѣдственности ничего подозрительнаго. При поступленіи констатированъ холодный абсцессъ на внутренней поверхности лѣвой голени въ нижней 1/3. На наружной поверхности праваго бедра, на границѣ средней и нижней 1/3, опухоль, почти не выступающая надъ поверхностью кожи, величиной въ воложскій орѣхъ, подвижна вмѣстѣ съ м. quadriceps, при его напряженіи фиксирующаяся. Верхушечный процессъ въ обонхъ легкихъ. — Черезъ нѣсколько дней сдѣланъ разрѣзъ на голени. Оказалось, что абсцессъ лежитъ между глубокой фасціей и ахилловымъ сухожиліемъ и съ костью не связанъ. Выскабливаніе, дренажъ. — Между тѣмъ припухлость на бѣдрѣ постепенно увеличивается, начиная обнаруживать неясную флюктуацию въ центрѣ.

Кожа над ней нормальна. Самостоятельных болей нѣтъ, но при давленіи чувствительна. Черезъ мѣсяцъ она достигла величины куриного яйца, при чемъ въ средней части прощупывается поперечно-идущая перетяжка, коей вся опухоль дѣлится на двѣ части.

Операция. Въ толщѣ мышечной ткани найдены двѣ полости, близко между собой расположенныхъ, съ густымъ сметано-образнымъ гноемъ. Стѣнка образована изъ фунгозной ткани и прочно сращена съ окружающими, болѣе или менѣе измѣненными, мышечными частями.

Гистологическое изслѣдованіе стѣнки полости: по мѣстамъ, въ области соединительной ткани, по большей части вблизи сосудовъ, имѣются туберкулезныя фолликулы съ небольшимъ количествомъ бацилл Коха.

Мышечныя волокна въ мѣнѣ пораженныхъ участкахъ обнаруживаютъ увеличеніе ядеръ, а въ болѣе пораженныхъ различныя атрофическія измѣненія. Въ мышечныхъ волокнахъ ни разу не найдены ни бациллы, ни исподинскія кѣтки. Прививка морскимъ свинкамъ дала положительные результаты.— Рана на бедрѣ скоро поджила. На голени долгое время свищъ, въ заключеніе закрывшіяся.

Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ обнаружился туберкулезъ шейныхъ позвонковъ съ позади глоточнымъ абсцессомъ; общій упадокъ силъ. Exitus съ тяжкими мозговыми явлениями.

Autopsia: въ m. quadriceps, въ окружности послѣоперационнаго рубца, имѣются туберкулезныя узелки.

Туберкулезъ шейныхъ позвонковъ, вывихъ атланта, въ легкихъ очаги казеозной пневмонии, милиарный туберкулезъ селезенки.

Случай 2. 29 л., стюаръ. Въ дѣтствѣ корь и шкарлатина. 2 мѣсяца назадъ образовался абсцессъ на задней поверхности лѣваго предплечья вблизи локтя, безъ болей. Произвольно вскрылся и далъ начало имѣющемуся до сихъ поръ свищу. Мѣсяцъ назадъ почувствовалъ боли въ malleolus externus лѣвой ноги, гдѣ постепенно образовалась припухлость. Одновременно на наружной поверхности той же голени, нѣсколько выше, замѣчена другая припухлость, раздѣленная перемычкой на двѣ части, благодаря чему получили двухъ-допаястную видъ. При движеніяхъ не препятствуютъ. Ни общаго, ни мѣстнаго повышенія температуры.

Status pr.: На локтѣ свищъ, въ окружности его прощупываются мелкіе узелки, величиной съ чечевичу и болѣе. Кожа тонка, темно-красна; локтевая кость видимо утолщена и болѣзненна. На лѣвой ногѣ около malleolus ext. холодный абсцессъ. Два подобныхъ абсцесса расположены на наружной

поверхности голени въ нижней $\frac{1}{3}$. Кожа утолщена и фиолетово-красна. Гѣбы чувствительна къ давленію.

Операция. Абсцессъ въ области ладьяки въ связи съ туберкулезнымъ пораженіемъ малой берцовой кости. Насѣченіе сумки абсцесса. Выскабливаніе malleolus'a и прижатіе хлористымъ цинкомъ. При операци, произведенной черезъ нѣдѣлю въ области свища на локтѣ, тщательное изслѣдованіе не обнаружало наличности костнаго пораженія.

Кромѣ описанныхъ, уже передъ самамъ поступленіемъ въ клинику больной замѣтилъ небольшое кругловатой формы припуханіе на внутренней сторонѣ праваго бедра, вблизи колѣна. За время лежанія въ больницѣ опухоль увеличилась и постепенно приняла цилиндрическую форму и своей формой и расположеніемъ вполнѣ соответствовала портякованой мышцѣ. Флюктурируетъ, при сокращеніи мышцы становится неподвижной.

Операция. Нижняя $\frac{1}{4}$ m. sartorii захвачена холоднымъ абсцессомъ. Суставъ и кость не задѣты. Резекція болной части мышцы. Хорошее заживленіе, отсутствіе рецидива. Прививка морскимъ свинкамъ дала положительный на туберкулезъ результаты.

Какъ первичность пораженія,— въ 1-мъ случаѣ m. quadriceps, во 2-мъ — m. sartorii,— такъ и туберкулезный характеръ его выясненъ въ приведенныхъ данныхъ вполнѣ несомнѣнно, и случаи эти, черезъ 2 года вторично опубликованные Petit und Guinard'омъ въ Gas. hebd. de médecine et de chir., должны быть отнесены въ группѣ несомнѣннаго первичнаго туберкулеза мышцы.

Gronf въ своей диссертациі приводитъ опять 2 новыхъ собственныхъ наблюденія.

Случай 1. 19 л., газетная разносчица. На нижней трети лѣваго предплечья—опухоль, въ длину до 18 см., въ ширину захватываетъ все предплечье. Безболѣзненна, флюктурируетъ и при движеніи пальцами положеніе ея измѣняется. Лежитъ, по видимому, въ сухожильныхъ влагалищахъ. Указаній на семейный туберкулезъ нѣтъ. Большая анэмична, слаба; легкой лѣвосторонній сколіозъ, многочисленныя шейныя железы. Изслѣдованіе грудныхъ органовъ обнаруживаетъ нормальныя отношенія. Опухоль появилась 6 мѣсяцевъ назадъ, постепенно росла, не причиняя боли. Изслѣдованіе рентгеномъ показало здоровую кость.

Операция. Вынушено до 250,0 гноя изъ полости, расположенной въ серединѣ сгибателей предплечья и выставленной

фунгозной, легко удалимой, оболочкой. Рана совсѣмъ закрылась черезъ 14 дней. Въ первые шесть мѣсяцевъ рещидива вѣтъ. Прививка морскимъ свинкамъ дала положительную на туберкулезъ реакцію.

Случай 2. 8 л. Ничего подозрительнаго въ наследственности, въ течение 8 мѣсяцъ, предшествоващаго года лечили отъ поттовой болѣзни. При игрѣ ударился бедромъ о желѣзную кроватку; тотчасъ очень интенсивныя боли, такъ что можетъ ходить съ большимъ трудомъ. Немедленно произведенное изслѣдование обнаружило незамѣчавшуюся до сихъ поръ опухоль на верхней-наружной сторонѣ бедра въ области *m. tensoris fasciae latae*. Мягкая, флюктурируетъ, безъ боли, кожа подвижна. Пункция дала нѣсколько капель густого свернувагоси гноя.

Операция. Обширная полость, выполненная серознымъ крупничатымъ гноемъ, начиналась вверху въ *m. vastus externus*, тянется книзу въ *rectus femoris*. Удаление грануляцій, при чемъ изслѣдование нигдѣ не обнаружило костнаго очага. Тщательное прижиганіе хлористымъ цинкомъ. Черезъ 6 недѣль полное заживленіе безъ свища.—Черезъ годъ мальчикъ былъ совершенно здоровъ, указаній на туберкулезъ или рещидивъ въ бедрѣ не имѣется. Прививка свинкамъ дала положительный на туберкулезъ результатъ.

Оснѣывая эти 2 случая, приходится прийти къ заключенію, что ни тотъ, ни другой изъ нихъ не можетъ быть причисленъ къ группѣ несомнѣнно первичныхъ мышечныхъ страданій: въ первомъ случаѣ не отмѣчено точно при операциі, гдѣ былъ расположенъ фокусъ, лежалъ ли т. е. онъ среди мышечной ткани, или въ сухожильныхъ влагалищахъ.—Не относится ли этотъ случай къ туберкулезамъ именно сухожильныхъ влагалищъ? Предположеніе это тѣмъ закончѣе, что и самъ авторъ, повидимому, не былъ свободенъ отъ колебаній въ этомъ именно направленіи.—Что касается II случая, то отмѣченная годъ назадъ у мальчика поттова болѣзнь не даетъ ли нѣкоторое основаніе для предположенія здѣсь патогена, идущаго отъ позвоноковъ, абсцесса, тѣмъ болѣе, что упомянутая травма, (ударъ о кроватку) какъ то изумительно быстро вызвала образованіе огромной полости съ характернымъ гноемъ?

Въ 1898 г. Gerardъ занялся описаніемъ исключительно внутри-мышечныхъ абсцессовъ брюшной стѣнки, при чемъ онъ собралъ 5 извѣстныхъ въ литературѣ случаевъ подобнаго рода.

Случай 1 (Barot). 2 мѣсяца боли въ лѣвой паховой области, особенно при вставаніи послѣ длительного сидѣнія. Изслѣдование обнаружило вверху паупартовой связки не чувствительный къ давленію абсцессъ, содержимое котораго предметами исчезаетъ между мышцами живота. Послѣ небольшого разреза выпущено около стакана гноя, безъ запаха, довольно густой консистенціи.

Случай 2 (Richelot). 33 л., почувствовалъ при рвотѣ сильную боль въ пупкѣ. Образовалась вокругъ него опухоль, которая трактовалась какъ *hernia*. При попыткахъ вправить предполагаемую грыжу вѣтъ пупка выдѣлился гной и съ тѣмъ поръ—свищъ съ инфильтраціей въ области пупка. Хорошее самочувствіе, съ нормальной. Органы живота не задѣты. Зондомъ нащупывается полость, которая тянется кругомъ пупка на нѣсколько сант., и лежитъ, повидимому, между брюшной и брюшной стѣнкой. Раскрытіе, дренажъ. Черезъ 5 недѣль выздоровленіе.

Случай 3 (Archambault). Ребенокъ 7 л. 2 мѣсяца назадъ безъ видимой причины появилась сильная боль въ правомъ боку. Скоро здѣсь появилась мягкая, медленно растущая опухоль, которая сидѣла на высотѣ пупка, 10 сант. отступя отъ него. Величиной съ куриное яйцо, флюктурируетъ, при давленіи болѣзненна; заглушенный перкуссионный топъ. Кожа напряжена, блестяща, слегка фиолетова окрашена.

Операция. При разрывѣ выпущено около 100 гр. сѣроватожелтаго, казеознаго гноя. Изслѣдующій палецъ проникаетъ въ довольно широкую, со всѣхъ сторонъ замкнутую, полость.

Случай 4 (Gerard). 6 л. мальчикъ. Въ семействѣ туберкулеза вѣтъ. Въ октябрѣ 1895 года перенесъ правостороннее, вѣроятно туберкулезнаго характера, воспаленіе паховыхъ железъ, которыя черезъ полтора мѣсяца нагноились и послѣ операциі зарубцевались въ слѣдующіе 6 мѣсяцевъ.

Черезъ мѣсяць послѣ заживленія замѣчена опухоль на 1^{1/2} попер. пальца выше паупартовой связки, соответственно ей внутренней трети, въ области, соответствующей наружному краю прямой мышцы. Тѣстоподобной консистенціи; величиной въ мандаринъ, безболѣзненна, при движеніи не прелатствуетъ, при сокращеніи стѣнки живота отчасти исчезаетъ и становится не подвижна.

Операция. Подъ апоневрозомъ наружной косой мышцы найдена полость, величиной съ грецкій орѣхъ, содержащая бѣловатожелтый казеозный гной. Стѣнка ея образована остатками мышцы и апоневроза. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило многочисленныя туберкулезныя палочки.

Случай 5 (Ll élere) нами уже описанъ.

Изъ всѣхъ этихъ случаевъ болѣе другихъ удовлетворяетъ требованіямъ, прилагаемымъ къ истиннымъ мышечнымъ туберкулезамъ, случай IV (автора), гдѣ доказана и туберкулезная натура и локализация въ мышцѣ страданія. Однако и здѣсь имѣть возможности, въ виду очень короткаго хронологическаго промежутка между заболѣваніемъ паховыхъ железъ и мышечнымъ, а равно и въ виду чрезвычайной близкаго соедѣнства между тѣмъ и другимъ очагомъ—устранить дѣлаемый упрекъ, что дѣло касается вторичнаго мышечнаго туберкулеза, распространяющагося съ железъ *per continuitatem*.

Что же касается всѣхъ другихъ случаевъ, то при неполнотѣ нарисованной клинической картины они не снабжены ни микроскопическими изслѣдованіями, ни бактериологическими, и слѣдовательно говорить о первичныхъ мышечныхъ туберкулезныхъ процессахъ въ нихъ основанийъ еще менѣе, чѣмъ въ случаѣ IV.

Въ 1899 г. Cornet въ диссертациі приводитъ собственное наблюденіе, во, какъ видно изъ нижеслѣдующаго, оно должно быть отнесено къ вторичнымъ-мышечнымъ процессамъ, на почвѣ туберкулеза подмышечныхъ железъ.

Слесарь 50 л., въ началѣ чувствовалась неопредѣленная неловкость въ правой подмышкѣ и когда, 5 мѣсяцевъ назадъ, большой нащупалъ здѣсь опухоль, то она достигла уже величины грецкаго орѣха.

Status pr.: усиленный выдохъ въ верхушкахъ, увеличивающаяся слабость, въ правой подмышкѣ объемистая и неправильной формы опухоль, выполняющая всю подмышку. Состоитъ изъ серіи узловъ, разной величины и консистенціи. Передняя ея часть сливается съ краемъ большой грудной мышцы и лежитъ отчасти подъ ней, дѣлаясь при сокращеніи мышцы неподвижной.

Операция. Передній отдѣлъ опухоли, представляющій изъ себя холодный абсцессъ, изсѣченъ какъ киста съ окружающими тканями, при чемъ пришлось удалить часть грудной мышцы. Остальная часть опухоли состоитъ изъ отдѣльныхъ узловъ, довольно подвижныхъ одинъ относительно другого и хорошо выдвигаемыхъ. Часть ихъ расположилась вблизи сосудисто-нервнаго пучка, окружая *v. axillaris*. Шовъ, заживленіе безъ осложнений.

Микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ железъ и части капсулы съ грудной мышцы обнаружило несомнѣнный

туберкулезъ (съ гигантскими кѣтками и бактеріями Koch'a въ одной изъ нихъ). Прививка гноя морской свинкѣ сопро-вождалась положительнымъ результатомъ.

Въ томъ же 1899 г. Lejars описываетъ въ *Revue de la tuberculose* новый наблюдавшійся изъ случаевъ типичнаго туберкулеза мышцъ.

Поденщикъ, 36 лѣтъ, на семейный туберкулезъ никакихъ указаний; изслѣдованіе легкихъ, а равно и другихъ органовъ дало отрицательный результатъ. Съ марта 1897 г. замѣтили припуханіе лѣвой ноги и затрудненіе при ходьбѣ.

Наружная сторона бедра, въ нижней трети, буровато-краснаго цвѣта. При сокращеніи *m. quadriceps femoris* видно, какъ на соответственномъ мѣстѣ начинаетъ приподыматься овальная опухоль, съ довольно отчетливыми очертаніями. При ощупываніи выясняется, что вся область падына на 4 поперечныхъ выше колѣна усѣяна узлами, величиной до орѣха, твердой консистенціи, ясно очерченными и кругловатой формы. При сокращеніи мышцы они становятся неподвижными или совсѣмъ исчезаютъ. Кожа надъ ними подвижна. Въ той же мышцѣ нѣсколько выше и наружи отсюда находится опухоль, значительно большихъ размѣровъ, мягкая. Увеличенія лимфатическихъ железъ незаметно. Колѣно не задѣто.

Операция. Мышечная субстанція *m. quadriceps* пронизана многочисленными узелками, нѣкоторые изъ нихъ тверды и желтоватаго цвѣта, другіе же размягчены и съ казеозно-перерожденнымъ центромъ. Самая большая опухоль занимаетъ толщю сухожилія *quadriceps*. Всѣ опухоли изсѣчены въ области здоровой мышечной ткани, а равно вырѣзана часть суги хожилія, заключающая большую опухоль. Швы на мышцу, сухожилие и кожу. Заживленіе безъ осложнений. Образовавшійся черезъ мѣсяць гнойникъ по линіи рубца тщательно высосанъ, послѣ чего послѣдовало окончательное заживленіе.

Тщательно произведенное микроскопическое изслѣдованіе (Pillet) дало ясную картину туберкулеза въ мышечной ткани.

Такимъ образомъ, какъ первичный характеръ мышечнаго страданія, такъ и его туберкулезная натура не подлежитъ въ данному случаѣ сомнѣнію и онъ долженъ быть отнесенъ къ типичнымъ первичнымъ туберкулезамъ мышцъ.

Къ 1899 же году относится работа Hillel'a, завявшійся собираніемъ извѣстныхъ уже изъ литературы случаевъ туберкулеза брюшно-стѣночнои мускулатуры и кромѣ того

описанного 2 новых таковых же случая, из коих одинъ взять изъ Jahresbericht der Heidelb. chirg. Klinik, а другой представляеть собственное наблюдение автора. Всего авторомъ представлено 7 случаевъ.

Случай 1 (Barot), уже нами разобранный при рассмотрѣннн работъ Gerard'a.

Случай 2 (Archambault), тоже разобранный.

Случай 3 (Le Clerc), тоже.

Случай 4 (Gerard), тоже.

Случай 5 (Lanz und Quervain), разобранный при описаннн случаевъ этихъ авторовъ.

Случай 6 (Jahresbericht der Heidelb. chirurg. Klinik, 1897 г.) Женщина 29 л., уже 2 года наблюдаются періодическія коликообразныя боли въ области желчнаго пузыря. Около 1/2 года назадъ констатирована опухоль, медленно увеличивающаяся въ объемъ, въ правую hypogastrium, нѣсколько выше пупартовой связи; твердая консистенція съ неясной центральной флюктуацией; лежитъ въ толщѣ брюшной стѣнки и величиной около куриного яйца. Разрѣзъ, выскабливаніе, дренажъ.

Въ виду подозрѣнн на связь абсцесса съ заболѣваніемъ желчныхъ путей черезъ 15 дней сдѣлана лапаротомія, которая выяснила, что камень въ пузырь вѣтъ и вообще процессъ въ мышцѣ не стоитъ ни въ какой связи съ желчными путями. Стѣнка абсцесса на этотъ разъ извѣчена. Черезъ 3 1/2 недѣль большая выписана здоровой.

Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило туберкулезную природу очага.

Случай 7. Дѣвица 23 л., мать умерла отъ туберкулеза. 3 1/2 года назадъ у больной наблюдались боли книзу отъ области желчнаго пузыря; объективно тогда ничего не найдено. 2 мѣсяца назадъ опять боли нѣсколько выше. Ощущеніе области желчнаго пузыря даетъ ощущение опухоли, гладкой, слегка подвижной, нѣсколько чувствительной, величиной съ гусиное яйцо и плотной консистенціи. Съ покровами живота, повидимому, не связана. Идущій отъ нея сверху толкій тяжъ терается подъ реберной дугой.

Въ виду подозрѣнн на заболѣваніе желчнаго пузыря предложена операція. Последняя обнаружила абсцессъ въ п. rectus, захватывающей части и съ боку лежащая мышца, полость коею, величиной въ яйцо, вычищена казеозными массами. Въ стѣнкѣ ея имѣются многочисленные туберкулезныя узелки. Связи съ подостью живота или съ очагомъ въ ребрахъ обнаружитъ не удалось. Выскабливаніе, тампонада.

Не закрывшійся черезъ 2 мѣсяца свищъ вновь раскрытъ

широкимъ разрѣзомъ, но и на этотъ разъ никакой связи съ заболѣваніемъ сосѣднихъ органовъ установить не удалось. Свищъ остался до выписки изъ больницы (черезъ 2 мѣсяца послѣ вторичной операціи).

Хотя туберкулезная натура имѣвшася въ мышцахъ живота процесса въ обоихъ случаяхъ достаточно убедительно доказывается микроскопическими изслѣдованіями, тѣмъ не менѣе различныя моменты приведенныхъ исторій болѣзни (близость къ ребрамъ, напр., или отсутствіе тенденціи къ заживленію, несмотря на повторныя операціи, какъ это было въ случаѣ автора) заставляютъ очень сомнѣваться относительно первичности мышечного процесса.

Далѣе въ 1901 г. Plantard въ своей диссертацин кромѣ извѣстныхъ уже случаевъ даетъ описаніе двухъ новыхъ: одинъ принадлежитъ автору, а другой—Morestin'y.

Собственное наблюдение. 19 л. женщина, лѣвая рука съ трудомъ можетъ двигаться изъ за опухоли, расположенной въ нижней 1/3 предплечья. Опухоль не болѣзненна, безъ рѣзкихъ очертаній, флюктуиреть, покрыта нормальной кожей. Начало ея относится къ 6 мѣс. назадъ. Въ легкихъ ничего ненормальнаго.

Операція. Въ стѣнкахъ предплечья обнаружена полость, наполненная гноемъ (до 250,0), и фунговыми массами. Закливленіе безъ свища.

Прививка морскимъ свинкамъ дала положительную на туберкулезъ реакцію.

Наблюдение Morestin'a. Дѣвица 25 л., слабая на видъ, отсутствіе подкожного жира, легочныя верхушки задыты. Опухоль, величиной въ орѣхъ, находится на верхне-внутренней сторонѣ лѣваго предплечья. Мягкая консистенція безъ замѣтной флюктуации, отсутствіе болѣзненности, неподвижность при сокращенныхъ мышцахъ. Отъ кожи и костей независима.

Операція. Туберкулезный очагъ въ истертии между мышечными пучками. Excisio, заживленіе безъ осложнений. Черезъ 2 мѣсяца вновь появилось припуханіе подъ рубцомъ. Вторичная операція, послѣ которой послѣдовало окончательное заживленіе.

Ни тотъ, ни другой изъ этихъ случаевъ отнесены съ неопредѣленностью къ группѣ первичныхъ мышечныхъ туберкулезозовъ быть не могутъ: въ первомъ, хотя натура процесса до-

статочно доказана прививкой морским свинок, но описание наблюдения сделано настолько общее и не точно, что представить картину отношений заболевших частей к здоровым довольно затруднительно. Что касается второго случая, то здесь тоже не достает точных данных и особенно микроскопических и бактериологических исследований для того, чтобы с уверенностью отнести его к той категории, на которую он претендует.

Къ тому же 1901 г. относится диссертация Steinbach'a, въ которой приводится новый весьма интересный случай первичного туберкулезного поражения мышц.

Купецъ, 18 л., въ дѣтствѣ корь и дифтеритъ. Родители, братья и сестры здоровы.

Statis pr.: крупкій, выглядывающій здоровымъ молодой человекъ. Органы грудные и брюшные безъ уклоновъ отъ нормы. Указаній на заболѣваніе костей и суставовъ нѣтъ. На передней сторонѣ праваго бедра измѣется припухлость, длинной до 18 сант., шириной до 10 см.; поверхность ея бугристая, консистенція эластическая, безъ флюктуации, точно ограничить ее не удается; довольно подвижная при расслабленномъ quadriceps при сокращеніи послѣдняго она фиксируется. Кожа нормальная и подвижна. Паховая и бедренныя железы увеличены и тверды. Развивалась опухоль медленно, причиняетъ незначительныя боли при сгибаніи колѣна.

