

Н.А. Семашко

Большая медицинская энциклопедия
том 14 Корсаков - Круи

Москва
«Книга по Требованию»

УДК 61
ББК 5
Н11

Н11 **Н.А. Семашко**
Большая медицинская энциклопедия: том 14 Корсаков - Круи / Н.А. Семашко – М.: Книга по Требованию, 2021. – 415 с.

ISBN 978-5-458-23096-4

Большая Медицинская Энциклопедия ставит перед собой задачу быть не только научным справочником по всем вопросам медицины и смежных областей, но и дать читателю сведения, при помощи которых он мог бы углубить, расширить и обновить свои медицинские познания. Рассчитана Энциклопедия, главным образом, на читателя-врача средней квалификации, а также на работников пограничных с медициной областей — биологов, санитарных техников и инженеров, санитарных статистиков и т. д. Репринтное издание по технологии print-on-demand с оригинала 1930 года.

ISBN 978-5-458-23096-4

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2021
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2021

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

СПИСОК КРУПНЫХ СТАТЕЙ, ПОМЕЩЕННЫХ В XIV ТОМЕ

	Столб.		Столб.
Корсаковский психоз—Т. Гейер	14	Креозот—Г. Шкавера	311
Кортиев орган—В. Карпов	20	Крестец—В. Чаплин	318
Корь—П. Беликов, И. Добрейцер, А. Колтыпин и М. Скворцов	30	Крестцово-подвздошное сочленение— В. Чаплин	322
Косметика—М. Демьянович и И. Зе- ликин	71	Кретицизм—М. Серейский и Г. Собо- лева	332
Косоглазие—Л. Сергиевский и И. Фи- лимонов	78	Кривошея—Р. Вреден	340
Косолапость—И. Рывкин и В. Чаплин	90	Кризис—Г. Ивашенцов	349
Косорукость—В. Чаплин	102	Криминология—Е. Краснушкин	355
Костеобрабатывающая промышлен- ность—А. Владимиров и М. Шапи- ро-Аронштам	107	Крипторхизм—Я. Брускин и М. Сквор- цов	366
Костный мозг—П. Движков, Е. Пав- ловский и М. Тушинский	113	Кристаллы—Е. Флинт	373
Костный шов—Н. Терebinский	123	Кровеносная система—И. Шмальгау- зен	381
Кость—В. Карпов, А. Саватеев, М. Скворцов и Н. Терebinский	130	Кровеносные сосуды—А. Сироткин и В. Усков	389
Котрель-Меллера метод—С. Калаш- ников	177	Кроветворение, кроветворные орга- ны—А. Тимофеевский	526
Кофеин—М. Николаев	181	Кровообращение—Г. Ланг	543
Кочегар—М. Рафес	194	Кровоостанавливающие средства—С. Фрейдберг	584
Краниотомия—А. Ануфриев	203	Кровоупускание—М. Вовси	589
Кранио-переберальная топография—Н. Бурденко	208	Кровосмешение—В. Владимирский и Т. Юдин	593
Крапивница—А. Соколов и И. Шиманко	225	Кровотечение—Н. Аничков и А. Си- роткин	597
Краски—Д. Каган, С. Косоуров, Н. Розенбаум, А. Саватеев и В. Углов	236	Кровохаркание—Я. Черняк	601
Краснуха—В. Меньшиков	264	Кровь—Ю. Гефтер, Э. Горницкая, И. Давыдовский, Г. Дервиз, А. Завар- зин, А. Коржинская, Н. Никола- ев, Е. Павловский, С. Северин, Е. Тареев, Е. Фрейфельд, Я. Черняк, В. Энгельгардт и Г. Эпштейн	607
Красный крест, полумесяц—М. Ба- ранов	267	Кровяное давление—Г. Ланг и А. Со- колов	731
Крахмал—Л. Броуде, Н. Корнилов и Н. Яблоков	276	Кролики—М. Гентнер, Н. Дубинин и Е. Павловский	757
Крашение—Н. Розенбаум	282	Круговорот веществ—В. Вернадский и А. Опарин	770
Креатин—А. Палладин	287		
Крезол—В. Владимирский и Г. Шка- вера	292		
Кремация—Г. Бартель и В. Владимир- ский	297		