Въ области лѣваго локтевого сустава, на наружной сторонѣ, узелъ, возникшій почти одновременно съ предыдущимъ, величиной съ грецкій орѣхъ. Мягче и менѣе подвиженъ, чѣмъ правый.

Наконецъ, нѣсколько выше правой наружной лодыжки припухлость величиной въ небольшое яблоко, плоская, диффузно переходящая въ сосѣднія ткани; покрыта кожей, измѣненной хронической экземой.

Въ 2 сеанса сделано изсѣченіе всѣхъ 3 опухолей и увеличенныхъ железъ. Въ *m. quadriceps femoris* найдена система канальцевъ, толщиной въ карандашъ, пробѣгающихъ въ направленіи длинной оси *vastus medius et externus* и выполненныхъ детритомъ съ серознымъ экссудатомъ. Стѣнка состоитъ изъ собственно погнойной оболочки или некротическихъ тканевыхъ массъ. Послѣ удаления всего подозрительнаго осталось не болѣе $\frac{2}{3}$ мускула. Въ области локтя оказалась кистовидная опухоль, лежащая на *supinator longus*. Она состоитъ изъ погнойной оболочки и казеознаго распада. На голени

туберкулезный очагъ расположенъ въ *m. tibiais anticus et extensor digit. communis*.

Микроскопическое изслѣдованіе дало ясную картину туберкулезныхъ фолликуловъ съ гигантскими клетками и казеознымъ перерожденіемъ.

Послѣ этого въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ появилась дѣлая серия узловъ въ различныхъ мышцахъ: въ правомъ *abductor pollicis longus* (въ грецкій орѣхъ), въ *biceps brachii* (въ орѣхъ), 2 узла въ *m. deltoideus*, въ толщѣ *tens. fasciae latae sinistrae* (въ яблоко), въ лѣв. *biceps femoris* (голубиное яйцо), и, наконецъ, въ *m. abductor pollicis long. sin.* и въ *m. eucularis dextr.* Всѣ они, по мѣрѣ появления, изсѣчены, и рана зажила первымъ натяженіемъ.

Больной, сдѣлавшій очень кахектичнымъ, сталъ постепенно оправляться и наконецъ былъ въ состояніи приняться за свое дѣло. Рецидивовъ болѣе нѣтъ.

Къ 1903 г. относится новая работа объ мышечномъ туберкулезѣ Zeller'a, появившаяся въ *Beiträge zur klinische Chirurgie*, въ которой изложены свѣдѣнія о новыхъ 2 случаяхъ первичнаго мышечнаго туберкулеза.

Случай 1. 9 л., изъ здоровой семьи, много лѣтъ вмѣстѣ съ сестрой болѣла скрофулезной экземой. Около $\frac{1}{4}$ года назадъ появился фистулезный абсцессъ на большомъ пальцѣ. 4—5 недѣль назадъ стали появляться опухоли на различныхъ мѣстахъ тѣла, медленно и безболѣзненно растущія.

Status pr.: блѣдная, умѣреннаго питания дѣвочка. Легкія и сердце нормальны. Небольшій железки подъ лѣвымъ угломъ нижней челюсти. На лѣвомъ плечѣ и лѣвой голени—въ области икры—опухоль, не болѣзненная, покрытая нормальной кожей, величиной въ орѣхъ. Такая же опухоль, величиной въ яблоко, флюктуирующая, лежитъ на передней сторонѣ лѣваго предплечья. Кожа надъ ней слегка красна, но не отечна. Въ средней части лѣваго бедра узелъ, величиной въ орѣхъ, флюктуирующий. На правомъ большомъ пальцѣ—свищъ съ припухшими, воспаленными окрестностями.

Операция. Абсцессъ въ области икры лежитъ между фасцией, покрывающей *m. gastrocnemius* и самой мышцей, тѣсно съ послѣдней спаянный. На лѣвомъ бедрѣ также абсцессъ подъ фасцией *m. rectus femoris* и отчасти въ самой мышцѣ. На лѣвомъ плечѣ—подъ фасцией длиннаго сгибателя; на правомъ плечѣ—подъ фасцией *m. bicipitis*. Всѣ эти абсцессы располагаются въ мышцѣ такимъ образомъ, что наружная стѣнка образуется фасцией, а внутренняя самой мышцей.

Нѣкоторые изъяснены полностью, другіе лишь выскоблены. Заживленіе безъ осложнений.

Черезъ 3 года получено сообщеніе отъ отца, что у дѣвочки въ области рубца на голени еще разъ появилась опухоль въ оръѣхъ, послѣ изъясненія которой получилось уже окончательное заживленіе.

Микроскопическое изслѣдованіе дало типичную гистологическую картину туберкулеза въ мышцахъ.

Случай 2. 24 л., изъ здоровой семьи. Въ дѣтствѣ придули шейные железы. Годъ назадъ перенесенъ право-сторонній плевритъ. Шесть недѣль назадъ появилась на внутренней поверхности праваго бедра небольшая, не причиняющая никакихъ затрудненій и медленно увеличивающаяся, опухоль.

Status pr.: Питаніе умеренное, сердце и легкія нормальны. Нѣсколько кверху и внутри отъ внутреннего края patellae прощупывается узелъ величиной въ грецкій оръѣхъ, довольно мягкій и подвижный. Коленный суставъ не задѣтъ.

Операция. Абсцессъ расположенъ въ толщѣ *m. vastus internus* и капсула его прочно сросена съ окружающими мышечными частями. Изъясненъ. Шовъ, дренажъ. Заживленіе первымъ натяжениемъ. Черезъ 14 дней рана вновь раскрылась и черезъ нѣкоторое время окончательно зарубцевалась. Черезъ годъ получено извѣстіе, что рецидивовъ болѣе не наблюдалось.

Микроскопическое изслѣдованіе: типичные туберкулезные фолликулы съ гигантскими клѣтками—какъ въ области *regnum internum*, такъ и *externum*.

Оба эти случая не возбуждаютъ сомнѣній, какъ относительно первичнаго характера заболѣванія въ мышцѣ, такъ и относительно его природы и должны быть отнесены къ несомнѣнно первичнымъ мышечнымъ туберкулезамъ.

Въ 1904 г. Lejars опубликовалъ въ *Semaine medicale* новый случай мышечнаго туберкулеза, наблюдававшегося имъ въ самое послѣднее время, который долженъ быть также отнесенъ къ первичнымъ мышечнымъ туберкулезамъ.

50 л., рабочій, исхудавшій, блѣдный. Четыре года назадъ перенесъ воспаленіе легкихъ. Нѣсколько мѣсяцевъ назадъ стали наблюдаться ночные поты. Аускультативъ—обнаруживаются трескучіе хрипы въ верхушкахъ. 5 мѣсяцевъ назадъ появилась, безъ видимой причины, на передне-верхней сторонѣ праваго бедра опухоль, быстро достигшая величины дѣтскаго кулака и послѣ этого приостановившаяся въ ростѣ. Почти одно-

временно образовалась небольшая опухоль на внутренней поверхности лѣваго бедра и на сгибательной поверхности праваго предплечья ниже локтя. Послѣдняя быстро достигла величины яблока и сдѣлалась мягкой. Наконецъ недѣль черезъ 2 появилась еще новая опухоль на разгибательной поверхности лѣваго плеча, въ нижней его трети, которая достигала величины яйца, причиняла болѣзнь и затрудняла движенія.

Всѣ эти опухоли не состоятъ въ связи ни съ кожей, ни со скелетомъ, находятъ ясно въ толщѣ мышцъ.

Операция. Первая опухоль лежитъ въ *m. rectus femoris*, вторая—въ *m. vastus internus*, третья въ *supinator longus* и четвертая—въ *triceps brachii*. Всѣ изъяснены въ здоровыхъ участкахъ. Заживленіе безъ осложнений. Черезъ нѣкоторое время отъ больнаго получено извѣщеніе, что рецидива въ мышцахъ не наблюдалось, но появилась *limbo albus* праваго локтя, по поводу котораго была сдѣлана резекція сустава.

Въ тѣхъ обнаружены bacilli Koch'a. Микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ дало туберкулезные узелки съ гигантскими клѣтками.

Къ 1905 г. относится работа F. Kaiser, въ которой, кромѣ описанія извѣстныхъ въ литературѣ случаевъ, приводится собственное наблюденіе несомнѣннаго первичнаго мышечнаго туберкулеза.

Больная изъ здоровой семьи, никакими заболѣваніями, кромѣ какого-то психоза, перенесеннаго 30 лѣтъ назадъ, не страдала. Въ началѣ июля 1904 г. сразу появились (въ большомъ количествѣ) опухоли со слѣдующими общими свойствами: круговато-овальная форма, гладкая поверхность, ясная флюктуация, отсутствіе болѣзненности, какъ самостоятельной, такъ и при давленіи, локализція въ мышцѣ, при расслабленіи и при давленіи которой ови подвижны, а при сжатіи—фиксируются; кожа подвижна и видимо нормальна.

Первая опухоль находится на сгибательной поверхности лѣваго предплечья, на границѣ нижней и средней трети; другая—въ лѣвой икрѣ, тянется надъ всѣмъ *m. gastrocnemius*, образуя въ срединѣ протяженія перемычку. Третья расположена въ лѣвой ягодицѣ.

Пункция въ области икры дала смѣшанную съ кровью жидкость, изслѣдованіе коей подлѣ микроскопомъ не обнаружидо присутствія туберкулезныхъ надочекъ, а прививка морскимъ свинкамъ дала положительную реакцію.

Больная въ высшей степени истощена, блѣдна. Железъ

ни шейных, ни подмышечных лътъ. Органы грудные и живота без замѣтныхъ измѣненій.

Въ дальѣйшемъ опухоли на рукахъ и голени постепенно исчезли, въ области *m. gastrocnemius* осталось лишь довольно напряженное уплотненіе. Опухоль въ области ягодицы естество безъ измѣненій.

Черезъ 7 мѣсяцевъ умерла.

Аутопсія. Въ *m. gastrocnemius* веретенообразная полость (длинной до 17 см., шириной—20 см.), наполненная желтоватымъ гноемъ. Съ подобнымъ же содержимымъ находится полость въ области лъвой ягодицы, расположенная между фасціей и *m. gluteus maximus*, на лъвомъ предплечьѣ, между фасціей и *palmaris longus*. Старый процессъ въ легочныхъ верхушкахъ. Миліарный туберкулезъ легкихъ и почекъ. Тромбозъ *venae jugularis sin.*

Гной изъ *m. gastrocnemii* и *glutei*, изслѣдованный подъ микроскопомъ на бациллу Коэча, далъ отрицательный результатъ. Прививка морскимъ свинкамъ гноя изъ ягодичнаго абсцесса вызвала типичный туберкулезъ. Микроскопическое изслѣдованіе капсулы дало картину туберкуловъ съ эпителиоидными и гигантскими клѣтками, но констатировать на срѣзкахъ туберкулезную палочку не удалось ни разу.

Въ 1907 году въ Bull. de l'acad. de medic. появились два новыхъ сообщенія о первичномъ туберкулезѣ мышцъ: первое сдѣлалъ Kirmisson, второе M. Cognie.

Случай Kirmisson'a. Дѣвочка 10 л., слабаго питанія и развитія, имѣеть туберкулезное, довольно болѣзненное пораженіе лъвой ноги въ области пліосно-фаланговаго сочлененія мизинца. При изслѣдованіи констатированы многочисленные узелки, ясно подвижные,—какъ относительно кожи, такъ и относительно болѣе глубоко расположенныхъ тканей,—въ области мышцъ праваго и лъваго бедра и—особенно той и другой икры. Величина ихъ различна, консистенція твердая, форма въ большинствѣ веретенообразная. Кроме того имѣется увеличеніе лимфатическихъ железъ (въ Scarp'овскомъ треугольничкѣ, въ подмышечной впадинѣ, по ходу плечевой артеріи и по переднему краю грудно-ключично-сосковой мышцы).

Черезъ 2 мѣсяца болъная подвергнута новому обследованію. Количество узловъ въ мышцахъ нижнихъ конечностей увеличилось по сравнению съ первымъ изслѣдованіемъ, кроме того обнаружены новые узлы въ области лъвой ягодицы, въ мышцахъ спины и верхнихъ конечностей (*biceps brachii et triceps*). Пронцупуется большое количество железъ въ шейной и подчелюстной области.

Черезъ ½ года болъная изслѣдовалась еще разъ. Общее состояніе улучшается, количество узловъ на нижнихъ конечностяхъ повидимому становится меньше, но все-таки въ большомъ еще количествѣ они прощупываются въ толщѣ икры. Железы паховыя и аксиллярныя по-прежнему объемисты, а расположенныя по ходу плечевой артеріи уменьшились. Появился новый небольшой узелокъ въ области правой лъвой артеріи. Слѣдовательно, заключаетъ авторъ, болѣзнь находится еще въ стадіи развитія.

Микроскопическое изслѣдованіе вырѣзаннаго при первомъ изслѣдованіи узла обнаружило скопленіе характерныхъ туберкуловъ, съ гигантскими клѣтками и казеознымъ распадомъ въ центрѣ. Бактеріологическое изслѣдованіе. Засѣянныя на различныхъ средахъ измѣлченныя части узла роста не дали ни въ одной пробіркѣ. Часть изслѣдуемаго материала была введена одной свинкѣ въ полость брюшины, а другой подъ кожу. Первая погибла черезъ 34 дня, при аутопсіи ничего характернаго во внутреннихъ органахъ не найдено. Вторая убила на 45-й день, и тоже никакихъ слѣдовъ туберкулеза не оказалось какъ во внутреннихъ органахъ, такъ и въ мѣстѣ зараженія.

Хотя бактеріологическое изслѣдованіе дало отрицательный результатъ, но несомнѣнно имѣется полная возможность имѣеть съ авторомъ признать, какъ на основаніи клинической картины, такъ особенно на основаніи типичныхъ гистологическихъ изслѣдованій, что въ данномъ случаѣ имѣлась форма множественнаго туберкулезнаго мизинца. Мнѣніе это подкрѣпляется между прочимъ и тѣмъ обстоятельствомъ, что вскрытіе пліосно-фаланговаго сустава лъв. мизинца обнаружило картину типичнаго туберкулезнаго артрита.

Патогенезъ настоящего случая, по автору, представляется въ слѣдующемъ видѣ: вначалѣ ребенокъ страдалъ туберкулезомъ сочлененія лъваго мизинца, затѣмъ инфекция распространилась по лимфатической системѣ и вызвала заболѣваніе какъ лимфатическихъ путей, такъ и образованіе многочисленныхъ туберкулезныхъ узловъ въ толщѣ мышцъ туловища и конечностей.

M. Cognie имѣлъ два случая мышечнаго туберкулеза.

1 случай. Женщина, 32 л., никакихъ признаковъ туберкулеза въ легкихъ и другихъ внутреннихъ органахъ. 10 лѣтъ назадъ страдала кокальцией. Опухоль въ средней и передней части *m. masseteris*, величиной въ воложскій орѣхъ, твердая,

плохо отграниченная от соседних тканей. На основании бывшей кокальгии заподозрить туберкулезный очаг, и опухоль изъяснена в здоровых тканях. Разматывание удаленного куска простым глазом не обнаружило нигде очагов распада; трудно было по цвету отличить границы опухоли от мышечной ткани.

Гистологическое исследование обнаружило картину туберкулезных фолликулов. В виду того, что узелки очага богаты соединительной тканью и не обнаруживают обычной тенденции к нагноению и распаду, автор относит этот случай к фиброзным мышечным туберкулезам („myositis sclerosea tuberculosa“).

2 случай. Девушка 25 л., слабая на вид, следы хронического аденита на шею, подозрительныя легкия. На наружной стороне бедра, несколько ниже его середины, холодный абсцесс величиной в кулак, леченный ранге иodoформенной эмульсией. Настолько безобиден, что не представляет записывать хореографией (въ циркъ).

При операции обнаружилось, что стѣнка образована *m. vastus externus* и къ кости не имѣет никакого отношенія. Въ гноѣ много мышечныхъ волоконъ, дегеративно измененныхъ, но еще ясно различимыхъ.

Выпрыскивание гноя морской свинкѣ дало положительную на туберкулезъ реакцію.

И тотъ и другой случай Согнѣ относится къ первичнымъ мышечнымъ туберкулезамъ, при чемъ первый изъ нихъ представляетъ сравнительно рѣдкую форму склерознаго туберкулезнаго миозита.

Описанными случаями и исчерпывается доступная казуистическая литература первичнаго мышечнаго туберкулеза.

Что касается до экспериментальныхъ исследованийъ, могущихъ освѣтить темныя стороны изучаемаго предмета, то попытки, предпринятія до сихъ поръ въ этомъ направленіи, ограничиваются работами лишь двухъ авторовъ: Тria и Saltykow'a.

Первый путемъ бактериологическаго исследования (подробности будутъ приведены ниже) пытается установить фактъ мышечной резистентности противъ различныхъ микроорганизмовъ и дать для него объясненіе въ химическомъ составѣ мышечнаго сока.

Второй задается цѣлью выяснитъ, какого характера уча-

стіе въ процесѣ выпадаетъ на долю мышечныхъ тѣлецъ. Для этого онъ вводилъ туберкулезный матеріалъ въ а. femoralis животныхъ по исеченіи различнаго срока (отъ 2—25 д.) и убивалъ ихъ и затѣмъ подвергалъ мышцы конечности микроскопическому насѣдванію. Результаты, къ коимъ приходитъ авторъ на основаніи такого насѣдванія, сводятся къ тому, что въ первые дни развитія туберкулезныхъ измененийъ въ ткани ограничивается исключительно просвѣтомъ и стѣнкой сосудовъ, и лишь позднѣе (около 12 дня) начинается обрисовываться участіе и другихъ тканей. Съ этого времени начинаютъ (по автору) принимать активное участіе не только соединительная ткань, но и мышечная.

По мѣрѣ накопленія казуистическаго матеріала начинаютъ болѣе отчетливо выясниться какъ клиническая картина заболѣванія, такъ и его патолого-анатомическая сущность, и въ зависимости отъ этого все чаще удѣляется первичному мышечному туберкулезу мѣсто во вновь появившихся руководствахъ по хирургіи и патологической анатоміи.

Считаемъ возможнымъ отмѣтить изъ нихъ слѣдующія:

Въ 1896 г. и 97 г. вышли учебники хирургіи Lyo't'a и Lejars'a; въ томъ и другомъ первичному туберкулезу мышцъ посвящены отдѣльныя главы.

Въ 1901 г. Dürck'омъ и Oberndorfer'омъ въ *Ergebn. der allg. Pathologie (etc.)* тоже удѣлена мышечному туберкулезу отдѣльная глава, гдѣ подробно описывается случай Lejars'a. Въ заключеніе авторы высказываютъ, что туберкулезный процесъ можетъ гнѣздиться какъ въ межмышечной соединительной ткани, такъ и внутри самыхъ мышечныхъ элементовъ.

1902 г. въ томъ же *Ergebn. d. allgem. Pathologie (etc.)* дается Petic'омъ свѣдѣнія о болѣе свѣжей казуистической литературѣ (1900—1902 гг.) первичнаго мышечнаго туберкулеза; описывается между прочимъ подробно случай Steinbach'a и приводятся экспериментальныя данныя Saltykow'a.

Наконецъ тамъ же за 1903 г. въ отдѣлѣ *Pathologie der Musculatur* имѣется глава, въ коей Busse даетъ обзоръ литературы за 1900—1903 г. и особенно подробно описываетъ постановку опытовъ Saltykow'a.

Къ 1903 г. относится руководство по общей хирургии N. Senn'a, гдѣ въ обширномъ отдѣлѣ о хирургической бугорчаткѣ отдѣльная глава посвящена первичному мышечному туберкулезу. Здѣсь кромѣ известныхъ случаевъ вторичнаго мышечнаго туберкулеза (Gensler'a, Marchand'a, Latour'a, Depovilliers'a) упоминается о несомнѣнно первичныхъ мышечныхъ туберкулезахъ въ сл. Habermaas'a, Müller'a, Reverdin'a и Lanz und Quervain'a.

Въ 1904 г. Ziegler въ своемъ Lehrbuch d. speciell. pathol. Anatomie, резюмируя известныя уже данныя о мышечномъ туберкулезѣ, находитъ наблюдения, касающіяся первичнаго мышечнаго процесса, достаточно точными и безупречными, и болѣе правильнымъ считаетъ называть такіе случаи не первичными, а гематогенными.

Наконецъ, къ 1904 г. относится довольно уже обстоятельная работа касательно первичнаго мышечнаго туберкулеза Logenz'a, гдѣ авторъ пытается набросать подробную картину какъ клиническаго течения, такъ леченія и патолого-анатомической сущности заболевания.

Чтобы исчерпать имѣющуюся казуистическую матеріалъ, мы въ заключеніе приступимъ къ описанію случаевъ первичнаго мышечнаго туберкулеза, наблюдавшихся въ русскихъ клиникахъ и предоставленныхъ въ наше распоряженіе.

1 сл. (Изъ пропед. клиники проф. В. А. Опеля) Евд. Л., 16 л. Въ сентябрѣ 1909 г. появилась безъ видимой причины боль и припуханіе въ области икроножныхъ мышцъ правой голени. Медленно увеличиваясь, припухлость, — вначалѣ довольно твердая, — стала съ теченіемъ времени размягчаться, и въ февралѣ 1910 г. на родивъ земскимъ врачомъ сдѣланъ разрѣзъ. Послѣ длительного нагноенія рана зажила. Въ июлѣ вновь стала появляться боль и припуханіе къ томъ же мѣстѣ, а въ августѣ произведено новое вскрытіе нарыва, и съ тѣхъ поръ до настоящаго времени у больного имѣется не заживающій свищъ.

7 сентября поступилъ въ пропедевтическое хирургическое отдѣленіе проф. В. Опеля.

Status pr.: Общее недоразвитіе (на видъ больного не болѣе 12—13 лѣтъ). Питаніе имже средняго. Увеличенія шейныхъ железъ не отмѣчается. Въ легкихъ ничего подозрительнаго; сердечный шумъ какъ у верхушки, такъ и у основанія сердца.

Послѣоперационный рубецъ въ области икры правой голени. Вблизи послѣдняго, нѣсколько کنارужу, имѣется узкій свищъ, окруженный вѣлыми грануляциями съ серозно-гноиннымъ отдѣленіемъ.

Вокругъ, въ толщѣ подлежащихъ мышцъ, прощупывается значительныхъ размѣровъ инфильтратъ, плотный, слегка бугристый, безъ рѣзкихъ границъ переходящій въ нормальныя ткани.

Кожа мало измѣнена. Болѣзненности при ослупываніи почти нѣтъ. Пуговчатый зондъ идетъ черезъ свищевое отверстие книзу и вглубь см. на 3. Подкожные железы и бедрачныя увеличены, но не болѣзненны.

Ежедневная перевязка. Смазываніе грануляцій іодной настойкой. Внутрь пилюли изъ мышьяка.

22 сентября. На мѣстѣ инфильтрата ясное зыбленіе. Черезъ свищъ выдѣляется незначительное количество почти чистой серозной жидкости.

Вечерняя ¹⁰ даетъ иногда повышеніе на нѣсколько десятыхъ.

26 сентября. Пробнымъ шприцемъ высосано изъ размяченнаго инфильтрата нѣкоторое количество буроватаго (цвѣтъ кофейной гущи) гноя, послѣ чего произведено вырскиваніе ^{1/4} к. с. іодной настойки.

При микроскопическомъ изслѣдованіи гноя обнаружены палочки Koch'a.

До 9 октября in statu quo ante. При перевязкахъ время отъ времени высасывался гной и затѣмъ производилась инъекція ^{1/2} к. с. т-гае jodi.

9 октября. Подъ эфирнымъ наркозомъ операция (В. А. Опель). Разрѣзъ по задней поверхности голени, почти по всему ея протяженію. Оказалось, что м. gastrocnemius et soleus почти по всей длинѣ сильно уплотнены и представляются выполненными безконечнымъ количествомъ мелкихъ размяченыхъ фокусовъ, состоящихъ изъ тканеваго распада.

Кость не затѣта. Колѣнный суставъ безъ всякихъ болѣзненныхъ измѣненій.

И та и другая мышцы изсѣчены почти полностью отъ самыхъ верхнихъ ихъ отдѣловъ до мѣста прикрѣпленія ахиллова сухожилия къ пяточной кости. Тампонада. Швы на кожу. Шинная повязка.

Отдѣльнымъ разрѣзомъ удалены изъ подкожной ямки припухлыя железки.

Послѣоперационное теченіе безъ осложненій. Самочувствіе удовлетворительное. Лишь временами рѣзкія боли въ оперированной конечности.

16 октября. Смена тампонов (под эфиром). Рана выдвигать очень хорошо. Швы сняты.

В дальнейшем рана довольно быстро выполнялась, и к 21 октября остался лишь небольшой гранулирующий участок, в области которого имеется несколько легких свищевых ходов.

25 октября. Под эфирным наркозом операция: через разрез длиной около 8 см., идущий от пуартовой связки кривиз по ходу больших сосудов, изъят пакоть (4—6) увеченных желез, лежащих под поверхностной фасцией.

20 января 1911 г. Большой до сих пор в клинчик. Самочувствие хорошее. В области голени осталось несколько незакрывшихся свищей. Инфильтрата в окружности нет. Перевязка попеременно то с йодистой настоей, то с креозотом.

При микроскопическом исследовании оказалось, что наряду с мало измененными мышечными волокнами имеются такие, которые представляют различные стадии дегенеративных изменений. Здесь все поле зрения занято мелкоклеточной инфильтрацией околососудистыми лейкоцитами и клетками с вытянутыми веретенообразными ядрами. В некоторых участках, ближе к центральной части срыва, мышечные волокна совсем исчезают и их место занято молодой соединительной тканью, в которой можно заметить скопление клеток в виде той или иной величины узелков, окруженных густым кольцом одноклеточных лейкоцитов.

Такие узелки состоят из группы эпителиоидных клеток; в центре их клетки представляют явления более или менее выраженного некроза. В довольно значительном количестве в сферах узелков можно констатировать гигантские клетки. Бацилл в срывах отыскать не удалось.

2 случай. (Из Томской госп. хирургической клиники проф. П. И. Тихова). А. К. 17 л., крестьянка Томской губ. и уезда. В клинику поступила 27 октября 1910 г.

Родители здоровы. Девят лет было 5 ч. Все живы и здоровы. Выкидышей не было. Указаний на семейный туберкулез или Лусе не имеется. Больная в детстве ничем не болела. Настоящее заболевание с февраля 1910 г. Без видимой причины стала припухать правая нога в области голеностопного сустава. Болью особенных не было. В начале апреля опухоль произвольно вскрылась в области пяточной кости; из раны выдвигался в большом количестве гной с сильным зловонным запахом. Через месяц опухоль снова вскрылась вблизи наружного мыщелка; тоже выдвигался в большом количестве и такого же запаха гной.

В это же время больная заметила припухлость на спине, величиной в небольшой орех. Постепенно увеличиваясь, она достигла наконец величины кулака. Возбужденности и зуда не было. В сентябре опухоль на спине произвольно вскрылась и носила выделение обильного количества гноя с запахом.

Образовавшийся как на спине, так и на гофь раны не закрывались и из них постоянно выдвигался гной.

10 октября 1910 г. Поступила в дерматологическую клинику. Произведенное здесь неоднократно микроскопическое исследование выделений из свищей не открыло наличия каких-либо микроорганизмов. Была сделана реакция Wassermann'a, по результату тоже отрицательной. Наконец произведена была реакция Calmetta, с положительным на этот раз результатом.

27 октября 1910 г. Переведена в хирургическую клинику.

Status pr.: Рост средний, питание хорошее. Исследование грудных и брюшных органов не открыло каких-либо отклонений от нормы. На спине, посредине между нижним углом левой лопатки и позвоночником, находится фокусное поражение, неправильной формы, длиной около 6 и шириной около 4 см. На поверхности 2 фистулезных хода, с истонченными кожными краями, идущих вверх и в стороны. Из них выдвигается жидкий гной, с примесью крови, без запаха. Пораженный очаг тверд на ощупь, безболезненный, с костяком не спаян. Кожа пораженной области инфицирована, сине-фиолетового цвета.

При осмотре правой ноги замечена значительная атрофия икроножных мышц. Над голено-стопным суставом имеется припухлость, тубовидной консистенции, безболезненная, занимает всю наружную сторону стопы. Два фистулезных хода. При зондировании оба направляются к заднему отделу пяточной кости, при чем ясно пальпируется переломанная кость.

Рентгенокопия обнаружила в центре заднего отдела пяточной кости ясно видимое разрушение кости в виде очага диаметром около 4 см. Остальные кости стопы не поражены.

Операция. Резекция oss. calcanei по Olier'y. Удаление части нижних пучков m. cunealis и части верхних пучков l. tissimi dorsi.

К ребрам и лопатке указанное поражение не имело никакого отношения. Постоперационный период протекал гладко. 7 ноября сняты швы. 18 ноября рана закрылась. 7 декабря больная выписалась.

При исследовании удаленные мышечные участки представляются характерного бледно-желтого цвета; всюду мышца пронизана очагами, величиною от просияного зерна до горошины.

При микроскопическом исследовании лишь на некоторых препаратах удается видеть небольшие участки, на которых среди мелкокачественной инфильтрации имеются остатки дегенерировавшихся мышечных волокон. На большинстве же препаратов все поле зрения занято элементами воспаленной соединительной ткани. всюду в большом количестве имеются группы эпителиоидных клеток, находящихся иногда в различных стадиях некротического процесса.

В некоторых местах скопления клеток принимают вид отдельных узелков, больше или меньше напоминающих картину туберкулезных бугорков. Гигантские клетки имеются в довольно большом количестве. Бацилл в срезах констатировать не удалось.

Оба эти случая должны быть отнесены к группе сомнительных первичных мышечных туберкулезозов: первичный характер мышечного процесса вполне убедительно доказывается данными клинического исследования, а равно и полученными на операционном столе. Натура же страдания ясна в случае проф. Опшеля из гистологической картины и присутствия туберкулезных бацилл в гное, а в случае проф. Тихова из гистологической картины в связи с реакцией Calmette'a.

3 сл. (Наблюдение пр.-доц. Академии О. К. Вебера). П. Д. мѣдваницѣ, 36 л. Поступилъ 25 августа 1910 г. и выписался 3 января 1911 г.

Около 2-хъ лѣтъ кашель. Въ области верхушекъ жесткій выдохъ, хрипы. Больше года сведение в правой голени. Ощупывание правой икры болезненно, въ глубинѣ прощупываются узлы.

Подъ вліяніемъ леченія чувствительность мышцы уменьшается.

17 сентября. Для устранения *pedis equini* производится удлинение ахиллова сухожилия. Гладкое заживление. Затѣмъ леченіе ваннами, компрессами. Постепенно чувствительность икроножной мышцы почти совершенно исчезла, и только при внимательномъ ощупываніи удалось опредѣлить въ глубинѣ небольшія узловатая утолщенія.

Функция конечности совершенно восстановилась.

4 сл. (Наблюдения О. К. Вебера). М. Г. мѣщанка, 37 л., поступила въ больницу Св. Маріи Магдалины 23 декабря 1909 г., выписалась 4 сентября 1910 г.

Больна около года. Въ сентябрѣ 1909 г. лежала въ больницѣ, со свищами позади и вкнзду отъ внутреннего мыщелка лѣвой голени. Больная тогда была принята за туберкулезъ сухожильного влагалища *m. tibialis posticæ*. Сдѣлать разрѣзъ, повторное выскабливаніе. Медленное заживленіе.

Въ декабрѣ 1909 г. поступаетъ съ припухлостью и свищами въ области ахиллова сухожилия. Старые свищи подъ мыщелками зажили. Голено-стопаый суставъ свободенъ. Консервативное леченіе (впрыскиванія *samphor-naphтол'a*) безъ результата.

10 февраля 1910 г. Обнажается ахиллово сухожилие и удаляется его нижній конецъ, длиной въ 7 см., крайне утолщенный, изобильно студенистый видъ.

Рана очищена, смазана *tinct. jodi* и отчасти зашита. Стогъ придано положеніе *pedis calcanei*. Медленное заживленіе. Рассасываніе инфильтрата.

Несмотря на удаленіе большого куска ахиллова сухожилия контрактура не получилась, и больная выписана съ совершенно зажившей раной, безъ всякаго инфильтрата, съ хорошимъ положеніемъ стопы, съ удовлетворительной подвижностью въ голено-стопаомъ суставѣ.

Въ ноябрѣ 1910 г. больная вновь поступила съ небольшою ранкой и инфильтратомъ въ области старого рубца.

При леченіи ваннами и ихиоломъ черезъ 3 недѣли поправилась.

Оба послѣдніе случая, къ сожалѣнію, не удовлетворяютъ принятой нами въ началѣ мѣрѣ, во-первыхъ, въ томъ отношеніи, что натура страданія не доказана въ нихъ ни гистологической картиной опухоли, ни бактериологическими исследованиями, и во-вторыхъ, тѣмъ, что недостаточно ясенъ первичный характеръ мышечнаго заболѣванія. Послѣдній упрекъ особенно трудно устранить относительно второго наблюденія О. К. Вебера, гдѣ и близкое соседство и краткій срокъ отдѣляющій одно заболѣваніе отъ другого, даютъ извѣстное основаніе считать заболѣваніе ахиллова сухожилия вторичнымъ, въ результатѣ прежняго процесса вблизи голено-стопаого сустава.

Въ цѣляхъ наибольшей наглядности воѣ случаи пер-

вичного мышечного туберкулеза представляется ниже на таблицу.

Подводя итоги протитированной литературы, касающейся первичного мышечного туберкулеза, мы видим, что случаев несомненно первичных, т. е. и натура страдания выяснена убедительными данными микроскопического или бактериологического исследования и стоит вне сомнѣнія первичный характер мышечного заболевания, насчитывается вместе съ публикуемыми нами лишь 23.

Цифра эта поражает своей ничтожностью. Впечатлѣніе это еще усилится, если представить, как широко, согласно новѣйшихъ данныхъ (Naegeli, Beitzke), распространены бактерии Коссиа въ общечеловѣческомъ организмѣ и насколько часто поражаются ими разные органы: легкія, кишки, кости, суставы и проч.

Другого объясненія для такого факта, казалось, не можетъ и быть, кромѣ предположенія наличности въ мышцахъ какихъ-то неизвѣстныхъ факторовъ, которые создаютъ неподходящую почву для развитія въ нихъ туберкулезныхъ бактерий.

Отсюда, повидимому, и создалось то мнѣніе, наиболѣе яркими и авторитетными выразителями коего является Virchow и Rokitsansky, что мышца обладаетъ особенной устойчивостью, сопротивляемостью противъ внѣдренія и развитія въ ней туберкулезной заразы.

Что касается причинъ этой удивительной сопротивляемости, то приходится сказать, что далѣе соображеній чисто теоретическаго характера рѣшеніе вопроса до сихъ поръ не ушло. Всѣ авторы, такъ или иначе его затрагивающіе, предположительно указываютъ, что въ данномъ случаѣ извѣстную роль можетъ играть разница въ анатомическомъ строеніи или въ физиологическихъ свойствахъ мышцъ по сравненію съ другими органами и тканями, напр. сократительная способность мышцы и обуславливаемая ею измененія въ процессахъ циркуляціи (Lanz und Quervain), энергичный обменъ веществъ и весьма дѣятельная циркуляція (Hemery), наконецъ, (Ranvier) обиліе лимфатическихъ элементовъ, мельчайшей и весьма развитой сѣтью окружающихъ мышечное волокно.

Но соображенія эти не казались безупречными уже давно. Напр. Zeller, разбирая ихъ, говоритъ: «если дѣйствительно сократительная способность и процессы циркуляціи и обмена веществъ, въ силу особой энергичности, съ коей они происходятъ въ мышцѣ, сами по себѣ представляютъ основное препятствіе для внѣдренія бактерий, тогда должно бы быть иммуно противъ инфекціи и сердце, которое, какъ попеременно-полосатая мышца, относительно способности къ сокращенію, кровоснабженія и процессовъ обмена вполне аналогична скелетнымъ мышцамъ. Однако, этому противорѣчатъ многочисленныя наблюденія первичного туберкулеза миокардіа». (646 стр.).

Очень оригинально подошелъ къ рѣшенію вопроса Tria. Работа его представляетъ единственную попытку экспериментальной проверки факта мышечной резистентности противъ инфекціи и условий ее вызывающихъ; поэтому, позволимъ себѣ его опыты передать болѣе подробно.

Чтобы доказать, что мышца оказываетъ болѣшую по сравненію съ другими органами сопротивляемость различнымъ микроорганизмамъ, Tria ставилъ рядъ опытовъ въ двоякомъ направленіи.

1) Инфицировать кроликовъ или морскихъ свинокъ культурами извѣстныхъ микроорганизмовъ (*B. anthracis*, *staphyloc. ruog. aureus*, *micrococcus tetragenus*) и, убивъ черезъ извѣстное время животное, — или дождавшись его естественной смерти, — брать съ асептическими предосторожностями небольшие одинаковой величины кусочки изъ различныхъ органовъ (печени, почекъ и мышцъ). Размельчивши такіе кусочки, онъ разводилъ каждый въ 5 с. с. дистиллированной воды и инфицировалъ полученной жидкостью желатиновый питательный среды, а затѣмъ на поверхности чашекъ Petri высчитывалъ количество выросшихъ колоній.

Въ результатъ оказалось, что мышца во всѣхъ случаяхъ давала значительно меньшее количество колоній, чѣмъ печень и почка. Иногда желатина съ мышцей оставалась даже со всѣмъ стерильной, въ то время какъ желатина съ печеню и почкой всегда показывали извѣстное количество колоній.

2) Во второмъ рядѣ опытовъ авторъ выжималъ съ асен-

тическими предосторожностями при помощи специального пресса из мышцы (лошади, собаки, кролика) мышечный сок и подбавляя его в питательная среды, наблюдала, как это подбъивает на ростъ различныхъ микробовъ (*b. typhi abdominalis*, *bacillus cholerae*). Въ результатѣ этихъ опытовъ бактерицидное дѣйствіе мышечного сока представилось для автора вне сомнѣнія.

Въ дальнѣйшемъ Tria старался выяснитъ, не зависитъ ли констатированный фактъ отъ слабо кислой реакціи мышечного сока, — и въ концѣ концовъ пришелъ къ заключенію, что кислая реакція играетъ въ данномъ отношеніи весьма слабую роль, или даже совсѣмъ не играетъ.

На основаніи этихъ опытовъ фактъ особой устойчивости мышечной ткани противъ туберкулезной инфекціи обрисовался для автора несомнѣнно доказаннымъ, при чемъ центръ тяжести вопроса, по его мнѣнію, лежитъ въ химическомъ составѣ мышечного сока.

Что касается нашего мнѣнія, то на основаніи результатовъ, полученныхъ нами въ своихъ опытахъ (см. ниже), мы рѣшительно склоняемся къ мысли, что туберкулезная пораженія мышцъ едва ли составляютъ изъ себя такую большую рѣдкость, какой они кажутся. Наоборотъ, намъ думается, что мышца въ этомъ отношеніи не представляетъ замѣтной разницы сравнительно съ другими органами и поражается бациллой Koch'a не менѣе охотно и часто.

Рѣдкость же клиническихъ наблюденій туберкулезного мѣозита, послужившая основаніемъ для ученія о специфической устойчивости мышцы, можетъ быть объяснена различными случайными причинами, напр. отсутствіемъ или незначительностью болѣи въ періодъ развитія болѣзни и въ зависимости отсюда очень позднимъ обращеніемъ къ врачебной помощи. Свое значеніе далѣе можетъ здѣсь имѣть и установившаяся среди врачей традиція лечитъ холодные абсцессы вырсыкиваніемъ различныхъ эмульсій: не давая, по крайней мѣрѣ въ части случаевъ, большихъ лечебныхъ результатовъ, методъ этотъ иногда значительно оттягиваетъ моментъ оперативнаго вмѣшательства и послѣднее предпринимается уже

тогда, когда первоначальная ясность топографическихъ отношеній уже утрачена. Это послѣднее обстоятельство подчеркиваетъ между прочимъ Lanz und Quervain.

Что же касается до результатовъ, полученныхъ Tria и состоящихъ въ рѣзкомъ противорѣчій съ нашими экспериментальными результатами, то, не задаваясь цѣлью проверить опыты Tria, мы считаемъ нужнымъ подчеркнуть лишь одно обстоятельство, могущее, по нашему мнѣнію, обусловитъ получение въ его опытѣ несоответствующихъ дѣйствительности данныхъ, именно на то, что большая часть опытовъ проводилась у него въ пробиркѣ, на питательныхъ средахъ, — и само собою понятно, переноситъ полученные такимъ образомъ результаты на живой организмъ съ его въ высшей степени сложными жизненными процессами и разнообразіемъ взаимоотношеній между тканевыми элементами чрезвычайно рискованно.

на секционном столе то в легких, то в бронхальных железах и т. п.

В другом болье многочисленном ряде случаев, кроме мышечных очагов исследование отмѣчает наличие туберкулезных поражений в других органах, напр. в легких (в 8 сл.), костях (8 сл.) суставах (4 сл.), шейных и других лимфатических железах (4 сл.) и т. д.

Располагая больными по возрасту, мы получаем следующие результаты:

До 15 лѣтъ—4 случая.
 Отъ 15—25 л.—10 сл.
 » 25—35 »—4 »
 » 35—45 »—1 »
 Отъ 45 л. и дальѣ—4 сл.

Такимъ образомъ наибольшее количество заболѣваній приходится на періодъ физическаго созрѣванія.

Касаясь частоты туберкулезныхъ очаговъ по отдѣльнымъ мышцамъ, мы должны отмѣтить, что наибольшее количество приходится на biceps brachii (10 случаевъ); въ слѣдующей очереди должны быть поставлены—triceps brachii, latissimus dorsi, quadriceps femoris, gastrocnemius (по 4 локализации въ каждомъ); затѣмъ extensor digitorum longus (3), serratus anterior, gluteus maximus, vastus externus, rectus femoris, palmaris longus, flexor dig. sublimis (по 2) и, наконецъ, во всѣхъ др. мышцахъ по 1.

Вглядываясь въ только что поименованную локализацию, не трудно подмѣтить, что наибольшее число поражений относится къ мышцамъ конечностей: изъ общаго количества (66) на долю мышцъ туловища, шеи и лица приходится лишь 16 очаговъ, а остальные 50 распределяются между конечностями, при чемъ на долю верхнихъ приходится 30, а на долю нижнихъ 20 локализаций.

Зависитъ ли этотъ фактъ отъ того, что конечности имѣютъ болѣе шансовъ на получение травмы, на переутомленіе и перенапряженіе, какъ самые рабочіе органы, или все здѣсь объясняется просто тѣмъ, что узлы на конечностяхъ скорѣе обращаютъ на себя вниманіе больныхъ и въ силу этого ско-

II.

Клиническая картина первичнаго мышечнаго туберкулеза, на основаніи имѣющихся въ литературѣ случаевъ, представляется въ слѣдующемъ видѣ.

Анамнезъ лишь въ единичныхъ случаяхъ даетъ указаніе на какой либо поводъ къ заболѣванію, въ видѣ, напримѣръ, сильнаго мышечнаго напряженія (сл. Reverdin'a) или переутомленія въ результатъ длительной физической работы (сл. Fischer'a), или въ видѣ давленія на извѣстную мышцу (сл. Morestin'a) и наконецъ въ видѣ травмы (I сл. Gront'a).

Во всѣхъ же остальныхъ, кромѣ этихъ 4-хъ случаевъ, нѣтъ никакихъ указаній на какой либо предрасполагающей поводъ, а въ части ихъ прямо подчеркивается, что опухоль появилась «безъ видимой причины».

Иногда развивается заболѣваніе у совершенно, повидимому, здороваго субъекта (Morestin, Lejars, Cornie), безъ какихъ либо симптомовъ туберкулеза во внутреннихъ и наружныхъ органахъ, представляя такимъ образомъ, повидимому, первоначальный очагъ въ организмѣ.

Больной въ такихъ случаяхъ неожиданно для себя открываетъ въ томъ или въ другомъ мѣстѣ узелъ или припухлость, и при исследованіи или операціи, къ немалому удивленію, выясняется туберкулезная его натура.

Является ли такой,—въ клиническомъ смыслѣ первичный—очагъ таковымъ же и съ точки зрѣнія патолого-анатомической, вопросъ этотъ чрезвычайно трудно разрѣшить въ каждомъ конкретномъ случаѣ, такъ какъ далеко періодъ бываетъ, что тамъ, гдѣ клиника не открывала никакихъ туберкулезныхъ поражений во внутреннихъ органахъ, таковыя констатировались

рбе и чаще поддаются подь врачебное наблюдение, — сказать довольно трудно.

Во всякомъ случаѣ, если принять справедливость перваго предположенія, въ отмѣченномъ фактѣ можно найти намеки на травму органа, какъ на предрасполагающей къ инфекци моментъ.

Благодаря почти полному отсутствію болезненности, первыя стадіи болѣзни обычно проходятъ для больного не замѣченными, и онъ случайно открываетъ присутствіе узла въ той или другой мышечной группѣ, когда онъ достигнетъ уже величины вишни или орѣха.

Общее состояніе въ неосложненныхъ случаяхъ не нарушается и не наблюдается ни общаго, ни мѣстнаго жара, но и повышенная т° и разстройство общаго состоянія (слабость, истощеніе, ночные поты) вполне, конечно, возможны въ томъ случаѣ, когда кромѣ мышечнаго процесса имѣется дѣятельный туберкулезный очагъ въ какомъ либо другомъ органѣ, или когда заболѣваніе мышечнымъ туберкулезомъ осложняется внесеніемъ другой случайной инфекци.

Районныя лимфатическія железы, за немногими исключениями, представляются неувеличенными. Обстоятельство это можетъ имѣть значеніе аргумента въ пользу того, что, по крайней мѣрѣ въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ, распространеніе инфекци происходитъ не черезъ лимфатическіе сосуды.

Кожа съ опухолью обычно не связана. Въ большинствѣ нормальнаго цвѣта и обладаетъ нормальной подвижностью. Лишь въ единичныхъ случаяхъ авторами отмѣчается фіолетовый оттѣнокъ кожи надъ опухолью (1 сл. Delorme'a Le-jar'a Немецк. проф. Тихова), а въ случаѣ Lanz und Quervain'a констатирована наличность скрофулодермы.

При ощупываніи опухоль оказывается лежащей въ глубинѣ тканей, подь поверхностной фасціей. Поверхность ея въ большинствѣ случаевъ гладкая, форма круглая или въ большей или меньшей степени вытянута по длинѣ мышцы. Самостоятельной чувствительности не имѣетъ, но при надавливаніи въ большинствѣ получается той или другой интенсивности боль.

Подвижная относительно кожи, опухоль обладаетъ подвижностью и относительно болѣе глубокихъ, подь ней лежащихъ, тканей. Но ясно выступать эта подвижность лишь при расслабленномъ состояніи заболѣвшихъ мышцъ. При сокращеніи послѣднихъ опухоль прочно фиксируется, при чемъ, если дѣло идетъ о мышечномъ абсцессѣ, можетъ измѣниться его форма, консистенція и рѣзкость его очертаній.

Консистенція опухолей можетъ быть различной, въ зависимости отъ того изгибаются ли въ данномъ случаѣ узелъ или холодный абсцессъ. Какъ правило, узелъ довольно плотенъ, безъ всякой флюктуаци. Консистенція же абсцесса мягкая, съ болѣе или менѣе отчетливой флюктуацией.

Но возможны исключенія: иногда, несмотря на отсутствіе флюктуаци и твердую консистенцію, при операціи оказывается наличность холоднаго абсцесса, что зависитъ, конечно, или отъ очень толстой стѣнки его, или очень высокаго давленія жидкости въ полости абсцесса.

Достоинъ вниманія также то обстоятельство, что несмотря на свое положеніе въ органахъ движенія опухоль въ большинствѣ не обуславливаетъ никакихъ функциональныхъ разстройствъ, кромѣ развѣ неяснаго чувства неволости. Единственное исключеніе изъ этого правила представляетъ случай Lanz und Quervain'a, гдѣ у 7-ми лѣтнаго ребенка опухоль въ m. sternocleidomastoideus вызвала сильную боль и спастическое сокращеніе мышцы.

Количество узловъ, какъ и абсцессовъ, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ можетъ быть единичнымъ или множественнымъ. Какъ на особенно демонстративные въ послѣднемъ отношеніи примѣры можно указать на случаи Habermaas'a (12 узл.), Steinbach'a (12) и Kirmisson'a.

Клиническіе симптомы дальнѣйшаго течения заболѣванія различны въ зависимости отъ того, имѣется ли въ данномъ случаѣ узелъ или абсцессъ.

1. Формы мышечнаго туберкулеза, развивающіяся въ *холодный абсцессъ*, обнаруживаютъ, какъ уже упоминалось, скоро центральное размягченіе, — иногда уже при величинѣ съ куриное яйцо и ранѣе, — а при дальнѣйшемъ ростѣ опухоли ясную флюктуацию. Въ первый періодъ содержимое абс-

песа помещается в предлах той или иной мышцы, или дёлой группы мышц, окруженное со всѣх сторонъ мышечными волокнами; иногда же располагается между мышцей и прилегающей къ ней фасціей.

Этимъ объясняется, что въ незапущенныхъ случаяхъ форма и расположение найденной опухоли могутъ довольно точно соответствовать контурамъ известной мышцы. Для иллюстраціи можно указать на второй случай Немегу, гдѣ флюктуирующая опухоль близко соответствовала очертаніямъ и положенію портижной мышцы.

Весьма любопытенъ въ данномъ отношеніи также случай Lejars'a, гдѣ гной, выполнивъ пространство, занимаемое мышцей, сталъ распространяться внутри сухожилья, раздвигая последнее въ видѣ трубки.

Съ сухожилья вполнѣ, конечно, возможенъ переходъ на сухожильное влагалище, и тогда получается картина, при которой весьма затруднительно распознать первоначальный фокусъ, т. е. былъ ли онъ въ мышцѣ или же въ сухожильномъ влагалищѣ.

При дальнейшей эволюціи содержимое абсцесса постепенно пробурываетъ окружающую мышцу фасцію и тогда онъ можетъ довольно быстро разливаться по межмышечной клетчаткѣ или подъ кожей, направляясь въ сторону наименьшаго сопротивленія.

Моментъ этотъ несомнѣнно отражается и на формѣ опухоли, и ея консистенціи, и рѣзкости ея контуровъ. Получается въ этой стадіи картина, очень похожая на наблюдаемую при натечныхъ абсцессахъ.

Предоставленный и въ этотъ періодъ своему естественному теченію, абсцессъ чаще всего пробиваетъ себѣ дорогу наружу черезъ кожу, которая начинаетъ краснѣть, истончаться и постепенно пробурываться. Содержимое абсцесса выходитъ наружу, и въ результате образуется свищъ, который послѣ болѣе или менѣе длительного періода затверденія можетъ въ концѣ концовъ зарубцоваться.

Въ исключительныхъ случаяхъ не слишкомъ далеко зашедшіе абсцессы могутъ рассосаться, не оставая слѣда (Немегу).

2. Въ случаяхъ, не ведущихъ къ гнойному распаду мышечного очага, образовавшійся плотный, въ большинствѣ случаевъ хорошо отграниченный, узелъ медленно и постепенно растетъ, доходя до величинъ куриного яйца, а иногда и болѣе, не вызывая при этомъ никакихъ субъективныхъ ощущеній и расстройствъ.

Если такой узелъ оставляется на произволъ судьбы, онъ можетъ въ концѣ концовъ перейти въ абсцессъ и прѣдлѣять описанную уже эволюцію холодныхъ абсцессовъ.

Въ исключительныхъ случаяхъ наблюдалось будто бы обратное развитіе: узелокъ постепенно уменьшается въ объемѣ, при чемъ соответственно съ этимъ увеличивается его консистенція, и въ концѣ концовъ можетъ исчезнуть совсѣмъ.

Что касается относительной частоты той или другой формы, то изъ 23 известныхъ намъ случаевъ первичнаго мышечнаго туберкулеза въ 11 болѣе констатированъ холодный абсцессъ, въ 7-ми туберкулезный узелъ и въ остальныхъ 5-ти случаяхъ была смѣшанная форма, гдѣ на ряду съ продуцированіемъ гранулезныхъ продуктовъ наблюдалось и образованіе гноя.

Теченіе мышечнаго туберкулеза всегда бываетъ хроническимъ, и если процессъ не осложнится туберкулезными очагами въ другихъ органахъ или какой либо другой случайной инфекціей, могущихъ быстро свести въ могилу, дѣло можетъ тянуться очень долго, не вызывая въ состояніи больного особенно замѣтныхъ ухудшеній.

Но какъ бы малъ и ограниченъ ни былъ мышечный фокусъ, и какъ бы хорошо ни выглядылъ нашъ пациентъ, въ отношеніи *прогноза* здѣсь, какъ и всегда при туберкулезѣ, необходимо быть очень осторожнымъ.

Не отрицая возможности произвольнаго исцѣленія или осумкованія очага съ послѣдующими патолого-анатомическими превращеніями, всегда приходится помнить, что таковыя возможности далеко не характеризуютъ обычное теченіе и исходъ заболѣванія и, само собою понятно, рассчитывать на нихъ — значило бы обнаружитъ несомнѣтельный оптимизмъ.

Въ противовѣсъ всегда можно указать на такіе случаи. —

несомненно в жизни наблюдаемые значительно чаще, — где мышечный очаг, распространяясь все дальше и глубже, заканчивается общей генерализацией заразы по всему организму.

На возможность такого исхода особенно настойчиво указывают французские авторы (Nemesy, Groux, Cornet).

И как, в каком направлении, с какой быстротой будет развиваться дальнейшая картина заболевания, — для решения этих вопросов в каждом конкретном случае у нас очень мало данных.

Во всяком случае, как и при туберкулезе других органов, в отношении прогноза приходится принимать во внимание многие и разнообразные моменты, среди которых особенно заслуживают упоминания следующие: условия жизненной обстановки, образ жизни, конституция больного, его возраст, обширность поражения, наличие фокусов в других органах и т. д.

Как показывает общечеловеческий опыт, каждый из упомянутых факторов и — особенно — та или другая их совокупность могут оказывать очень значительное влияние на дальнейшее течение и исход заболевания.

Съ патолого-анатомической точки зрения все известные случаи первичного туберкулеза мышц сводятся къ следующим 3-м разновидностям:

I) Холодный мышечный абсцесс,

II) Туберкулезный миозит и

III) Туберкулезный мышечный склероз.

Первая форма встречается значительно чаще, чем вторая. Третья до сих пор наблюдалась лишь въ единичных случаях.

I. Холодный абсцесс обычно представляется въ видѣ опухоли, округлой или чаще овальной, вытянутой по ходу мышечных волокон, формы.

Объем его различен, въ среднемъ около воложского или грецкого орѣха, иногда съ куриное яйцо и болѣе.

Наиболѣе типичное расположение — въ толщѣ мышцы, причѣмъ онъ лежитъ окруженный со всѣхъ сторонъ мышечными

волокнами, такъ что до полости абсцесса можно добраться, только лишь разрывши, послѣ кожи и фасции, и въ некоторой толщинѣ слой мышечныхъ волоконъ.

Въ другихъ же случаяхъ абсцессъ лежитъ прямо подъ отдѣвающей мышцу фасцией. Последняя во всякомъ не сильно запущенномъ случаѣ заболѣванія и составляетъ границу, за предѣлы которой абсцессъ не переходитъ.

Въ дальнѣйшемъ теченіи абсцессъ подъ влияніемъ продолжающейся продукціи гноя, а иногда подъ влияніемъ случайныхъ причинъ (травма), не ограничивается первоначальной локализацией въ мышцѣ и, прорывая ограничивающую его фасцію, устремляется, какъ нами уже упоминалось, въ томъ направленіи, гдѣ ему оказывается наименьшее сопротивленіе.

Но здѣсь слѣдуетъ отмѣтить, что иногда дальнѣйшее распространеніе идетъ весьма причудливо по пути, для котораго трудно подыскать анатомическія основанія.

Примѣромъ можетъ служить IV случай Lanz und Quervain'a, гдѣ при клиническомъ изслѣдованіи было констатировано на тыльной сторонѣ лѣваго предплечья двѣ опухоли; одна — располагалась неподвижно на локтевой кости, другая, отступя отъ первой къ средней линіи предплечья, — въ толщѣ сгибателей. Та и другая соединились межъ собой поперечно идущимъ, ясно нащупываемымъ, тяжемъ.

При операциіи оказалось, что гной, вмѣняющійся въ мышечномъ абсцессѣ сгибателей, черезъ тонкій каналъ, идущій между соответствующими мышцами, распространился надъ известнымъ участкомъ локтевой кости и образовалъ здѣсь вторичный фокусъ.

Какія силы могли заставитьъ гной продѣлать такой сложный и оригинальный путь, рѣшить, конечно, очень трудно.

Стѣнка холоднаго абсцесса бываетъ различнаго вида, а равно не одинаково и отношеніе ея къ окружающимъ тканямъ.

Прежде всего возможны случаи (Lejars), гдѣ абсцессъ собственной стѣнки не имѣетъ, и гной находится въ непосредственномъ сообщеніи съ мышцей. (?)

Но въ подавляющемъ количествѣ случаевъ отмѣчается собственная, отдѣльная и отличная по виду отъ окружающей мышцы, стѣнка, обычно очень плотная и въ большинствѣ очень толстая.

Состоит она из 2-х слоев: *внутреннего* фиброзного, обычно легко удаляемого, — в видѣ той или иной величины лоскутовъ острой ложкой, — и *наружного* — очень плотного, состоящаго изъ фиброзной ткани, сѣровато-бѣлаго цвѣта. Къ окружающимъ тканямъ этотъ слой относится не одинаково: на ряду со случаями, въ которыхъ вылуцение капсулы совершенно невозможно и для удаленія приходится изыскать се вмѣстѣ съ мышечной тканью, возможны и такіе, гдѣ капсула безъ всякихъ затрудненій свободно вылуцается (Nemetz).

Полость абсцесса — въ большинствѣ случаевъ неправильной формы, иногда пронизана ядущими въ различныхъ направленияхъ фиброзными перекладинами.

Содержимое абсцесса — въ большинствѣ случаевъ гной со слѣдующими физическими свойствами: цвѣтъ — то бѣловатый или желтоватый, то зеленоватый или буроватый, консистенція то жидкая, то тягучая, то съ примѣсомъ хлопьевъ.

Отчего зависитъ все это разнообразіе: отъ сожительства ли туберкулезной палочки съ другими микроорганизмами, или это простой результатъ различнаго періода хирургическаго вмешательства въ различныхъ случаяхъ, — сказать едва ли возможно.

Здѣсь же уместно отмѣтить фактъ въ свое время отмѣченный Reverdin'омъ, что попытки вырастить туберкулезную палочку (или другихъ микробовъ) изъ содержимаго абсцесса оставались до сихъ поръ неудачными, и питательная среда пребывала стерильными. Между тѣмъ какъ произведенная въ некоторыхъ случаяхъ прививка гноя морскимъ свинкамъ сопровождалась нерѣдко положительнымъ на туберкулезъ результатомъ.

2. Туберкулезный мѣзгъ съ патолого-анатомической точки зрѣнія проявляется обычно въ видѣ узловъ, то единичныхъ, то множественныхъ. Величина ихъ, а равно и измѣняющаяся на разрѣзѣ картина, можетъ быть неодинакова въ зависимости отъ стадій, въ коихъ находится процессъ.

Первая колеблется отъ просіянаго зерна до грецкого орѣха и даже куриного яйца.

Что же касается картины, представляющей на разрѣзѣ, то иногда опухоль высидитъ окрашенной въ сѣровато-крас-

ный цвѣтъ, при чемъ на этомъ фонѣ довольно отчетливо выступаютъ мелкіе некротические очаги (Lanz und Quervin) или же въ болѣе старыхъ случаяхъ измѣтся въ центръ или во всей массѣ распространенное казеозное перерожденіе, соединенное иногда съ нагноеніемъ.

Иногда узелъ представляетъ изъ себя цѣлый конгломератъ связанныхъ между собой болѣе мелкихъ очажковъ, состоящихъ внутри изъ гноя и мягкой грануляціонной ткани, на периферіи же изъ плотной, толстостѣнной капсулы (Miller).

Въ большинствѣ случаевъ границы узла хорошо отличаются по цвѣту отъ окружающей мышцы. Намъ извѣстны лишь одинъ случай (1-сл. Cognie), гдѣ опухоль по своему цвѣту настолько сливалась съ общимъ фономъ здоровыхъ участковъ мышцы, что намѣтить точно границы не представлялось возможнымъ.

Иногда въ болѣзненный процессъ мышцы вовлекаются на большомъ пространствѣ и въ такомъ случаѣ онѣ могутъ быть далеко пронизанными туберкулезными грануляциями и даже превратиться въ фунгозную, въ сильной степени дегенерированную массу, смѣшанную подчасъ съ сукровицей (Nemetz).

Гистологическая картина, наблюдаемая при изслѣдованіи срѣзовъ, полученныхъ изъ туберкулезнаго узла, никакихъ особенностей не представляетъ по сравненію со стѣнкой, ограничивающей полость холоднаго абсцесса, и обѣ эти формы въ данномъ отношеніи могутъ быть рассмотрѣны одновременно.

Схематизируя, обычно на полученныхъ срѣзахъ различаютъ три зоны: периферическую, среднюю и центральную.

Въ первой мышечныя волокна могутъ представляться совершенно нормальными. Лишь иногда можно встрѣтить скопленія круглыхъ кѣтокъ, или можно констатировать утолщеніе сосудовъ стѣнокъ, окруженныхъ также кучками круглыхъ кѣтокъ.

Подвигаясь отсюда къ центру, мы вступаемъ въ среднюю, промежуточную зону, гдѣ картина пріобрѣтаетъ уже болѣе определенность. Мышечныя волокна представляются то ненормально утолщенными, то наоборотъ чрезвычайно тон-

кими, то лишены поперечной рубчатости и становятся гомогенно блестящими, то матовыми, мутными. Въ дальнѣйшемъ онѣ распадаются на отдѣльные сегменты и исчезаютъ окончательно.

Въ то время какъ на однихъ участкахъ *perimystium intergum* выступаетъ лишь въ видѣ мало замѣтной полоски, на другихъ оно является уже толстой перегородкой съ большимъ количествомъ ядеръ. Какъ здѣсь, такъ и въ *perimystium extegetum* начинаютъ выступать на фонѣ богатой кѣлками молодой ткани клеточныя скопления, имѣющія ясно узелковый характеръ, при разсматриваніи конхъ можно наблюдать картины, весьма типичныя для туберкулезныхъ фолликуловъ. Въ болѣе свѣжихъ стадіяхъ здѣсь иногда находятся 1—2—3 гигантскія кѣлки, съ чрезвычайно липкой, гомогенной или состоящей изъ мельчайшихъ крупинокъ протоплазмы. Рядомъ съ относительно небольшими встрѣчаются и такія исполинскія кѣлки, въ которыхъ имѣется до 20—30 ядеръ, повившихъ въ плоскость разрыва (Lanz und Quervain).

Подвигаясь отсюда еще далѣе въ центральномъ направленіи, мы наблюдаемъ наконецъ полное исчезовеніе мышечныхъ волоконъ, и все поле зрѣнія представляется здѣсь сплошь занятымъ туберкулезными продуктами, то въ видѣ диффузнаго воспаленія, то въ видѣ отдѣльныхъ узелковъ, находящихся въ различныхъ стадіяхъ своего развитія.

Что касается 3 формы («*myosite sclerese tuberculeuse*» французскихъ авторовъ), то послѣдняя представляется до сихъ поръ большой рѣдкостью. Въ литературѣ имѣются указанія лишь на три случая (4 сл. Delorme'a, сл. Cadot, Gilbert et Roger'a и 1 сл. Corrie) или даже два, если исключить второй случай, относящійся къ лошади.

Не представляя принципиальной разницы съ предыдущими, форма эта характеризуется мощнымъ развитіемъ соединительной ткани и отсутствіемъ тенденціи къ нагноенію.

Мышцы на томъ или иномъ протяженіи представляются фиброзно перерожденными, плотными, при чемъ и на разрьѣ выступаютъ довольно ярко своею блѣднопато-розовой окраской на буро-красномъ фонѣ здоровыхъ мышцъ (Delorme).

При гистологическомъ изслѣдованіи въ однихъ случаяхъ

оказывается, что мышечныя волокна почти совсѣмъ исчезаютъ, и все пространство занято весьма развитой соединительной тканью съ типичными туберкулезными фолликулами, отчасти имѣющими гигантскія кѣлки, отчасти безъ послѣднихъ.

Въ другихъ случаяхъ мышцы пронизаны соединительной тканью лишь въ видѣ очаговъ, при чемъ отстки ея бѣгутъ въ направленіи параллельномъ мышечнымъ волокнамъ, благодаря чему, если смотрѣть на поперечный разрьѣзъ мышцы, группы мышечныхъ волоконъ выступаютъ окруженными островками соединительной ткани. Послѣднія очень плотна, перламутрово блестяща, и пронизана отчасти группами круглыхъ кѣлокъ, отчасти распадающимися туберкулезными грануляциями (Cadot, Gilbert et Roger).

Обращаясь далѣе къ *диагностикѣ* первичнаго мышечнаго туберкулеза, мы прежде всего должны сказать, что наряду со случаями, въ которыхъ увѣренное и точное распознаваніе не представляетъ большихъ затрудненій, встрѣчаются такіе, гдѣ не только клиническіе симптомы не даютъ намъ въ руки такихъ данныхъ, на основаніи конхъ можно было бы составить себѣ точное представленіе о распространеніи процесса и его сущности, но гдѣ даже и осмотръ на операціонномъ столѣ не выясняетъ вопроса окончательно.

Какъ видно изъ самаго названія, при распознаваніи приходится выяснить слѣдующія три стороны: 1) локализацию болѣзненнаго очага именно въ мышцѣ, 2) его природу и, наконецъ, 3) его первичный характеръ.

Въ общемъ нужно сказать, что клиническая картина во всѣхъ случаяхъ даетъ достаточно оснований для распознаванія локализациі процесса.

Сомнѣнія же въ одномъ рядѣ случаевъ возбуждаетъ натура констатированнаго въ мышцѣ очага, а въ другомъ его первичный характеръ.

Первое, т. е. сомнѣнія относительно природы страданія, испытываются главнымъ образомъ въ томъ случаѣ, когда мышечный туберкулезъ проявляется въ формѣ узла, такъ какъ подобную же картину могутъ дать довольно разнообразныя

болезненные процессы. Первичный же характер процесса обычно не возбуждает здесь каких-либо сомнений.

Второе (сомнения в первичности) в большинстве случаев приходится испытывать при мышечных туберкулезных абсцессах, ибо установить definitely в каждом конкретном случае отсутствие связи мышечного очага с каким-либо другим (в кости, суставах, сухожильных влагалищах и под.), который по отношению к мышечному не был бы первичным, бывает иногда делом величайшей трудности не только на основании клинических данных, но и тщательного исследования на операционном столе. Зато в этих случаях, по крайней мере в огромном их большинстве, нет колебаний относительно природы страдания.

Отсюда ясно, что в зависимости от формы имеющегося в каждом случае мышечного процесса (узел или абсцесс), при дифференциальном распознавании мысль наша должна следовать по своему отдельному распознавательному пути, на котором приходится иметь дело с особыми болезненными процессами.

1) При наличии изолированного туберкулезного узла в мышце должна быть исключена следующая заблуждения, клиническая картина коих в той или иной степени может напоминать имеющуюся перед глазами.

В первой линии приходится вспомнить о *сифилитической гумме*, которая ввиду относительной частоты ее локализации в мышце прежде всего в таких случаях приходится в голову. Как по началу страдания, медленности и безболезненности его течения и вообще всей клинической картины, так иногда даже по данным микроскопического исследования гумма может с такой полнотой владываться в рамки имеющегося перед глазами туберкулезного страдания, что различить их иногда почти невозможно.

И если в таких случаях не дать необходимых точек опоры для распознавания анамнез (наличие заражения сифилисом, общее состояние), тогда по необходимости приходится прибегать к диагностике ex vivantebus и испробовать противосифилитическую терапию.

Насколько последние ясно и демонстративно выражает

подчас наша колебания в пользу наличия сифилиса, едва ли есть надобность упоминать.

Далее повод к смешению может дать *межмышечная гематома*, являющаяся в виде хорошо отграниченного, различной величины и формы, уплотнения. Но здесь решающее иногда значение имеет анамнез с наличием травмы. Из объективных данных при гематоме можно отметить возможность кровоподтека, болезненности в известной мышечной группе, подчас настолько резкой, что больной не в состоянии двинуть травмированной конечностью. Первое (кровоподтек) при мышечных туберкулезах обычно не наблюдается, — второе (резкая боль), как нами уже отмечено, тоже далеко не характерно для мышечных туберкулезом.

Наконец, если и возможны случаи смешения при первом исследовании гематомы, то дальнейшее течение болезни обычно вырешает вопрос с несомнительностью.

Значительно большая затруднения может создать для дифференциации *абсцесс*, образующийся иногда в результате межмышечной гематомы. Здесь основанием для распознавания, при вполне идентичной клинической картине, может быть лишь анамнез и микроскопическое исследование.

Что касается различных *доброкачественных опухолей*, наблюдавшихся иногда в мышце (липома, фиброма, хондрома, нейрома и т. д.), то в известном ряде случаев уже клиническая картина дает некоторые основания для различия, напр. долговечность и более мягкая консистенция при липоме, резкая боль при сдавливании, иррадиирующая по ходу известного нерва и определенная локализация — при нейроме и т. п.

В другом ряде случаев некоторые точки опоры можно найти в присутствии других туберкулезных очагов и в общем состоянии (в пользу туберкулеза).

Но возможные приметы с такими неясными признаками, где вопрос окончательно вырешится лишь при операции или микроскопическом исследовании.

Увеличенная лимфатическая железа лишь в исключительных случаях могут быть смешаны с туберкулезными мышечными поражениями, ибо они занимают всегда

определенное анатомическое положение и обладают, по крайней мере в свежих случаях, независимой от мышцы подвижностью.

Актиномикозъ, как известно, весьма редко локализуется в мышцах, за исключением мышц подчелюстной области, и следовательно лишь в редких случаях может дать повод к смнению.

В сомнительных случаях основания для распознавания дает наблюдающаяся при дуптомъ грибахъ своеобразная клиническая картина: твердая, как доска, по большей части безболѣзненная инфильтрация, съ постепеннымъ переходомъ въ окружающія здоровыя ткани, наличие характерныхъ для грибка зернышекъ въ не менѣе подчасъ характерномъ сѣро-красно-желтомъ гноѣ.

Наконецъ, не оставлять никакихъ сомнѣній микроскопическая картина грибковыхъ друзъ.

Дальше наблюдающійся въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ *эхинококкъ* сравнительно часто откладывается въ мышцахъ. Уже Marguet собралъ 130 наблюдений гидатическихъ кистъ мышцъ (цитир. по Lanz und Quervain'y). При этомъ клиническая картина можетъ не дать никакихъ оснований для дифференцированія съ туберкулезнымъ узломъ, и дѣло окончательно можетъ вырѣшиться лишь исследованиемъ добытой изъ кисты характернаго интарнаго жѣта жидкости, въ которой подъ микроскопомъ могутъ быть констатированы крючки эхинококка.

Большія затрудненія далѣе въ дифференциально-диагностическомъ отношеніи могутъ представить *злокачественныя новообразованія*, гдѣ консистенціи опухоли и ея отношеніе къ окружающимъ тканямъ могутъ быть совершенно одинаковы съ тѣмъ, что наблюдается при мышечныхъ туберкулезахъ.

Извѣстное основаніе для распознаванія даетъ иногда болѣе замѣтная въ клинической картинѣ новообразованія чувствительность опухоли, быстрое увеличеніе объема, появленіе метастазовъ въ железахъ и наконецъ въ выраженныхъ случаяхъ характерная кахеція.

Но иногда картина страданія настолько хорошо умѣщается въ рамки того и другого процесса, что окончательно вопросъ

о натурѣ вырѣшается лишь на основаніи микроскопическаго изслѣдованія.

Что касается, наконецъ, остро воспалительныхъ процессовъ въ мышцѣ, то послѣдніе хорошо отличаются отъ мышечныхъ туберкулезовъ на основаніи своего внезапнаго начала и клиническаго теченія (высокая t° , рѣзкія боли, разстройство общаго состоянія).

Значительно труднѣе дифференцировать такъ называемую *мышечную мозоль*, могущую возникнуть въ результатъ острыхъ воспалительныхъ процессовъ, а также послѣ частичныхъ мышечныхъ разрывовъ. Въ этомъ случаѣ въ клинической картинѣ подчасъ не найдется ничего такого, что выдавало бы его истинную сущность. Большое значеніе здѣсь могутъ имѣть данныя анамнеза и наконецъ микроскопическое изслѣдованіе изсѣченной мозоли.

Резюмируя сказанное, мы должны повторить, что на ряду со случаями сравнительно легкими въ диагностическомъ отношеніи встрѣчаются случаи съ такой неясной физиономіей, въ которыхъ болѣе или менѣе увѣренная диагностика туберкулезной природы мышечнаго очага можетъ быть сдѣлана лишь послѣ исключенія возможности другихъ сходныхъ по картинѣ процессовъ и послѣ тщательнаго анализа всей клинической и даже микроскопической картины.

Наслѣдственность, habitus, наличие другихъ очаговъ туберкулезнаго характера, различныя детали клинической картины, — не давая каждый въ отдѣльности абсолютно вѣрныхъ для діагностики точекъ опоры, въ тоже время взятые и связанныя вмѣстѣ могутъ придать неясной въ началѣ картинѣ необходимую ясность и опредѣленность.

Между прочимъ большое значеніе для вырѣшенія вопроса имѣетъ иногда множественность наблюдающихся въ мышцѣ очаговъ прежде всего потому, что въ видѣ многочисленныхъ узловъ здѣсь едва ли наблюдаются другіе процессы. Кромѣ того играетъ въ данномъ случаѣ значеніе различіе въ консистенціи въ отдѣльныхъ очагахъ множественнаго туберкулезнаго мѣзиста, что тоже при другихъ процессахъ обычно не наблюдается.

Болѣе же точно вопросъ о натурѣ страданія въ большин-

ствѣ случаевъ можетъ быть вырѣшенъ данными микроскопическаго изслѣдованія, и наконецъ возмѣшается до степени абсолютной вѣрности констатированіемъ въ ткани или гноѣ туберкулезныхъ бациллъ, или же положительнымъ результатомъ прививки животнымъ взятаго изъ очага матеріала.

II. Когда же туберкулезное поражение мышцы стоитъ передъ нами въ формѣ холоднаго абсцесса, то натура страданія обычно не возбуждаетъ сомнѣній, и въ этомъ отношеніи лишь весьма рѣдко могутъ наблюдаться диагностическія ошибки.

Какъ на исключительный примѣръ Lanz и Quegvaïn указываютъ на одинъ случай, гдѣ на основаніи яркой клинической картины холоднаго мышечнаго абсцесса они сдѣлали при первомъ осмотрѣ распознаваніе мышечнаго туберкулеза, но дальнѣйшее наблюденіе и особенно симптомъ заступанія опухоли при надавливаніи привели ихъ къ диагнозу межмышечной ангиомы, который и подтвержденъ при операціи.

Значительно болѣе сомнѣній при холодныхъ мышечныхъ абсцессахъ приходится пережить при вырѣшеніи вопроса о первичности очага.

Въ первой линіи необходимо исключить возможность вторичнаго холоднаго абсцесса, весьма часто наблюдающагося при костномъ туберкулезѣ, или абсцессъ остеомиелитической, перешедшей въ хронической стадіи.

Чѣмъ ближе имѣющійся холодный абсцессъ лежитъ къ кости, и чѣмъ чаще въ этой области приходится наблюдать вторичнаго характера абсцессъ, тѣмъ упорнѣе стоитъ передъ глазами возможность ошибки и тѣмъ труднѣе подчасъ вырѣшить вопросъ окончательно.

Во второй линіи нужно подумать объ абсцессѣхъ при *туберкулезныхъ железахъ* или *туберкулезѣ синовиальныхъ сумокъ*. Но извѣстныя основанія для исключенія железистаго туберкулеза имѣются въ определенномъ топографическомъ положеніи железъ и ихъ не обязательной связи съ мышцей. При процессахъ въ синовиальной сумкѣ тоже имѣется определенное анатомическое положеніе и кромѣ того — форма, соответствующая очертаніямъ известной сумки.

Въ третьей линіи стоитъ возможность туберкулеза сухожильныхъ влагалищъ, который тоже можетъ дать поводъ для смѣшенія съ первичнымъ мышечнымъ туберкулезомъ. Но здѣсь извѣстныя точки опоры можно найти въ мѣстоположеніи опухоли, формѣ ея, иногда точно соответствующей сухожильному влагалищу и наконецъ въ наличности извѣстныхъ функциональныхъ разстройствъ.

Наконецъ, иногда вопросъ можетъ быть вырѣшенъ на основаніи данныхъ, добытыхъ на операціи.

Что же касается *туберкулезныхъ артритовъ*, то, не отрицая возможности вторичнаго процесса въ мышцахъ въ зависимости отъ послѣдняго, нужно сказать, что переходъ инфекціи за границу сустава возможенъ лишь въ случаяхъ извѣстной давности и слѣдовательно достаточно ясно клинически выраженныхъ, и поэтому, если они и могутъ дать поводъ для диагностическихъ ошибокъ, то лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Что касается леченія первичныхъ формъ мышечнаго туберкулеза, то упомянутая раніе перспектива дальнѣйшаго распространенія мѣстнаго процесса, а иногда и общей его генерализаціи, приближая въ этомъ отношеніи первичные туберкулезные очаги къ злокачественнымъ новообразованіямъ, должна побуждать къ возможно быстрому и радикальному освобожденію организма отъ постоянно грозящей ему опасности.

Съ этой точки зрѣнія и должны быть рассмотрѣны и отбѣсны употребляемыя хирургическія мѣропріятія.

- Сюда, какъ извѣстно, относятся:
- 1) исцѣленіе больного очага *in toto* въ области здоровыхъ тканей;
 - 2) разрѣзъ съ послѣдующимъ выскабливаніемъ или частичнымъ исцѣпеніемъ стѣнки капсулы;
 - 3) пункція очага съ послѣдующимъ вливаніемъ дезинфицирующихъ смѣсей.

Едва ли есть надобность упоминать, что наиболѣе целесообразнымъ изъ упомянутыхъ мѣропріятіи нужно считать исцѣленіе очага.

Въ этомъ отношеніи согласны всѣ авторы. Примѣненіе его нужно считать особенно показаннымъ относительно тѣхъ формъ, которыя клинически проявляются въ видѣ различной величины узловъ. Не представляя въ большинствѣ непреодолимыхъ техническихъ затрудненій, случаи эти даютъ обычно быстрое заживленіе, вѣрнѣе безъ всякихъ рецидивовъ.

Къ сожалѣнію, примѣненіе его въ силу необходимости приходится связать при холодныхъ абсцессахъ, при которыхъ изсѣченіе очага полностью представляется возможнымъ далеко не всегда.

При слишкомъ широкомъ распространеніи таковыхъ абсцессовъ, что наблюдается вѣрнѣе въ запущенныхъ случаяхъ, или при слишкомъ близкомъ соосѣдствѣ съ важными органами или большими кровеносными сосудами, по необходимости приходится прибѣгать ко второму, болѣе консервативному, но за то менѣе вѣрному методу вскрытія полости съ послѣдующимъ тщательнымъ выскабливаніемъ стѣнки острой ложкой.

Мѣропріятіе это, конечно, не можетъ быть поставлено на одну доску съ полнымъ изсѣченіемъ больного очага, тѣмъ не менѣе и при его примѣненіи результаты вѣрнѣе получаются очень удовлетворительные.

Имѣющийся въ нашемъ распоряженіи литературный матеріалъ можетъ служить подтвержденіемъ сказаннаго. Изъ 23 случаевъ несомнѣнно первичнаго мышечнаго туберкулеза— изсѣченіе очага было предпринято въ 18 случаяхъ, изъ нихъ заживленіе первымъ назженіемъ констатировано въ 13. Въ 7 случаяхъ изъ общаго количества (18) наступилъ рецидивъ, который въ 6 случаяхъ послѣ вторичной операціи болѣе не возобновлялся.

Разрѣзъ съ выскабливаніемъ примѣненъ лишь въ 3 случаяхъ, при чемъ во всѣхъ ихъ наступило исчезновеніе мѣстнаго очага послѣ длительного періода нагноенія.

Фактъ сравнительно большого количества рецидивовъ находитъ отчасти объясненіе въ томъ обстоятельстве, что мелкіе незамѣтные простыми глазами узелки могутъ залегать на нѣкоторомъ разстояніи отъ главнаго очага и благодаря этому могутъ остаться внѣ изсѣченнаго куска.

Это послѣднее обстоятельство и должно между прочимъ

побуждать къ возможно раннему и быстрому удаленію фокуса, ибо только такимъ образомъ и можно свести до минимума шансы на рецидивъ, какъ мѣстной, такъ и болѣе отдаленныхъ органовъ.

Несмотря на то, что вѣрнѣе приходится изсѣкать всю мышцу или даже группу мышцъ, имѣющихся въ функциональномъ отношеніи большое значеніе, тѣмъ не менѣе, какъ гласитъ клинической опытъ, такіа изсѣченія до сихъ поръ очень мало отражались на функциональномъ результатѣ.

Чтобы свести до минимума возможность функциональныхъ разстройствъ и при обширныхъ изсѣченіяхъ, Le Dentu и Cognet очень совѣтуютъ испробовать мышечную пластинку, пришивая остающіеся периферическій кусокъ къ сосѣднимъ мышцамъ.

Что касается до функций абсцесса съ послѣдующимъ введеніемъ дезинфицирующихъ веществъ (іодоформъ, іодъ, хлорцивикъ, перувианскій бальзамъ, камфоръ-нафтолъ, креозотъ и пр.), то способъ этотъ, несмотря на нѣкоторыя привлекательныя стороны, напр. отсутствіе операціи, видимое болѣе безразличное отношеніе къ здоровымъ тканямъ, возможность избѣгать очень осложняющей иногда дальнѣйшее теченіе вторичной инфекціи и т. и.,—по даваемымъ имъ результатамъ не можетъ быть поставленъ въ одинъ рядъ съ оперативнымъ удаленіемъ зараженныхъ тканей, и примѣненіе его должно быть по возможности ограничено лишь такими случаями, гдѣ по тѣмъ или другимъ основаніямъ, напр. общее состояніе больного, — не можетъ быть примѣнено болѣе радикальное леченіе.

Еще менѣе основаній питать большія надежды при леченіи первичныхъ туберкулезовъ мышцъ на способъ, имѣющіе цѣлью вызваніе активной или пассивной мѣстной гипереміи (смазываніе кожи извѣстными веществами, примѣненіе тепла, методъ Bioga и т. п.), и мы ограничимся однимъ лишь упоминаніемъ о нихъ.

Что же касается до массажа, въ свое время довольно настойчиво рекомендованнаго для леченія мѣстныхъ туберкулезныхъ очаговъ (Unna), то теперь, когда такъ отчетливо стоитъ передъ глазами возможность дальнѣйшаго распростра-

нения, при помощи такого мѣропріятія, бактерии по кровеносной и лимфатической системѣ вылетѣ до общей буторчатой диссеминаціи, едва ли кто либо откажется этотъ методъ рекомендовать, и онъ долженъ быть отнесенъ къ имѣющимъ лишь историческій интересъ.

Такимъ образомъ, резюмируя сказанное о леченіи, мы должны на первомъ мѣстѣ поставить излѣченіе очага въ сферѣ здоровыхъ тканей. Такому излѣченію подлежатъ всѣ туберкулезные мышечные узлы и часть холодныхъ абцессовъ.

Другая же часть абцессовъ, въ отношеніи которыхъ по тѣмъ или другимъ причинамъ не можетъ быть приимѣно радикальное излѣченіе, подлежатъ широкому вскрытію очаговъ съ послѣдующимъ тщательнымъ выскабливаніемъ внутренней поверхности капсулы, причемъ въ послѣдующемъ періодѣ можетъ быть съ извѣстной пользой употреблено введение рекомендованныхъ при хирургическихъ туберкулезахъ веществъ, особенно іодоформной эмульсіи.

Само собою разумѣется, что въ связи съ чисто хирургическими мѣропріятіями не малое значеніе можетъ имѣть соответствующая гигиеническая обстановка и общее укрѣпляющее леченіе. Это несомнѣнно относительно мышечнаго туберкулеза въ такой же мѣрѣ, какъ и относительно всякаго вообще туберкулеза.

Чтобы закончить съ настоящей главой, намъ остается сказать еще о путяхъ, при помощи которыхъ бактерии Кошъа переносятся на мышцу.

Разсуждая теоретически, возможно допустить для распространѣнія туберкулеза два пути: *экзогенный* (съ поверхности) и *эндогенный*, при помощи кровеносной и лимфатической системы.

Первый изъ нихъ для мышцъ можно считать не имѣющимъ реального значенія, ибо не нарушенная кожа представляетъ надежную и непроницаемую для инфекціи защиту. Конечно, работая зараженными инструментами или производя инъекціи шприцемъ съ нестерильной иглой, можно инфицировать мышцу и создать такимъ образомъ мышечный процессъ экзогеннаго происхожденія.

Но, подобные случаи, конечно, очень рѣдки (одинъ описанъ у Коппга), и при указаніи такъ сказать нормальныхъ путей для распространѣнія инфекціи приниматься въ расчетъ не могутъ.

Самый обычный и распространенный путь зараженія—эндогеннымъ способомъ, главнымъ образомъ черезъ посредство кровеносной системы.

Путь этотъ, для огромнаго по крайней мѣрѣ большинства случаевъ, предполагаетъ наличность уже существующей въ какомъ либо органѣ заразы, откуда она можетъ при извѣстныхъ условіяхъ попадать въ кровь и послѣдней переноситься въ другіе органы. Слѣдовательно, разсуждая строго, происходитъ вторичное заболѣваніе.

Правда, могутъ будто бы быть случаи, когда инфекція, пройдя черезъ входныя ворота (легкое, кишки) поступаетъ въ кровь и разносится отсюда по органамъ, не давая въ тканяхъ входныхъ воротъ никакихъ мѣстныхъ явленій. Подобные факты удивительны и теоретически трудно допустимы, но будто бы возможны.

Для иллюстраціи такой возможности нѣкоторые авторы (Замуравкинъ) указываютъ на извѣстный въ бактериологій фактъ, что инъекціи въ полость живота не всегда влечетъ за собой буторчатку брюшины, а между тѣмъ другіе органы (лимф. железы, печень, почки, моченоловая система) оказываются при этомъ пораженными.

Далѣе указываютъ на аналогичныя наблюденія надъ костнымъ и суставнымъ туберкулезомъ, первичный — въ строгомъ смыслѣ — характеръ коихъ установленъ большимъ количествомъ клиническихъ наблюденій.

Не отрицая возможности подобныхъ фактовъ, мы, чтобы не слишкомъ переоценивать убѣдительность указанной аналогіи, считаемъ умѣстнымъ вновь напомнить, что методы клиническихъ изслѣдованій не могутъ претендовать на абсолютную вѣрность даваемыхъ результатовъ, и далеко нерѣдко бываетъ, что тамъ, гдѣ клиническая картина не давала никакихъ указаній на туберкулезное пораженіе, секціонный столъ обнаруживалъ различныя, иногда не первой свѣжести и доста-

точно широкого распространения, очаги, особенно часто в бронхиальных железах.

Так или иначе кровяное ложе несомненно служит обычным путем, следуя по которому инфекция распространяется по организму.

Что касается лимфатической системы, то послѣдняя, по видимому, лишь в рѣдких случаях служит переносчиком заразы.

Доказательством этого служить прежде всего то обстоятельство, что распространение по лимфатической системѣ происходит, как известно, отъ периферіи къ центру и слѣдовательно в каждомъ случаѣ, гдѣ подозрѣвается распространение заболѣванія при помощи лимфатической системы, предполагается необходимая наличность туберкулезнаго очага, расположеннаго болѣе периферично, а между тѣмъ такой очагъ можно найти въ имѣющейся казуистикѣ мышечнаго туберкулеза весьма не часто.

Затѣмъ, можно указать на большую рѣзкость при первичномъ туберкулезѣ мышцъ увеличенія районныхъ лимфатическихъ железъ. Между тѣмъ послѣднее было бы весьма естественно при распространеніи инфекции по лимфатической системѣ.

Въ результатѣ всѣхъ этихъ соображеній, мы должны признать, что самымъ частымъ переносчикомъ туберкулезной инфекции на мышцу является кровеносная система.

Обращаясь для подтвержденія сказаннаго къ собранной у насъ группѣ первичныхъ мышечныхъ туберкулезовъ, мы находимъ, что изъ всѣхъ 23 случаевъ распространение инфекции можетъ быть поставлено въ счетъ лимфатической системѣ лишь въ случаѣ Kirmisson'a, а въ остальныхъ возбудитель перенесенъ, по видимому, черезъ кровь.

III.

Какъ известно, въ патогенезѣ инфекціонныхъ заболѣваній имѣютъ значеніе два производящихъ момента: присутствіе опредѣленнаго микроорганизма и известное предрасположеніе со стороны организма.

Между микробомъ и организмомъ завязывается борьба и тотъ или иной исходъ ея нужно себѣ представить какъ результатъ взаимодействія этихъ борющихся силъ.

При нормальной, присущей организму, устойчивости, дѣло далеко не всегда кончается побѣдой микроорганизма. Примеровъ, подтверждающихъ послѣднее, можно было бы привести много. Только въ томъ случаѣ, когда слишкомъ повышена вирулентность микроба, или, когда, наоборотъ, понижена устойчивость организма, только тогда даны условія, благоприятныя для побѣды микроорганизма, выражающейся видимо въ известномъ заболѣваніи. Все это факты, известные теперь довольно широко.

Мы не будемъ останавливаться на тѣхъ условіяхъ, которыя повышаютъ биологическія свойства производящихъ заболѣваніе микробовъ изъ боязни склониться далеко въ сторону отъ интересующей насъ темы, и попытаемся лишь напомнить тѣ моменты въ жизни организма, которые понижаютъ его жизненную устойчивость. На основаніи вѣкового опыта человечества, а также клиническихъ наблюденій, сюда издавна принято относить: наследственность, предшествующія заболѣванія, алкоголизмъ, плохое питаніе, изнурительную работу, не соответствующую жилищную обстановку и наконецъ травму.

Первые моменты дѣйствуютъ хронически, исподволь податчивая силы всего организма, послѣдній (травма) понижаетъ

устойчивость быстро и главным образом со стороны отдельных органов, подвергшихся травме.

Это последнее обстоятельство, — т. е. способность травмы быстро понизить присущую организму или его отдельным органам устойчивость, — а равно возможность точно дозировать количество травмы для получения соответствующего эффекта, весьма выгодно отличают травму от других predisполагающих моментов с точки зрения лаборатории, и именно ему и приходится приписать, что травма, как момент, понижающий устойчивость, изучалась в условиях лабораторного эксперимента, не в примѣръ другимъ этиологическимъ моментамъ, очень часто и по различнымъ поводамъ и для различныхъ возбудителей.

Къ настоящему времени накопилась уже, в течение последнихъ десятилѣтій прошлаго столѣтія и первыхъ лѣтъ текущаго, достаточно солидная и разнообразная литература, гдѣ вопросъ о значеніи травмы въ процессѣ возникновенія инфекции вырѣшенъ достаточно подробно и убѣдительно.

Въ виду того, что вся эта такъ называемая травматическая литература собрана и детально разработана въ диссертациі Н. Н. Петрова и отчасти В. М. Тылинскаго, мы не будемъ вновь производить подробнаго ея анализа и, отославъ интересующихся къ указаннымъ диссертациямъ, оставимся на ней лишь въ общихъ чертахъ, отмѣчая лишь наиболѣе выуклые факты.

Одна группа авторовъ (Rosenbach, Kocher, Köstlin, Becker, Gangolphe, F. Krause, Павловскій, Passet, — цит. по Н. Н. Петрову) вопросъ о вліяніи травмы изслѣдовала на возникновеніи остро-воспалительныхъ гнойныхъ процессовъ въ костномъ мозгу (osteo-myelitis), при чемъ часть указанныхъ авторовъ въ извѣстномъ рядѣ случаевъ констатировала несомнѣнную возможность получения остеомиалита искусственнымъ путемъ, т. е. вводя въ кровь извѣстный септический матеріалъ или чистую культуру одного изъ извѣстныхъ микробовъ и параллельно производя ту или иную травму костей.

Правда, опыты, поставленные въ указанномъ направленіи, не всегда сопровождались положительными результатами,

именно въ части ихъ, несмотря на травму, развитіе остеомиалитическаго процесса не послѣдовало (въ опытахъ напр. Rosenbach'a, Kocher'a и особенно Köstlin'a). Кроме того, въ извѣстномъ рядѣ опытовъ развитіе процессъ безъ нанесенія травмы, послѣ одного лишь введенія въ кровь гнойныхъ возбудителей (въ опытахъ Rodet, Colzi, Courmont et Sabulay, Lannelongue et Achar'da и др.).

Но эти послѣдніе результаты, конечно, не могутъ совершенно уничтожить цѣнность и доказательную силу указанныхъ опытовъ съ положительнымъ значеніемъ травмы, и, подводя итоги, мы можемъ лишь, согласно съ Н. Н. Петровымъ, «прийти къ заключенію о сложности условий, опредѣляющихъ собой мѣсто и способъ возникновенія заразнаго остеомиалита и вмѣстѣ съ тѣмъ должны признать, что среди этихъ условий и травмъ принадлежить нѣкоторая, хотя и не первостепенная, роль» (8 стр.).

Другая группа авторовъ (Високовичъ, Orth, Wechselbaum, Prudden, Lyon) мысль о вліяніи травмы на происхожденіе инфекции гноероднымъ микробомъ продемонстрировала съ успѣхомъ работами надъ полученіемъ экспериментальнаго эндокардита.

Что же касается такъ наз. экспериментальнаго туберкулеза, то попытки произвести его до сихъ поръ ограничивались только костями, суставами, яичкомъ, и отчасти маткой (Ribera y Sans). Мышцы же, какъ показываетъ изученіе литературы, ни разу не служили матеріаломъ для производствъ лабораторнаго туберкулеза и изученія значенія въ этомъ отношеніи травмы.

Къ сожалѣнію, выводы, къ которымъ приходятъ авторы, не отличаются большою опредѣленностью и единообразіемъ, и въ результатѣ очень значительнаго количества произведенныхъ въ этомъ направленіи работъ вопросъ о мѣстѣ травмы въ ряду другихъ predisполагающихъ къ туберкулезу вліяній окончательно выясненнымъ путемъ эксперимента считаться не можетъ.

Часть авторовъ, исходя отчасти изъ экспериментальныхъ данныхъ, отчасти — клиническаго матеріала и быть можетъ теоретическихъ соображеній очень скептически относятся къ

травм, как к предрасполагающему к туберкулезу моменту и находить, что она может иметь значение импульса для заболевания только такого органа, в котором туберкулез уже прецедует, только в латентном состоянии.

Сюда относятся:

а) Lannelongue und Achard, свои взгляды на травму ставшие доказаны, кроме результатов эксперимента, следующим клиническим опытом: под кожу хвосточных больных они выскивали (118 выскиваний) различныя стерилизованныя жидкости (травма) и в результате ни разу не видели здесь развития туберкулеза. Иначе говоря, раз ткань не больна туберкулезом, хотя бы латентным, то никакая травма заболевания этой ткани или органа не создаст.

б) Friedrich, вводивший в кровь ослабленные культуры туберкулеза и затем наносивший ушибы костям и суставам. В результате этих опытов ему ни разу не удалось видеть специфический процесс в травмированных органах.

в) Honsell, который повторял опыты Friedrich'a, применяя культуры различной вирулентности. Подобно Friedrich'у он, на основании полученных результатов, делает заключение, что травма может способствовать лишь обнаружению латентного туберкулеза.

Наконец, к этой же группе авторов нужно отнести Ribera y Sans, в течение нескольких лет продолжающего заниматься вопросом о травме. Исследования этого автора, относясь к самому последнему времени, не обсуждались еще на страницах русской литературы и, следовательно, имеют живой интерес новизны.

Поэтому мы считаем уместным остановиться на них несколько подробнее, тем более что постановка опытов у него подчас довольно оригинальна, и не лишены интереса полученные результаты.

Первый раз он опубликовал свои наблюдения в 1906 г. Тогда он был занят вопросом об искусственном туберкулезе матки и производил опыты следующего характера: в 45 случаях он в толщу предартериально травмированной матки (родь травмы не указав) прививал туберку-

лезную разводку, и в результате получил заражение органа в 11 случаях.

В 24 случаях он вводил туберкулезный материал в полость травмированной матки, и только в 4 случаях получил туберкулезныя изменения органа.

Из 14 венозных выскиваний только в 2 случаях получил туберкулез травмированной матки.

Теперь, в 1910 г., он публикует наблюдения над костным туберкулезом. Из 607 клинических случаев костного туберкулеза только в 142 можно установить наличие несомненной травмы, при чем из этих 142 несомненно травматических случаев — в 64 (45%) диагноз подтвержден при операции.

Что касается до попыток выяснить значение травмы экспериментально, таковыя производились им в следующем виде: 12 кроликам он ввел в вену по 1 $\frac{1}{2}$ с.с. культуры туберкулезной палочки; послѣ этого наносил сильную травму коленному суставу, и в результате у него не получилось ни одного туберкулезного гонима.

Такие же отрицательные результаты были им получены в результате попыток подкожного и внутри-брюшного введения туберкулезных бактерий.

Наоборот непосредственное введение в костный мозг туберкулезной палочки вело к заболеваниям соответственных костей, безразлично была нанесена травма или нет.

В дальнейшем ряд опытов он сначала вводил в вену культуру туберкулезного бацилла, затем через несколько дней послѣ этого делал еще инъекцию стафило — или стрепто-кокковой культуры. Во всех случаях при такой постановке опытов он всюду наблюдал смешанное заболевание туберкулезом и соответствующим возбудителем нагноения, но без особого предпочтения суставов, несмотря на травматизирование последних.

Хотя опыты с такими, правда, противоречивыми результатами могли бы дать автору право отрицать связь между травмой и возникновением туберкулеза, тем не менее рѣшительное заключение он откладывает до дальнейших экспериментов.

Другая группа исследователей, не отрицая возможности развития, или вѣрнѣе вспышки туберкулеза въ органѣ, уже имѣющемъ послѣдній въ латентномъ состояніи, утверждаетъ, что травма можетъ вызвать бугорчатку и въ совершенно здоровыхъ до сихъ поръ органахъ.

Къ представителямъ этого взгляда относятся:

a) Schüller, изучившій влияние травмы на возникновение бугорчатки въ здоровыхъ дотолѣ суставахъ въ 42 опытахъ, съ положительнымъ результатомъ.

b) Krause, проверившій результаты, полученные Schüllerомъ, при чемъ на 44 случая легкой травмы суставовъ (дисторзія) онъ получилъ 14 характерныхъ туберкулезныхъ артритовъ.

c) Simonds, получившій у кролика, черезъ выскивание туберкулезной эмульсии съ послѣдующей черезъ день контажіей яичка, туберкулезный фокусъ въ придаткѣ.

d) Paladino-Blandini, работавшій надъ экспериментальнымъ туберкулезомъ половыхъ органовъ.

e) Н. Н. Петровъ, — на основаніи экспериментовъ на нѣсколькихъ десяткахъ животныхъ онъ приходитъ къ выводу, что значеніе травмы для локализациі бугорчатки можно считать дѣйствительно доказаннымъ (56 стр.).

f) Müller, имѣвшій возможность путемъ травмы получать у туберкулезныхъ животныхъ типичный tumor albus.

g) и наконецъ В. М. Тылинскій; послѣдній работалъ надъ экспериментальнымъ туберкулезомъ яичка у кроликовъ и морскихъ свинокъ, и въ результатѣ опытовъ тоже высказывается о влияніи травмы на локализацию туберкулеза въ яичкахъ въ положительномъ смыслѣ.

Такимъ образомъ, послѣ нѣлаго ряда весьма убѣдительно поставленныхъ опытовъ, при чемъ въ большой доѣ постановка ихъ приходится на долю лабораторіи при пропедевтической Академической клиникѣ, вопросъ о влияніи травмы на локализацию туберкулезной инфекціи, казалось бы, могъ считаться достаточно выясненнымъ, и предпринимаемые нами опыты на мышцахъ можно бы считать новой лишь иллюстраціей уже установленнаго факта.

Но если обратить вниманіе на описанное разногласіе

среди авторовъ, а особенно на то обстоятельство, что среди самой новой литературы все еще продолжаютъ появляться извѣстія, которыя на основаніи вновь поставленныхъ экспериментовъ относятся къ травмамъ довольно скептически (Ribera y Sans), то приходится признать, что вопросъ все еще нуждается въ дальнѣйшей разработкѣ и проверкѣ полученныхъ прежде результатовъ при новой, болѣе убѣдительной обстановкѣ, или въ экспериментахъ надъ новыми органами, опыты надъ коими по той или иной причинѣ могли бы показаться болѣе убѣдительными.

Ставъ на такую точку зрѣнія, можно было заранѣе надѣяться, что опыты надъ получившемъ туберкулеза въ мышцѣ— органѣ, какъ это укоренилось давно и прочно въ общемъ сознаніи, особенно мало къ нему воспримчивымъ, не лишены будутъ извѣстнаго принципиальнаго значенія.

Въ случаѣ же положительнаго результата опыты эти приобрѣтали бы особый интересъ и значеніе и могли бы послужить для вѣданаго подтвержденія и подкрѣпленія прежде установленныхъ фактовъ о значеніи травмы, сообщая имъ почти неоспоримую силу доказательности.

Для своихъ опытовъ мы брали исключительно кроликовъ, оказавшихся для нашихъ цѣлей вполне пригодными.

Самый опытъ производился въ слѣдующемъ видѣ: наносился ударъ гирькой вѣсомъ въ 500,0 въ область мышцъ бедра на одной изъ конечностей (преимущественно на правой) кроликовъ и непосредственно послѣ этого приготавлилась эмульсія изъ чистой вирулентной культуры бычачьего туберкулеза, для чего брались, съ обычными предосторожностями, 3—4 платиновыхъ негли культуры и тщательно растирались въ прокипяченной фарфоровой ступкѣ сначала въ небольшомъ количествѣ (1—2 к. с.) физиологическаго раствора поваренной соли, а затѣмъ при дальнѣйшемъ растираніи количество солеваго раствора медленно и постепенно доводилось до 15 к. с.

Полученная такимъ образомъ эмульсія съ равномерно вѣвѣшенными мельчайшими частицами культуры, набиралась въ обезжележенный предварительнымъ кипяченіемъ шприцъ Recorda и въ количествѣ 1,0 вводилась въ краевую вену

уха, очень удобную для производства таких инъекций в силу своей поверхности и достаточно широкого калибра.

Для первого десятка кроликов культура туберкулезных палочек, выращенных на картофель съ бульоном, взята от д-ра Юревича. Для второго же десятка выписана из Праги от проф. бактериологического института Krahl'a (Kleiner Ring 11).

Поставленные въ такомъ видѣ опыты не представляютъ въ техническомъ отношеніи ничего новаго, будучи почти полнымъ повтореніемъ техники, выработанной въ лабораторіи раньше Н. П. Петровымъ и В. М. Тыллинскимъ, и не требуютъ, конечно, никакихъ поспешеній.

Чтобы достигъ намѣченныхъ результатовъ, т. е. изучить можетъ или нѣтъ травма вліять на развитіе туберкулеза въ мышцѣ, мы сознательно стремились создать наиболѣе благоприятную обстановку для опыта. Последнее казалось для насъ особенно необходимымъ въ виду того, что въ нашемъ случаѣ дѣло касалось органа, прочно и широко владѣющаго репутаціей наиболѣе устойчиваго противъ инфекціи.

Нѣкоторыхъ колебаній стоило намъ въ данномъ отношеніи вырѣшить, какого характера или силы употребить намъ въ нашихъ опытахъ травму.

Дѣло въ томъ, что какъ ни ясно представляется на первый взглядъ вопросъ о количествѣ или силѣ травмы, наиболѣе гарантирующей полученіе желаемаго эффекта, въ томъ именно смыслѣ, что чѣмъ сильнѣе мы травмируемъ органъ и чѣмъ, слѣдовательно, въ большей степени и широтѣ некротизируются входящая въ его составъ части, тѣмъ въ болѣе значительной степени онъ утрачиваетъ присущую ему сопротивляемость и становится болѣе беззащитнымъ противъ натиска микроорганизмовъ,—тѣмъ не менѣе этотъ теоретически ясный взглядъ раздѣляется далеко не всеми авторами.

Часть ихъ (Volkmanн, Krause, Schäffer, въ последнее время Brodnitz и др.), основываясь главнымъ образомъ на изученіи клиническаго матеріала, приходитъ къ заключенію, что въ качествѣ предрасполагающаго къ туберкулезной инфекціи момента можетъ имѣть значеніе лишь легкая травма (ушибы, дисторзіи), но не сильная, сопряжен-

ная съ большимъ разможеніемъ тканей, обширными кровоизліяніями, переломами костей и пр.

Въ объясненіе такого факта всѣ они высказываются въ томъ смыслѣ, что сильная травма вызываетъ энергичную реакцію со стороны защитительныхъ силъ организма и такъ усиливаетъ процессы регенераціи тканей, что мѣста и подходящей почвы для развитія микроорганизмовъ совсѣмъ не остается. Между тѣмъ какъ небольшая травма, съ незначительнымъ кровоизліяніемъ, съ вялой сравнительно регенеративной реакціей организма, доставляетъ, повидимому, для оспившихъ бактерий болѣе благоприятную почву.

Ничего не возражая по существу этихъ объясненій, мы прежде всего считаемъ напомнить, что въ настоящее время накопилось уже достаточно фактовъ какъ клиническихъ (напр. случай Israe'l'a.—цит. по Н. Н. Петрову: въ последнее время сл. Kappis'a и др.), такъ и вышедшихъ изъ лабораторій (работа Н. Н. Петрова, Тыллинскаго), въ которыхъ съ достаточной убѣдительностью обрисовывается, что и сильная травма, связанная съ обширнымъ кровоизліяніемъ и весьма выраженными дегенеративными измѣненіями, можетъ послужить несомненнымъ поводомъ для развитія мѣстнаго туберкулеза.

Что же касается указаній на клиническія статистики, обзоръ коихъ дѣйствительно даетъ значительно большее количество заболѣваній въ зависимости отъ легкой травмы, то, согласно съ Н. Н. Петровымъ, мы считаемъ необходимымъ указать, что весьма вѣроятно эта сравнительная частота, отмѣченная клиникой, зависитъ въ данномъ случаѣ не отъ степени травмы, а обуславливается тѣмъ, что легкія травмы въ повседневной жизни наблюдаются вообще неизмѣримо чаще, чѣмъ тяжелыя,—и въ силу этого понятно, что онѣ даютъ значительно большую абсолютную цифру заболѣваній.

Чтобы наши заключенія подвергались меньшему риску ошибки и имѣли силу безурочной доказательности, необходимо высчитать на болѣе или менѣе солидномъ числѣ клиническихъ случаевъ, въ какомъ % вызываетъ туберкулезная пораженія легкая травма и въ какомъ % тяжелая.

Сколько извѣстно, попытки въ этомъ направленіи еще

не дѣлалось. Но весьма вѣроятно, что тогда значение той или иной степени травмы обрисовалось бы въ совершенно иномъ освѣщеніи.

Все эти соображенія заставили насъ, создавая наиболее благоприятную для получения результата опытную обстановку, употреблять травму сравнительно значительной силы. При этомъ въ случаѣ положительнаго результата мы надѣялись получить при нашей обстановкѣ опыта лишнее доказательство противъ того предпочтенія, которое, быть можетъ, несправедливо оказывается въ этиологическомъ отношеніи легкой травмѣ.

Черезъ извѣстные промежутки опытные кролики взвѣшивались и затѣмъ убивались въ различные сроки въ теченіе перваго послѣ зараженія мѣсяца.

Для микроскопическаго изслѣдованія брались кусочки мышць (въ количествѣ 4—8) изъ подвергнутой дѣйствию травмы области и иногда (въ 7 сл.), въ цѣляхъ контроля, изъ соотвѣствующихъ мышць другой, не травмированной конечности.

Кусочки эти подвергались обычной обработкѣ: сначала — погруженіе въ фиксирующую жидкость Orth'a; затѣмъ послѣ промыванія въ теченіе сутокъ въ текучей водѣ они проводились для обезоживанія черезъ спирты (60°, 70°, 80°, 90°, 95°, 97°) и наконецъ черезъ абсолютный алкоголь.

Что касается дальнѣйшей обработки, то въ первое время мы пользовались обычнымъ методомъ, погружая кусочки сначала въ ксилолъ до просвѣтленія, затѣмъ въ смѣсь ксилола съ парафиномъ при 37° (на 12—24 ч.) и наконецъ въ расплавленный парафинъ при 52° (часовъ на 12 и болѣе).

Впоследствии, въ виду того, что изъ мышць, приготовленной такимъ способомъ, крайне трудно получить надлежащей толщины сръзы, мы, слѣдуя указаніямъ, даннымъ въ появившемся недавно руководствѣ микроскопической техники пр.-доц. Соболева, стали, послѣ обезоживанія спиртами, подвергать кусочки воздействию смѣси ксилола съ простымъ (не опич.) кедровымъ масломъ (6—24 ч.), затѣмъ насыщеннаго при 37° раствора парафина въ хлороформѣ (12—

24 ч.) и отсюда уже переносили въ чистый расплавленный парафинъ.

Такое видоизмѣненіе значительно облегчило получение безупречной толщины (не болѣе 10 микронъ) сръзовъ.

Наклеиваніе сръзовъ на предметнаго стекла мы производили по японскому способу (блѣсокъ съ глицериномъ), съ послѣдовательнымъ высушиваніемъ въ большинствѣ случаевъ въ термостатѣ при 37°.

Окрашиваніе препаратовъ производилось всегда двойной окраской: карболовымъ (по Ziehl'ю) фуксинъ и метиленовая синька. Хорошо наклеенные и просушенные препараты подвергались послѣдовательной обработкѣ ксилоломъ (удаленіе парафина), 95° спиртомъ (удаленіе ксилола и остатковъ парафина) и дистиллированной водой (удаленіе спирта), и послѣ этого окрашивались карболовымъ фуксинномъ въ теченіе 1—1½ часовъ въ термостатѣ при 37°. Затѣмъ — обмываніе въ водѣ, обезцвѣчиваніе 70° соляно-кислымъ (1—2°/о) спиртомъ, промываніе 95° спиртомъ и окрашиваніе растворомъ метиленовой синьки (1 м.), — и въ заключеніе, послѣ промыванія въ водѣ и обработки алкоголемъ и ксилоломъ (до просвѣтленія), препаратъ задымывался въ канадскій бальзамъ.

Кромѣ описанной иногда употреблялась обычная окраска гематоксилиномъ и эозиномъ.

Приступая къ описанію протоколовъ, мы считаемъ уместнымъ впередъ сказать, что полученные нами результаты превзошли самую смѣлую ожиданія.

Вопреки установившемуся взгляду оказалось, что изъ 20 опытныхъ кроликовъ — 13 (65°/о) имѣли несомнѣнный туберкулезъ въ мѣстѣ травмы, доказанный кромѣ типичной гистологической картины еще присутствіемъ бациллъ.

Если сопоставить эти результаты съ результатами экспериментальнаго туберкулеза въ другихъ органахъ (кожѣ, яичкѣ), то окажется, что мышца даетъ не меньшій °/о экспериментальнаго туберкулеза, чѣмъ эти органы, не пользующіеся репутацией особенно резистентныхъ противъ заразы, напр. у д-ра Тылинскаго изъ 50 опытныхъ животныхъ явленія туберкулеза въ яичкахъ обнаружены въ 33 сл. (66°/о).

Кролик № 1. Нанесена травма и произведено заражение 2 ноября. Убит 11 ноября. Вѣсъ съ 1090,0 (2 ноября) повысился до 1120,0 (11 ноября).

Правая нога в области бедра заметно припухша, слегка флюктуировать. По снятии съ нея кожи съ клѣтчаткой обнаружен межмышечно-сидящій фокусъ, содержащій скопление довольно густой жидкости (до 2 чайныхъ ложекъ) и нѣсколько густоватъ фибрина. Стѣнка полости въ нѣкоторыхъ мѣстахъ имѣетъ грязновато-сѣроватый цвѣтъ и въ толщѣ ея прослушивается нѣсколько небольшихъ уплотненій, величиной до кедроваго орѣха, безъ рѣзкихъ границъ переходящихъ въ нормальную ткань. Мышцы другой ноги безъ какихъ либо микроскопическихъ измѣненій.

Въ легкихъ кое-гдѣ разсыпаны мелкіе узелки, сѣровато-бѣлаго цвѣта. Въ остальныхъ внутреннихъ органахъ никакихъ измѣненій не обнаружено.

Микроскопическое изслѣдованіе. Мышечныя волокна всюду представляютъ явленіе распаденія какъ въ продольномъ, такъ и особенно въ поперечномъ направленіи. всюду слѣды крови, особенно обильно на границѣ между рѣгимулярій extermis и мышечными волокнами. Здѣсь же рѣзко бросающаяся въ глаза мелкоклѣтчаточная инфильтрація, собирающаяся въ глаза мелкоклѣтчаточная инфильтрація, собирающаяся подчасъ въ узелки, въ которыхъ можно разыскать гигантскія клѣтки. Мѣстами клѣтчаточныя ядра теряютъ способъ къ окрашиванію.

На другихъ препаратахъ можно наблюдать такую же инфильтрацію между отдѣльными мышечными волокнами, при чемъ послѣднія на значительномъ протяженіи обнаруживаютъ ясное увеличеніе ядеръ сарколеммы. Разрѣзанныя поперечно волокна тогда напоминаютъ гигантскую клѣтку съ вѣничкомъ ядеръ по периферіи.

Бациллъ Кошча не найдено.

Кроликъ № 2. Травма и зараженіе 2 ноября. Убитъ 25 ноября. Упалъ въ вѣсѣ съ 1120,0 (2 ноября) до 910,0 (25 ноября).

Въ толщѣ травматизованныхъ мышцъ имѣется незначительное уплотненіе и въ центрѣ его довольно ясно отграниченные 2 — 3 узелка, величиной до макаоваго зерна. Кромѣ

этихъ взяты для микроскопическаго изслѣдованія мышцы отъ другой ноги.

Миліарный туберкулезъ легкихъ. Отдѣльные бугорки въ ткани печени, въ обѣихъ почкахъ и селезенкѣ. На брюшинѣ узелковъ не открыто.

Микроскопическое изслѣдованіе. всюду увеличеніе ядеръ сарколеммы. Волокна по мѣстамъ безъ поперечной исчерченности, мутны. Между волокнами мѣстами очаговыя инфильтраціи съ эпителіоидными клѣтками. Иногда такая инфильтрація располагается вблизи сосуда, и въ центрѣ ея можно видѣть кров. шарикъ. Мѣстами типичныя бугорки съ казеознымъ распадомъ въ центрѣ. Гигантскія клѣтки въ порядочномъ количествѣ. На нѣкоторыхъ препаратахъ рѣзко выраженные слѣды крови. Бациллы въ обильномъ количествѣ лежатъ иногда свободно, иногда въ эпителіоидныхъ клѣткахъ и лейкоцитахъ.

Мышцы другой ноги представляютъ совершенно нормальную картину.

Кроликъ № 3. Травма и зараженіе 2 ноября, убитъ 27 ноября. Вѣсъ съ 1120,0 (2 ноября) упалъ до 1090,0 (27 ноября).

Въ области межмышечной клѣтчатки праваго (травма) бедра по мѣстамъ крововзліаніе. Часть мышцъ выделяется своей плотностью, при осмотрѣ видны вебольшіе (до макаоваго зерна) бѣловато-сѣрые узелки.

Соотвѣстныя мышцы другого бедра видимыхъ простымъ глазомъ измѣненій не представляютъ.

Въ легкихъ обильное количество мелкихъ высыпавшій, отъ самыхъ малыхъ до просаоваго зерна величиною. Въ правой почкѣ на границѣ корковаго и мозговаго слоя видно нѣсколько туберкулезныхъ узелковъ. Печень, селезенка, брюшина безъ видимыхъ измѣненій.

Подъ микроскопомъ мѣстами мышца не представляетъ какихъ либо уклоненій отъ нормы. Мѣстами же картина рѣзко мѣняется. Мышечныя волокна то распадаются вдоль и поперекъ, то теряютъ поперечную исчерченность и становятся мутными и извилистыми, то обнаруживаютъ гомогенную блестящую поверхность. Сарколемма обнаруживаетъ уве-

личное количество ядер. Здесь, отступя одинъ отъ другого на нѣкоторое расстояние, расположены нѣсколько типичныхъ узелковъ, овальной формы. Одинъ изъ нихъ лежитъ между двумя раздвинутыми волокнами и послѣдніе выглядятъ ясно истонченными, лишены поперечной полосчатости и мѣстами становятся блестящими. Въ другихъ узелкахъ въ ихъ массу захвачено одно или нѣсколько волоконъ, которыя представляютъ только что омыченнаго явленія атрофіи, или приобретаютъ видъ тусклыхъ помутнѣвшихъ массъ, слившихся съ окружающими некротическими центральными частями, а лишь при большомъ увеличеніи удается различить контуры бывшихъ волоконъ.

Бугорки состоятъ изъ эпителиоидныхъ клѣтокъ, съ единичными исполненными клѣтками, съ центральнымъ казеознымъ перерожденіемъ.

Въ большомъ количествѣ въ центрѣ бугорковъ туберкулезныя бациллы.

Кроликъ № 4. Травма и зараженіе 2 ноября, убитъ 27 ноября. Вѣсъ съ 980,0 (2 ноября) поднялся до 1020,0 (22 ноября).

Видимыхъ простымъ глазомъ слѣдовъ кровоизліяній нѣтъ. Твердый рѣзко ограниченный инфильтратъ въ мышцахъ сзади и вверху отъ колѣна, длиной до 2 см., шириной въ 1 см. При разсматриваніи здѣсь констатированы въ довольно обильномъ количествѣ мелкіе точечные узелки и среди нихъ одинъ, доходящій до величинъ просіянаго зерна, бѣловатаго цвѣта, ясно выступающій надъ поверхностью мышцы.

Соответствующія мышцы другого бедра безъ измѣненій.

Миларный туберкулезъ легкихъ, отдѣльные узелки въ обоихъ почкахъ и селезенкѣ. Брюшина и печень не задѣта.

Подъ микроскопомъ слѣды крови какъ въ *perimysium externum*, такъ и *internum*. Всюду мелкоклѣточная инфильтрація. Мышечныя волокна представляютъ обычныя дегенеративныя измѣненія: извилистость, подчасъ набуханіе, потерю по лосчатости, — мѣстами имѣютъ блестящую однородную структуру, мѣстами наоборотъ сильно мутны и, сливаясь съ соседними волокнами, образуютъ иногда общую безформенную мутную массу.

На границѣ *perimysium externum* и волоконъ видно нѣсколько типичныхъ бугорковъ, расположенныхъ вблизи кровеносныхъ сосудовъ. Имѣются гигантскія клѣтки и въ центрѣ казеознаго распада много бациллъ.

Кроликъ № 5. Травма и зараженіе 2 ноября, убитъ 28 ноября. Ужалъ въ вѣсъ съ 1370,0 (2 ноября) до 1200,0 (28 ноября).

Травматизированныя мышцы не представляютъ видимыхъ простымъ глазомъ измѣненій.

Выраженный миларный туберкулезъ легкихъ, точечныя кровоизліянія подъ капсулой обоихъ почекъ. Отдѣльные узелки въ правой почкѣ и селезенкѣ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи слѣдовъ крови нѣтъ. Все поле зрѣнія занято мелкоклѣточной инфильтраціей, которая мѣстами выражена не очень сильно и располагается лишь въ *perimysium internum* въ видѣ той или иной толщины полосокъ. Мѣстами же количество ядеръ такъ увеличено, что за ними уже почти совсѣмъ не видно мышечныхъ волоконъ. Иногда въ такихъ участкахъ замѣчается особенно густая инфильтрація съ намеками на узелки, и здѣсь въ центрѣ видна безструктурная масса, состоящая при большомъ увеличеніи изъ мелкихъ глыбокъ и видимо происшедшая изъ распавшихся мышечныхъ волоконъ. Бациллъ нѣтъ.

Кроликъ № 6. Травма и зараженіе 2 ноября, убитъ 28 ноября. Вѣсъ съ 1120,0 (2 ноября) повысился до 1210,0 (28 ноября).

Мышцы въ области травмы представляютъ измѣненія видныя уже простымъ глазомъ: какъ въ толщѣ мышечной субстанции, такъ и отдѣльной мышцу клѣтчатка имѣются въ обильномъ количествѣ точечные сѣроватые узелки.

Въ легкихъ повсюду мелкіе узелки, отъ булавочной головки до просіянаго зерна. На поверхности легкихъ нѣсколько участковъ съ мелкими точечными кровоизліяніями. Отдѣльные узелки въ почкахъ, болѣе въ правой и въ правомъ надпочечникѣ. Нѣсколько узелковъ на стѣнкѣ кишечника.

При микроскопическомъ изслѣдованіи: мышечныя волокна съ обычными дегенеративными измѣненіями. Мелкоклѣточная инфильтрація какъ въ области *perimysii externi*, такъ и *interni*.

Нѣсколько типичныхъ бугорковъ расположены между мышечными волокнами.

Въ большомъ количествѣ туберкулезныя бациллы, присутствіе которыхъ въ нѣкоторыхъ бугоркахъ можно констатировать уже при 4 Reichert'a.

Въ мышцахъ, внятыхъ изъ другой ноги, никакихъ измененийъ отъ нормы.

Кроликъ № 7. Травма и зараженіе 2 ноября, убитъ 28 ноября. Вѣсъ съ 1350,0 (2 ноября) понизился до 1300,0 (28 ноября).

Неправильно сросшійся переломъ бедра. Въ мышцахъ и въ окрестности кости слѣды кровозапамяти.

Ткань легкаго не такъ обильно усыяна узелками, какъ у предыдущихъ кроликовъ: есть участки, гдѣ простымъ глазомъ совсѣмъ не видно узелковъ. Отдѣльные бугорки въ почкахъ и селезенкѣ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи мышца въ большинствѣ представляется нормальной. Лишь мѣстами увеличеніе кѣлокъ въ perimysium internum, и слѣды бывшего межмышечнаго кровозапамяти.

Бациллъ нѣтъ.

Кроликъ № 8. Травма и зараженіе 2 ноября, убитъ 28 ноября. Вѣсъ съ 1220,0 (2 ноября) упалъ до 1140,0 (28 ноября).

Мышцы видимыхъ простымъ глазомъ измененийъ не представляютъ.

Въ легкихъ милиарный туберкулезъ. Отдѣльные узелки въ почкахъ и довольно много въ селезенкѣ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи нормальная картина, нѣтъ слѣдовъ кровозапамяти.

Кроликъ № 9. Травма и зараженіе 2 ноября, убитъ 29 ноября. Вѣсъ съ 1450,0 упалъ до 1380,0 (29 ноября).

Въ толщѣ травмированныхъ мышцъ сзади и нѣсколько выше колѣна прощупывается уплотненіе, величиной въ горошину, безъ рѣзкихъ границъ.

Въ легкихъ узелковъ значительно меньше, чѣмъ въ бывшихъ ранѣ случаяхъ. Нѣсколько бугорковъ въ правой почкѣ. Брюшина, почечъ и селезенка безъ замѣтныхъ измененийъ.

Подъ микроскопомъ мѣстами нормальная картина мышечныхъ волоконъ. Мѣстами въ области perimysium internum остатки красныхъ шариковъ и слабо выраженная инфильтрація съ умѣреннымъ количествомъ эпителиодныхъ кѣлокъ. Такіе же очажки имѣются и въ perimysium externum. Бациллъ нѣтъ.

Кроликъ № 10. Травма и зараженіе 2 ноября, убитъ 29 ноября. Вѣсъ съ 1450,0 понизился къ 29 ноября до 1380,0.

Въ толщѣ мышцъ ясны слѣды бывшего кровозапамяти. При нащупываніи небольшое уплотненіе, здѣсь вкраплены обычные узелки, помѣщающіеся какъ въ толщѣ мышечныхъ волоконъ, такъ и особенно въ кѣлчаткѣ.

Милиарный туберкулезъ легкихъ; въ одномъ мѣстѣ праваго легкаго прощупывается небольшой инфильтратъ, величиной съ горошину, но разрѣзъ котораго обнаружился сѣроватый узелъ съ распадомъ въ центрѣ. Бугорки въ почкахъ, надпочечникѣ и селезенкѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе. Мышечныя волокна представляютъ обычныя, но болѣе сильно выраженныя, дегенеративныя изменения. Въ болѣе близкихъ къ туберкулезнымъ участкамъ мѣстахъ увеличеніе ядеръ сарколемы.

Въ области perimysium internum бугорки, начиная отъ самыхъ молодыхъ формъ, состоящихъ изъ небольшихъ скопленій эпителиодныхъ кѣлокъ, до вполнѣ выраженныхъ и типичныхъ. Въ послѣднихъ кромѣ эпителиодныхъ кѣлокъ имѣются въ большемъ количествѣ, чѣмъ въ предыдущихъ случаяхъ, исполнискія кѣлки. Въ центральномъ распадѣ бугорковъ въ значительномъ количествѣ туберкулезныя палочки.

Въ соответствующихъ мышцахъ другой ноги подлѣ микроскопомъ нормальная картина.

Кроликъ № 11. Травма и зараженіе 29 ноября, убитъ 16 декабря. Вѣсъ съ 900,0 (29 ноября) упалъ до 800,0 (16 декабря).

Въ мышцахъ, подвергнутыхъ травмѣ, остатки кровозапамяти, мѣстами точечнаго характера. Въ одномъ мѣстѣ, нѣсколько выше колѣннаго сустава, въ толщѣ мышцы прощупывается довольно плотный узелокъ съ просеяное зерно.

Умѣренное количество бугорковъ въ легкихъ, величиной

съ булавочную головку. Нѣсколько бугорковъ въ печени, оди-
ночные бугорки въ правой почкѣ и селезенкѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе. Слѣды межмышечнаго кро-
воизліянія. Мышечныя волокна представляютъ явленія распа-
денія на отдѣльныя глыбки и другія дегенеративныя измѣне-
нія. Мелкоклеточная инфильтрація ясно выражена между мы-
шечными волокнами.

Мѣстами, ближе къ *perimysium externum*, инфильтрація
становится настолько обильной, что мышечныхъ волоконъ не
видно. Иногда скопленіе клѣтокъ носить ясно очаговый ха-
рактеръ, съ большимъ количествомъ эпителиодныхъ клѣтокъ
въ центрѣ.

Туберкулезныя бациллы.

Кроликъ № 12. Травма и зараженіе 29 ноября, убитъ
16 декабря. Вѣсъ съ 1010,0 (29 ноября) упалъ до 940,0
(16 декабря).

Остатки кровоизліяній въ соединительной ткани, одѣваю-
щей мышечные пучки.

Въ небольшомъ количествѣ бугорки въ легкихъ, въ видѣ
небольшихъ точечныхъ узелковъ. Нѣсколько бугорковъ въ
почкахъ.

Подъ микроскопомъ ясные слѣды крови какъ въ *peri-
mysium externum*, такъ и *internum*. Мелкоклеточная инфи-
льтрація, не рѣзко замѣтная между мышечными волокнами,
усиливается въ направлееніи *perimysii externi*. Мѣстами узел-
ки съ эпителиодными клѣтками. Бациллъ не констатиро-
вано.

Кроликъ № 13. Травма и зараженіе 29 ноября, убитъ
20 декабря. Вѣсъ съ 1010,0 спустился до 980,0 (20 де-
кабря).

Неясная, безъ рѣзкихъ границъ, резистентность въ обла-
сти подвергнутыхъ травмѣ мышцъ.

Легкія съ большимъ количествомъ узелковъ. Нѣсколько
узелковъ на перикардіи, въ области праваго желудка. Отдѣль-
ные узелки въ селезенкѣ.

Подъ микроскопомъ кромѣ участковъ съ измѣненными
тканями имѣются такіе, гдѣ расположены типичныя туберку-

лезные узелки. Въ большомъ количествѣ бациллы въ центрѣ
бугорковъ.

Въ мышцахъ другой ноги при микроскопическомъ изслѣ-
дованіи нормальная картина.

Кроликъ № 14. Травма и зараженіе 29 ноября, убитъ
22 декабря. Вѣсъ съ 1400,0 (29 ноября) упалъ до 1350,0
(22 декабря).

Мышцы значительно припухли по сравненію съ другой
ногой. Остатки значительнаго кровоизліянія.

Въ легкихъ большое количество бугорковъ. Одиочные
узлы на серозной оболочкѣ кишечника, въ селезенкѣ и правой
почкѣ.

Подъ микроскопомъ въ мышцѣ остатки кровоизліянія, во-
кругъ не сильная мелкоклеточная инфильтрація.

Кроликъ № 15. Травма и зараженіе 29 ноября, убитъ
22 декабря. Вѣсъ упалъ съ 1280,0 до 1120,0.

Остатки межмышечныхъ легкихъ кровоизліяній. Въ толщѣ
мышечныхъ волоконъ видны мелкіе узелочки.

Миліарный туберкулезъ легкихъ. Органы брюшной по-
лости безъ видимыхъ измѣненій.

При микроскопическомъ изслѣдованіи ясная картина туб-
еркулезныхъ бугорковъ. Въ центрѣ ихъ отдѣльныя ба-
циллы.

Кроликъ № 16. Травма и зараженіе 29 ноября, убитъ
26 декабря. Вѣсъ съ 1180,0 опустился до 1100,0 (26 де-
кабря).

Въ подвергнутыхъ травмѣ мышцахъ разсыяны обычнаго
вида мелкіе узелки.

Миліарный туберкулезъ легкихъ. Отдѣльные бугорки въ
области перикардія, болѣе обильные въ области праваго же-
лудочка. Въ правой почкѣ, селезенкѣ, печени и правомъ
надпочечникѣ отдѣльные узелки.

При микроскопическомъ изслѣдованіи: въ однихъ участкахъ
общая туберкулезная инфильтрація, въ другихъ лишь отдѣль-
ные бугорки, располагающіеся между раздвинутыми мышеч-
ными волокнами.

Въ центральныхъ участкахъ бугорковъ, въ мѣстахъ сы-
ровиднаго распада, значительное количество бацилл Ко с'н'a.

Мышцы другой конечности не представляют никаких изменений.

Кролик № 17. Заражение и травма 29 ноября, убит 26 декабря. Вѣсъ съ 1060,0 (29 ноября) нѣсколько поднялся—1080 (26 декабря).

Отдѣльные мелкіе узелочки въ толщѣ травмированныхъ мышцъ.

Миліарный легочный туберкулезъ. Бугорки въ перикардіи, въ области праваго желудка. Въ селезенкѣ, почкахъ и правомъ надпочечникѣ отдѣльные узелки.

Подъ микроскопомъ въ мышцѣ типичныя туберкулезныя измѣненія.

Въ бугоркахъ въ большомъ количествѣ бациллы.

Кролик № 18. Травма и заражение 29 ноября, убит 28 декабря. Вѣсъ съ 1230,0 поднялся до 1250,0 (28 декабря).

При осмотрѣ подвергнутыхъ травмъ мышцъ замѣтны узелки, особенно обильные въ межмышечной кѣтчаткѣ.

Миліарный легочный туберкулезъ. Отдѣльные бугорки въ перикардіи, печени, почкахъ и селезенкѣ.

Подъ микроскопомъ въ мышцѣ въ большомъ количествѣ бугорки. Въ нихъ довольно часто видны туберкулезныя бациллы.

Мышцы другой ноги не представляютъ никакихъ измѣненій.

Кролик № 19. Травма и заражение 29 ноября, убит 28 декабря. Вѣсъ съ 1200,0 (29 ноября) поднялся до 1270,0 (28 декабря).

Въ толщѣ мышцъ, подвергнутыхъ травмѣ, кромѣ обычныхъ точечныхъ узелковъ имѣется одинъ, величиной съ просное зерно, ясно выступающій надъ поверхностью.

Миліарный туберкулезъ легкихъ. Отдѣльные узелки въ печени, селезенкѣ и почкахъ.

Подъ микроскопомъ тѣ же явленія, что и у предыдущаго кролика. Въ бугоркахъ много бациллъ.

Кролик № 20. Травма и заражение 29 ноября, убит 28 декабря. Вѣсъ съ 1470,0 (29 ноября) поднялся до 1670,0 (28 декабря).

Въ толщѣ травмированныхъ мышцъ слѣды кровоизліяній. Какъ въ области мышечныхъ волоконъ, такъ и покрывающей ихъ кѣтчаткѣ видны мелкіе узелки.

Миліарный туберкулезъ легкихъ. Бугорки въ перикардіи. Отдѣльные узелки въ серозной кишкѣ, въ почкѣ и селезенкѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило уже въѣднѣныя измѣненія атрофическаго характера въ мышечныхъ волокнахъ и кромѣ того типичныя туберкулезныя бугорки, съ единичными исполонскими кѣттками и съ бациллами.

Въ мышцахъ другой ноги нормальная картина.

Такимъ образомъ изъ взятаго количества кроликовъ на вскрытіи у всѣхъ 20 оказались явленія легочнаго туберкулеза; изъ нихъ у 5 менѣе значительныя, причемъ кромѣ участковъ пораженной легочной ткани у нихъ можно было разыскать участки съ нормальной плотностью и безъ видимыхъ или нащупываемыхъ узелковъ. У остальныхъ же 15 кроликовъ вся ткань легкихъ занята высыпаниями, болѣе или менѣе близко одинъ отъ другаго сидящими, величиной отъ самыхъ мелкихъ до проснаго зерна.

У 5 кроликовъ отмѣчено поражение перикардія, причемъ бугорки были всегда въ большемъ количествѣ въ области праваго желудка. Печень имѣла отдѣльные узелки въ 6 случаяхъ, селезенка въ 13, стѣнка кишкѣ въ 3, почки въ 16 и надпочечники въ 4 случаяхъ.

Достоино отмѣтить, что, не смотря на выраженный туберкулезъ въ легкихъ и отдѣльные узелки въ другихъ органахъ, повторное извѣдываніе животныхъ далеко не во всѣхъ случаяхъ отмѣчаетъ паденіе въ вѣсѣ. Наоборотъ у 7 изъ нихъ вѣсъ за опытный періодъ даже повысился. Особенно демонстративнымъ въ данномъ отношеніи нужно считать кролика № 20, у котораго при рѣзкихъ измѣненіяхъ въ легкихъ и травмированныхъ мышцахъ вѣсъ съ 1470,0 поднялся до 1670,0.

Что касается мышцъ, подвергнутыхъ травмѣ, то измѣненія специфическаго характера, различимыя уже простымъ глазомъ, констатированы въ 10 случаяхъ, при чемъ мышца пред-

ставлялась болѣе или менѣе мутноватой и въ ней при внимательномъ разсматриваніи можно было видѣть распянные мелкіе узелочки сѣроваго цвѣта, вкрапленные въ ткань мышечныхъ волоконъ.

Въ остальныхъ же случаяхъ простымъ глазомъ не удавалось разсыкать никакихъ измѣненій, дающихъ возможность заподозрить наличность специфическаго процесса.

Въ 8 случаяхъ констатированы остатки болѣе или менѣе значительныхъ кровоизліній, расположенные главнымъ образомъ въ области раздѣляющей мышечные пучки клѣтчатки.

При микроскопическомъ изслѣдованіи кусковъ, взятыхъ отъ травмированныхъ мышцъ, въ одномъ случаѣ найдено полное отсутствіе какихъ либо патологическихъ измѣненій: ни слѣдовъ кровоизліній, ни мелкоклѣточной инфильтраціи.

Въ 6 случаяхъ на ряду съ остатками кровоизлінія имѣется воспалительная мелкоклѣточная инфильтрація, занимающая главнымъ образомъ область *perimusii externi*, и отсюда въ той или иной степени распространяющаяся на мышечныя волокна. Мѣстами здѣсь инфильтрація пріобрѣтаетъ ясно очаговый характеръ, при чемъ среди круглыхъ клѣтокъ можно видѣть присутствіе въ различномъ количествѣ эпителіоидныхъ клѣтокъ.

Въ остальныхъ 13 случаяхъ несомнѣно туберкулезная натура имѣвшихся въ мышцѣ процессовъ ясно изъ типичной гистологической картины и подтверждается наличностью туберкулезныхъ бациллъ, иногда единичныхъ, иногда въ видѣ цѣлой колоніи. Онѣ расположены главнымъ образомъ въ центральныхъ, потерявшихъ сировидное перерожденіе, участкахъ бугорковъ, но встрѣчаются иногда и болѣе къ периферіи, какъ въ свободномъ состояніи, такъ и захваченными въ тѣло эпителіоидныхъ клѣтокъ или лейкоцитовъ.

Въ некоторыхъ бугоркахъ бациллы Коэха находились въ такомъ обильномъ количествѣ, что присутствіе ихъ можно было констатировать уже при слабомъ увеличеніи (при 4 Reichert'a).

Что касается гистологической картины пораженныхъ туберкулезомъ мышцъ, то прежде всего здѣсь слѣдуетъ отмѣтить, что наряду съ измѣненіями въ области *perimusium externum* на большинствѣ препаратовъ можно было видѣть

локализацию туберкулезнаго процесса и въ области собственно мышечныхъ волоконъ.

Иногда наблюдаемая при этомъ картина представляется въ видѣ диффузной инфильтраціи ткани мелкими клѣтками съ большимъ количествомъ эпителіоидныхъ клѣтокъ, при чемъ процессъ иногда протекалъ настолько бурно и энергично, что за указанными клѣтками почти совсѣмъ скрывались контуры мышечныхъ волоконцевъ.

Бесма часто здѣсь на общемъ фонѣ густо расположенныхъ клѣтокъ съ хорошо окрашенными ядрами можно было замѣтить участки, гдѣ клѣточные ядра въ той или иной степени утратили способность къ окраскѣ, вплоть до яснаго казеознаго распада. Кое гдѣ встрѣчаются отдѣльные гигантскія клѣтки, но количество послѣднихъ въ общемъ очень невелико и далеко не на всѣхъ препаратахъ онѣ встрѣчаются.

Въ большинствѣ препаратовъ можно отмѣтить наличность остатковъ кровоизліній.

Кромѣ описанной картины диффузнаго пораженія мышечной ткани очень часто можно встрѣтить отдѣльные туберкулезные узелки въ сосѣдствѣ съ почти нормальными волокнами. Узелки эти кругловаты или чаще овоидной формы, всегда ясно располагались въ области *perimusium internum*, раздвигая сосѣднія мышечныя волокна, что особенно ясно видно на препаратахъ съ продольнымъ срѣзомъ волоконъ, и представляли иногда классически правильную картину туберкулезнаго фолликула съ периферическимъ поясомъ мелкоклѣточной инфильтраціи, съ выполняющими весь узелокъ эпителіоидными клѣтками, съ болѣе или менѣе распространеннымъ сировиднымъ распадомъ въ центрѣ и наконецъ съ единичными гигантскими клѣтками. На периферіи узелка иногда находится кровеносная сосудъ.

Что касается окружающихъ бугорковъ мышечныхъ волоконцевъ, а равно и такихъ, которые попали въ его сферу, то иногда онѣ выглядятъ замѣтно припухшими, иногда наоборотъ сильно истончены, — то, утративши поперечную исчерченность, онѣ подучаютъ особенно рѣзко выраженную продольную волокончатость, то становятся очень изволистыми; иногда выглядятъ мутными, матовыми, иногда наоборотъ гомогенно блестящими.

тати; иногда распадаются на той или иной величины сегменты, — и в конце концов исчезают совсемъ.

Согласно съ мнѣніемъ большинства авторовъ (Феоктистовъ, Reverdin, Delorme, Lejars, Lorenz и др.) указанными измѣненіями и исчерпывается все то, что приходится наблюдать относительно мышечныхъ волоконцевъ, и всё остъ должны быть отнесены къ процессамъ простой дегенеративной атрофіи на почвѣ сдавливанія распухшей и гиертрофированной соединительной ткани. Но весьма вѣроятно, что кромѣ этого момента здѣсь имѣютъ свое значеніе и выделяемые палочкой токсины (Zeller).

Указанный взглядъ стоитъ въ противорѣчій съ мнѣніемъ Müller'a, P. Sischer'a, Krösing'a и Saltykow'a, которые утверждаютъ, что наряду съ явлениями простой пассивной дегенерации въ мышечныхъ волокнахъ возможны явленія активнаго ихъ участія въ процессѣ, съ переходомъ субстанціи волоконцевъ въ дѣятельные элементы бугорка.

На основаніи рассмотрѣнныхъ нами препаратовъ мы не рѣшаемся категорически высказать насколько правленъ тотъ или другой взглядъ, но считаемъ возможнымъ подчеркнуть, что при своихъ наблюденіяхъ чего либо напоминающаго картину такъ наз. паренхиматознаго туберкулезнаго мѣзгата видѣть намъ не удалось.

По мнѣнію Мечникова, окончательное исчезновеніе дегенерированнаго мышечнаго волокна стоитъ въ зависимости отъ дѣятельности специальныхъ кѣлѣтокъ, такъ наз. миофаговъ, образующихся изъ ядеръ сарколеммы. Миофаги посылаютъ отростки между мышечными волокнами, которые идутъ навстрѣчу съ другими отростками и въ заключеніе сливаются между собой. По мѣрѣ распространенія этихъ отростковъ уменьшается субстанція мышечнаго волокна.

Мнѣніе это находитъ себѣ подтвержденіе въ наблюденіяхъ Petit und Guinard'a, видѣвшихъ на своихъ препаратахъ аналогичныя фигуры миофаговъ. — проф. Судакевича, изучавшаго измѣненія мышечнаго волокна при трихинозѣ, и наконецъ Согнет'a, тоже отмѣтившаго наличность миофаговъ въ препаратахъ отъ описаннаго имъ случая.

Въ заключеніе считаемъ нужнымъ отмѣтить, что исслѣ-

дованіе мышцъ другой, не подвергшейся травмѣ конечности, предпринимаемое нами время отъ времени въ цѣляхъ контролѣ, не обнаружало ни въ одномъ случаѣ какихъ либо уклоненій отъ нормы.

Резюмируя полученные данныя, мы приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ:

I. Добиться экспериментальнаго мышечнаго туберкулеза совсемъ не такъ трудно, какъ можно было бы предполагать на основаніи приписываемой мышцѣ специфической резистентности и на основаніи большой рѣдкости клиническихъ случаевъ первичнаго мышечнаго туберкулеза.

II. Рѣдкость клиническихъ наблюденій зависитъ, по видимому, отъ причинъ чисто случайнаго характера, среди которыхъ весьма вѣроятно большую роль играетъ то обстоятельство, что мышечный туберкулезъ въ большинствѣ является передъ глазами хирурга уже въ такомъ далеко зашедшемъ, даже запущенномъ состояніи, когда первоначальный мышечный очагъ установить бываетъ чрезвычайно трудно.

III. При экспериментальномъ мышечномъ туберкулезѣ, развивающемся на почвѣ травмы, мѣстомъ первоначальнаго осѣданія и развитія туберкулезныхъ палочекъ является окружность травмированныхъ кровеносныхъ сосудовъ.

IV. Въ большинствѣ клиническихъ случаевъ первичный мышечный туберкулезъ возникаетъ гематогеннымъ путемъ, случаи же заноса инфекции по лимфатической системѣ должны быть отнесены къ большому раритетамъ.

V. Мѣстомъ первоначальной локализациі процесса является perimysium externum, или perimysium internum, при чемъ въ послѣднемъ случаѣ воспалительные продукты раздражаютъ и сдавливаютъ сосѣднія мышечныя волокна.

VI. Мышечное волокно претерпѣваетъ при этомъ простыя атрофическія измѣненія и активнаго участія въ воспалительномъ процессѣ видимо не принимаетъ.

VII. Травма среди другихъ предрасполагающихъ къ мышечному туберкулезу моментовъ играетъ, по видимому, не послѣднюю роль, при томъ не только травма болѣе слабѣ,

как думают Volkman, Krause и др., но и травма значительной силы.

Заканчивая настоящую работу, считаю приятным долгом выразить искреннюю признательность глубокоуважаемому проф. В. А. Опделю за предложение весьма интересной для диссертации темы и руководство при ее исполнении, а также за любезное предоставление в мое распоряжение имъющагося клиническаго материала.

Приношу также сердечную благодарность привать-доценту Н. Н. Петрову за умѣлое и опытное руководство экспериментальной частью настоящей работы и за всегдашнее сердечное, чисто товарищеское отношеніе.

Не могу отказать себѣ, наконецъ, въ удовольствіи высказать здѣсь же глубокую признательность за предоставленіе въ мое распоряженіе имъющагося клиническаго материала проф. Томской госпитальной хирургической клиники П. И. Тихову и привать-доценту Военно-Медицинской Академіи Э. К. Веберу.

Т А Б Л И Ц А

всѣхъ измѣщаяся въ литературѣ случаевъ несомнѣнно первичнаго мажнчатого туберкулеза.

Средство лѣчб.	Поэтъ.	Колѣчество очаровт.	Локализаци.	Осложненія въ другихъ органахъ.	Прочее лѣчб. кншн. въ видѣ:		Чемъ доказана туб. натура ми. лечебн. очаровт.	Лечение.	Исходъ.
					Анепсеса.	Уапа.			
Haberma's . . . 54 г.	ж.	12	4 узла на правой, 3 — на пр. плечѣ, 1 — въ правой крестцовой, 1 — на пр. бедрѣ, 1 — на пр. голени, 1 — въ области гдѣ. malloclus.	Туберкулезъ позвоночника.	+	+	Гистологич. картина Картина Кош'а на срывахъ.	Excisio.	Prima intentio.
Müller . . . 35 г.	ж.	1	Quadriceps femoris.	Два свища на верхней поверхности правой голени.	+	+	Гистологич. картина.	Пункция, прижиганіе, инф. Excisio.	Возвращеніе. Зависаніе ретр. на черевѣ, 14 дней распродѣл и окончательно закончено за-жало черезъ вѣ-сильно мѣсяцевъ.
Reverdin's . . . 17 г.	ж.	2	Туберъ вѣснн хлѣпка (баш-ной стѣнѣ).	Туберкулезъ патрочной кости.	+	+	Гистол. картина башн. вѣ в срѣ-зѣхъ, удач-ная при- <i>виска.</i>	Резекц. Высѣленіе полости.	На животѣ при-ма. На плечѣ за-жало до вѣ-сильно. Черезъ 9 мѣ. на плечѣ-реставрац. после операции очаровт. законченъ.

Lanz's I сл. . . 19 г.	ж.	1	Palmaris longus.	Рана на снов-дартѣ.	+	+	Гистологич. картина.	Excisio.	Prima intentio. Рана зажила при осмотрѣ черезъ 2 года.
Lanz's II сл. . . 7 г.	ж.	1	Sternocleidomastoideus.	При аутопси: туб. брѣхалка-на желѣзѣ.	+	+	Былъ въ срывахъ.	—	Exitus.
Lanz's III сл. . . 30 г.	ж.	1	Flexor digitorum communis sublimis.	Покорп. туб. Губеркулезъ лѣвой больш. берцо-вой к.	+	+	Гистологич. картина.	Excisio.	Prima intentio.
Lanz's IV сл. . . 21 г.	ж.	1	Flexor digitorum communis sublimis.	Тѣ же случаи, туб. аутопси, туб. лѣва. 1 и У шестой ко-сти, туберку-лезный концы.	+	+	Гистологич. картина изъ срывахъ.	Excisio.	Prima intentio при осмотрѣ (черезъ 3 мѣсяца) рана зажила.
Lejars's . . . 46 г.	ж.	1	Extensor digiti communis profund. (Аутопси: сн. ости изъ supinator longus и biceps brachii).	Тѣ же случаи, туберъ abas-дѣе колѣна, функциональн. новыя лѣвой ладони.	+	+	Гистологич. картина.	Резекц. при-скабливаніе.	Каковыя exitus.

Скляно дѣт.	Полъ.	Колѣчество	Дополненія	Осложненія въ другихъ формахъ.	Проявленія въ видѣ Аберса.	Чѣмъ доставляется Ур. и въ видѣ пещику отцовъ.	Леченіе.	Исходъ.
Rosenfeld a . . . 14 л. м.	?		Мизина лѣв. предплечья.	Тѣло покрывалось вѣдью, сѣрпучею и стужильными выгалими рудной кисти.	+	Были въ срывахъ.	Excisio.	Заживленіе.
Moreschini a . . . 30(?) м.	2		Регіоналіс major.	—	+	Удвѣная приваивка.	Excisio.	Prima.
Henry I ca . . . 10 л. м.	2(?)		Quadriceps femoralis и тѣжкіе Ахилловы стужильныя и фасцией.	Полосъ, веревочка и тѣжкіе пошвыя повязки.	+	Дислокація, каргина въ срывахъ удвѣная приваивка.	Excisio.	Заживленіе. Exitus въ продолженіе сорока дней послѣ операціи.
Henry II ca . . . 29 л. м.	2		M. Sartorius.	Тѣло фиброэксцизия обрѣзана лѣвой кисти.	+	Удвѣная приваивка.	Excisio.	Хорошо зажило Опухотью руднаго.
Lejars a 36 л. м.	1		Quadriceps femoralis.	—	+	Дислокація, каргина.	Excisio.	Prima — чрезъ шесть въ рубцѣ нагноеніи; зажило же послѣ вы-

Steinbach a . . . 18 л. м.	12		Quadriceps femoralis, longus tibialis anterior, extensor digitorum communis.	Удвѣненная операция обрѣзана лѣвой кисти.	+	Гисолокація, каргина	Excisio.	Prima intentio. Руднаго рубца не наступило.
Zeller a I ca . . . 9 л. ж.	4		Quadriceps femoralis, longus tibialis anterior, sinister gastrocnemius.	Жилы покрывались.	+	Дислокація, каргина.	Excisio.	Заживленіе безъ осложненій. Длинный рубецъ на голѣнѣ послѣ операціи зажило.
Zeller a II ca . . . 24 г. ж.	1		Vastus internus.	Pleuritis пружде-селезни.	+	Гисолокація, каргина.	Excisio.	Prima intentio. Чрезъ 14 дней рана раскрылась и постепенно изрубенилась.
Lejars a 50 л. м.	4		Supraa. superior rectus femoris. scap. triceps humeri rectus femoris.	Полосъ, рубца, tumor albus ир. лѣвой кисти.	+	Дислокація, каргина, бѣшала въ тѣлѣ.	Excisio.	Заживленіе.
Kaiser 70 л. ж.	3		Palmaris longus sin. gluteus maximus gastrocnemius.	Послѣдовательный излѣченный тѣлѣ.	+	Гисолокація, каргина, удвѣная приваивка.	—	Частично произошло заживленіе чрезъ 6 мѣ. exitus.

Сколько лет.	Пол.	Колличество операций.	Локализация	Осложнения въ других органах.	Продолжительность въ лѣтъ.	Имя автора.	Лечение.	Исходъ.
Kimisson'a . . . 10 л.	ж.	1	Малая грудная мышца въ области сосцевидной бляхи — червь.	Туберкулы въ сосцевидной бляхи.	+	Венева.	Частичное иссечение.	Исходъ.
Comie I ст. 32 г.	ж.	1	Masseter.	—	+	Гисоловичъ.	Excisio.	Prima.
Comie II ст. 35 л.	ж.	1	Vastus externus.	Полное иссечение.	+	Удучая.	Excisio.	Хорошее заживленіе.
Пр. Оплемя 36 л.	ж.	1	Triceps surae.	Общее подорожаніе.	+	Гисоловичъ.	Excisio.	Б. до сихъ поръ въ вѣнчикѣ острое воспаление мышца свисаетъ.
Пр. Тихова 17 л.	ж.	1	Latissimus dorsi cucullaris.	The os calcanei.	+	Гисоловичъ.	Excisio.	Prima intentio.

ЛИТЕРАТУРА.

Archambault. Revue des maladies de l'enfance. 1881, t. I.
 Barot. Journal de méd., chirurg. et pharm. 1801. Цитир. no Gerard'y.
 Beitzke, H. Ueber die Haufigkeit der Tuberculose... Berl. klin. Wochenschrift. 1909. № 9.
 Blandart. Dissertation. Paris. 1901. Изд. no F. Kaiser'y.
 Birch-Hirschfeld. Zur Frage der Disposition für die tuberculöse Infection. Versammlung deutsch. Naturforscher und Aerzte. Halle. 1891. Centralbl. für allg. Path. und pathol. Anatomie. 1891. II Bd. № 19.
 Brodnitz. Tuberculose als Unfallfolge. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1901. № 18. Цитир. no Centralblatt. für Chirurgie. 1909. № 1.
 Buchanan. Trans. of the pathol. soc. of London. 1856. Vol. VIII. Цитир. no F. Kaiser.
 Busse. O. Pathologie der Musculatur. Ergebn. d. allg. Pathologie etc. 9 Jahrg. I Abth. 1903.
 Cadiot, Gilbert et Roger. Sur la cirrhose musculaire tuberculense. Congress pour l'étude de la tuberculense 1893. Paris. 1894. 3, 334.
 Compendium de chirurgie. 1851. T. II, p. 212. Цитир. no Hemery.
 Cornil et Ranvier. Manuel d'hystologie pathologique. 1902. II. Cornet. Considerations sur la tuberculose des muscles et... — Thèse. Paris. 1894.
 Cornie, M. Sur deux cas. de tuberculose musculaire. Bull. de l'academ. de méd. 1907. № 8. — Centralbl. für Chirurgie. 1907. № 46.
 Delorme. Sur la myosite tuberculense. — Sem. médic. 1891, p. 152.
 Desprès. Thèse d'agregation 1866. Цитир. no F. Kaiser.
 Duplay et Reclus. Traité de chirurgie. 1890. T. I, p. 785.

- Dürc, H. u. S. Oberndorfer. Tuberculose Musceln, Sehnen und Fascien (erp. 382). — *Ergbn. d. allg. Pathologie etc.* VI Jahrg. 1899.
- Feoctistow. Bindegewebs tuberculose als selbständige primäre Krankheitsform. — *Virchow's Archiv.* Bd. 98. 1884, S. 22.
- P. Fischer. De la myosite. — *Union médic. de la Girond.* 1859.
- Friedrich. Exper. Beiträge zur Kenntniss der chirurg. Tuberculose. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 1899. Bd. 53.
- Habermaas. Ueber die Tuberculose der Mamma und einige andere seltene Fälle von chir. Tuberculose. III. Multiple Tuberculose der Musceln. — *Beitr. z. klin. Chirurg. von Bruns.* Bd. II. 1886, S. 44.
- Haegeli. Ueber Häufigkeit Localisation... — *Virchow's Archiv.* Bd. 160.
- Hayem. Diet. oneycl. des scien. méd., art. myosites. 1876.
- Hemery. De la tuberculose des muscles. Thèse, Paris. 1897.
- Hildebrand. Infection der Gelenke und Musceln. *Ztschr. f. ärztl. Fortbild.* Jahrg. 7. 1910.
- Hiller, Th. Ueber Tuberculose der Bauchdeckenmuskulatur. Beiträge z. klin. Chirurgie. 1899. XXV.
- Honsell. Ueber Trauma und Gelenktuberculose. — *Beitr. zur klin. Chirurgie.* 1900. Bd. 28.
- Genzmer, vide Marchand.
- Gerard. Gasette des hôpitaux. 1898.
- Gronl. Contribution à l'étude clinique de la myosite tuberculose. — Thèse. Paris. 1897.
- Jahresbericht der Heidelb. chir. Klinik. — Beiträge zur klin. Chirurgie. 1897.
- Frida Kaiser. Zur Kenntniss der prim. Musceltuberculose. *Langenbeck's Archiv.* Bd. LXXVII.
- Kappis. Beitrag zur traumatischen Tuberculose. *Deutsche med. Wochenschrift.* 1910. № 28.
- Kirmisson. Myosite tuberculose à foyer multiplex chez un enfant de 4 ans. — *Bull. de l'acad. de méd.* 1907. № 6.
- R. Koch. Die Aetiologie der tuberculose. — *Mittheil. aus Kaiserl. Gesundheitsamte.* Bd. II. 1884. Hrr. no Zeller'y.
- Krause. Die tuberculose der Knochen und Gelenke (Leipzig, 1891). Hrr. no H. H. Peropy.
- Krósing. Über die Rückbildung und Entwickelung der quergestreiften Muskelfasern. — *Virchow's Arch.* Bd. 128. 1892, S. 445.
- Lannelongue et Achard. Traumatisme et tuberculose. *Le Bull. méd.* 1899. № 43.
- Lannelongue et Achard. Sur le traumat. et la tuberculose. *Gaz. des hôpit.* 1899. № 54.

- Lanz und Quevrain. Über hamatogene Muskeltuberculose. — *Arch. f. kl. Chirurgie.* 1893. Bd. 46.
- Latoeur. Essai sur le rhumatisme. Thèse. Paris. 1803. Hrr. no Kaiser.
- Le Clerc de Saint Lö. Congrès pour l'étude de la tuberculose. Paris. 1893.
- Le Dentü. Nouv. diet. de méd. et chir. pratique, art. abcès froid des muscles. 1877.
- Lejars. Tuberculose musculaire primitive, pro pagée aux syn. tendineuses. — Congrès p. l'étude de la tuberculose. 1894, h. 461.
- Lejars. *Traité de chirurgie.* 1897.
- Lejars. Tuberculose musculaire prim. à foyers multiples. — *Semaine médicale.* 1904.
- Lejars. Tuberculose musculaire à foyers multiples de crural. *Revue de la tuberculose.* 1899.
- Lilienthal. Über localtuberculose nach Trauma. Jena. 1889.
- Linhardt. Zur Lehre von den Abscessen — *Oesterreichische Zeitschrift f. pract. Heilkunde.* 1859.
- Lorenz. Die Muscelerkrankungen — *Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie.* Bd. XI. 1904. 3 Theil, 1—3 Abth.
- Lyot. *Traité de chirurgie clinique.* 1896.
- Marchand. Über Tuberculose der Körpermuskeln. — *Virchow's Archiv.* Bd. 72. 1878.
- Metchnikoff. An. de l'Inst. Pasteur. 1892.
- Mögling. Über chirurg. Tuberculose. — *Beiträge v. Bruns. I.* 1883.
- Morestin, H. Abscès tuberculeux du grand pectoral. — *Bull. de la soc. anat. de Paris.* 1896. 5 série, X. 21.
- Müller. Vorlesungen über Infection und Immunität (Jena, 1909). — *Hrr. no B. M. Ташинскому.*
- Müller, Ernst. Über Muskeltuberculose. — *Beitr. z. klin. Chirurgie von Bruns.* Bd. 2. 1886. S. 489.
- Овсянниковъ и Лавдовскій. Основанія къ изученію микроек. анатоміи. 1888.
- Ögston. A case of tubercular disease of muscle. *Lancet.* 1891, 2, p. 425.
- Oltendorf, H. Über Tuberculose quergestreifter Muskeln. Dissertation. Thèse d'Ergangen. 1885. Hrr. no Kaiser.
- Paladino-Blandini. La tuberculose du l'epididyme etc... — *Annal. de mal. des org. gén.-ur.* 1900.
- Petit et Guinard. Deux cas de tuberculose musculaire. *Gas. hebdom. de médecine et de chir.* 1899. Maj 28.
- Петровъ, Н. Н. Экспер. данныя къ вопросу о бугорчаткѣ съставовъ въ связи съ поврежденіемъ. *Пет. дисс.* 1902.

- Pertik, O. Pathologie der Tuberculose.—Ergebn. d. allg. Pathologie und pathol. Anatomie des Menschen und der Thiere. 8 Jahrg. 2 Abth. 1902.
- Pilliet, A. Tuberculose des muscles striés chez le singe.—Bull. soc. anatom. 1891, p. 522.
- Plantard, D. 1901.—Прив. по Kaiser.
- Рабиновичъ, Лидія. Zur Frage latenter tubercubacillen. Berlin. klin. Wochenschrift. 1907. № 2.
- Reichel. Über die ursächliche Beziehung zwischen Trauma und Tuberculose. 1895.
- Reverdin. Tuberculose musculaire primitive.—Sem. médical. 1891, p. 152.
- Ribera y Sans (Madrid). La tuberculosis y el traumatismo; estudio experimental. Revista de med. y cirugía pract. de Madrid. № 1. 7 mai 1910. По Centralbl. für Chirurgie. 1910. № 42.
- Richelot. Union médicale. 1883. Прив. по Gerard'y.
- Rokitansky. Lehrbuch d. pathol. Anatomie. 1861.
- Rosenfeld, M. Ein Beitrag z. Kasuistik der hämatogenen Muskel-tuberculose. D. Königsberg. 1895.
- Saltykow, S. Über Tuberculose quergestreifter Muskeln.—Centralbl. f. allg. Pathol. und pathol. Anatomie. Bd. 13. 1902. № 18.
- Замуравинъ. Туберкулезъ яичка и придатка. 1907.
- Schüller. a) Exper. Unters. über die Genesse... Centralbl. für Chirurgie. 1878. № 43.
b) Weitere Exper. Untersuch. Centralbl. für Chirurgie. 1879. № 19.
- Sepp, N. Основы хирур. патологии и терапии. Перев. съ 3 америк. изданий Раскной. 1903.
- Simonds. Tuberculose des männl. Genitalapparates. Deut. Arch. f. klin. Medic. 1896. Bd. 38.
- Соболевъ. Основы патолого-гистологической техники. 1910.
- Soudakewitch, F. Ann. de l'Institut. Pasteur. 1892.
- Steinbach, F. Über primäre Muskel-tuberculose. Leipzig. 1901. Привед. по Kaiser'y.
- Tantum. Holmes Cootes system of surgery. 1859, p. 539. Прив. по Nemery.
- Tillmanns. Lehrbuch der allg. Chirurgie. 1888, p. 461.
- Тиховъ, П. И. Туберкулезъ суставовъ и костей. 1909.
- Tría. Ueber das Verhalten des Muskelsaftes in einig. Infectio-krankheiten.—Centralbl. f. Pathologie. 1892, p. 157.
- Тылинскій, В. М. Экспериментальныя данныя къ вопросу о туберкулезъ яичка. Пет. дисс. 1910.

- U n n a. Ueber Autotuberculation beim lupus.—Berlin. klin. Wochenschrift. 1891. № 25.
- Виноградовъ. Продукт. форма воспаления лимфат. сосудовъ въ ягод. мышцахъ при бугорчаткѣ. Врачъ № 94. № 7.
- Virchow. Die krankhafte Geschwulste. 1865. II.
- Virchow. Traumatismus und Infection. Virchow's Archiv. 1900. Bd. 162.
- Volkmann. Chir. Erfahrungen über die Tuberclosen. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie XIV Congress. Centralbl. f. Chir. 1885. № 24.
- Zeller. Ueber primäre Tuberculose der quergestr. Muskeln.—Beitr. zur klin. Chirurgie. Bd. 39. 1903
- Ziegler. Lehrbuch d. speciell. path. Anatomie. 1898.

ПОЛОЖЕНИЯ.

I. Поперечно-полосатая мышца особой устойчивостью против внедрения туберкулезной бактерии не обладает.

II. Первичные туберкулезные очаги в мышцах подлежат возможно раннему радикальному изъятию в сферах здоровых тканей.

III. Метод спинно-мозговой анестезии, давая в большинстве случаев безупречное обезболивание, представляет из себя способ особенно ценный в условиях земской хирургической работы.

IV. Способ параффиноинопластики, при настоящих методах введения так наз. мягких сортов парафина и при достаточно разработанной технике, не представляет уже тех опасностей в смысле эмболии, какими были отмечены первые годы его употребления, и может быть рекомендован как вполне целесообразный и в соответствующих случаях дающий очень хорошие результаты метод.

V. При современных способах асептического оперирования классическое кесарево сечение далеко не представляет собой тех опасностей, которыми было окружено в старые годы, и должно занять видное место среди акушерских операций даже в земских благоустроенных больницах.

VI. Будущее земской медицины в уничтожении самостоятельного фельдшерства и в развитии специальной врачебной помощи, особенно хирургической.

CURRICULUM VITAE.

Николай Михайлович Мульгановский, сын православного священника, родился в 1874 г. Среднее образование получил в Пермской духовной семинарии, высшее — в Императорском Томском Университете, который окончил в 1902 г. со степенью «лекаря с отличием». Будучи студентом IV и V курсов, работал во время летних каникул в родильном доме в Екатеринбург и городской земской больнице в Шадринск.

По окончании курса в Университете до японской войны служил в Земствах Пермской губ., а затем в период войны был командирован хирургом в состав Пермского отряда Красного Креста, в каковой должности и состоял по декабрь 1905 г. С мая 1906 г. определен старшим врачом и хирургом земской больницы в г. Камышлов, каковым остается до настоящего времени.

В течение весеннего семестра 1908 г. был командирован Земством для усовершенствования в Петербург, где посещал хирургическую клинику проф. С. П. Фодорова, Повивально-гинекологической институт проф. Отта и Обуховскую больницу.

Экзамены на степень доктора медицины сдал в 1909 и 1910 г. в Томском Университете.

Иметь следующие печатные работы:

1. Отчет по хирургическому отделению земской больницы в г. Камышлов за 1906—1908 г. Напечатан в «Врачебно-санитарной хронике» Пермской губ. Земства 1908 г.

2. Краткий отчет по хирургическому отделению земской

Больницы в Камышловѣ за 1909 г.—Напечатанъ тамъ же, № 4-й 1910 г.

3. Къ вопросу о парафиноринопластикѣ,—печатается въ «Сибирской Врачебной газетѣ», начиная съ 3-го № 1911 г.

4. Къ вопросу о наружномъ съченіи пищевода по поводу инородныхъ тѣлъ,—напечатается въ мартѣ 1911 г. во «Врачебной газетѣ».

5. Къ вопросу о первичномъ мышечномъ туберкулезѣ. Последняя работа представляется въ качествѣ диссертации на степень доктора медицины.

БИБЛИОТЕКА
Кафедры Общей Гигиены
1-го Харьковского Медицинскаго Института