СПИСОК ИЛЛЮСТРАЦИЙ, ПОМЕЩЕННЫХ В XIV ТОМЕ

ОТДЕЛЬНЫЕ ТАБЛИЦЫ

	Столб.		Столб.
Жоксит, Кость I—II (фототи- пия)	159—160	Кровеносные сосуды (автоти- пия цветная)	391—392
Corpus Luysi, Костный мозг, Кость (автотипия)	115—116	Кровеносные сосуды I—II (авто- типия цветная)	407—408
Корсаков (меццо-тинто)	15—16	Кровеносные сосуды (фототипия). Кроветворение I—II (фототи- пия)	511—512 531—532
Крапивница, Кровеносные сосу- ды, Крыловидная плева, Xero- derma pigmentosum (трехцвет- ная автотипия)	231—232	Кроветворение, Кровь (трехцвет- ная автотипия)	659—660
Кристаллы, Кровеносные сосу- ды, Культура тканей, Куль- чицкого клетки (автотипия)	375—376	Кровь I—II (автотипия)	627—628
		Кровь (цинкография)	675—676
		Кролики (цинкография)	761—762

ВСЕГО В ТОМЕ 398 РИСУНКОВ (ЦВЕТНЫХ 34).

РУКОВОДЯЩИЕ УКАЗАНИЯ ПРИ ПОЛЬЗОВАНИИ Б. М. Э.

1. В Б. М. Э. отдельными статьями помещены слова—общие понятия, позологические единицы, теории, методы, приборы и т. п., имеющие широкое употребление, руководящее значение и представляющие законченные понятия.

Остальные понятия включены в эти статьи, вошли в Предметный указатель того тома, где о них говорится, и будут включены в общий Предметный указатель в конце Энциклопедии, куда войдет и перечень всех статей.

Все синонимы входят в Предметный указатель.

2. В л а т и н с к о й номенклатуре и транскрипции как правило приводятся те слова, для которых в русском языке нет соответствующих общепринятых названий. Остальные приведены в русской номенклатуре, причем указаны и латинские названия.

3. В конце Энциклопедии будет дан И м е н н о й у к а з а т е л ь авторов, упоминаемых в тексте (включая и библиографию). Иностранные авторы будут даны в оригинальной транскрипции и алфавите с указанием русского начертания.

4. Слова с иностранной транскрипцией как правило расположены в алфавите по з в у к о в о м у п р и з н а к у (см. т. VI—«О транскрипции иностранных слов в Б. М. Э.»). Для облегчения отыскания иностранных фамилий, которые в заголовках статей приводятся всюду в русской транскрипции, в конце Предметного указателя каждого тома приведен список таких слов в оригинальной транскрипции и алфавите с указанием русского начертания.

5. В виду неустановившейся транскрипции слов, перешедших к нам из греческого и латинского языков и современных иностранных,—слова, в которых слышится:

ав	искать и на ав	и на	ау	гип	искать и на гип	и на гило
е, э	» » » е	» »	э	глино	» » » глино	» » глюно
еу	» » » еу	» »	ев	ли	» » » ли	» » ле
гастр	» » » гастр	» »	гастра, гастро	ль	» » » ль	» » л
гем	» » » гем	» »	гемо, гемато	у, ю	» » » у	» » ю
гидр	» » » гидр	» »	гидро			

удвоенная согласная, искать и на удвоенную и на одинарную.

Если слово не имеет установившейся в мед. литературе транскрипции, оно приводится в Предметном указателе в нескольких, наиболее употребительных начертаниях.

В виду перехода на новое правописание иностранных слов, в Предметном указателе будет дано и старое правописание в тех случаях, когда изменение транскрипции меняет место в алфавите.

6. Если термин или понятие состоит из нескольких слов, в Энциклопедии дается статья на одно из них, основное по смыслу (ударное). Поэтому следует искать на каждое из слов, входящих в сложный термин.

Нервы, артерии, вены, мышцы, фарм. препараты следует искать не по первому, а по второму слову, напр. не Nervus vagus, Vena azygos, Arteria carotis, Musculus biceps, Tinctura Valerianaе,—а Vagus nervus, Azygos vena, Carotis arteria, Biceps musculus, Валериана.

Термины, начинающиеся прилагательными—Всесоюзный, Городской, Центральный и т. д.,—приводятся не под прилагательным, а под ударным словом.

7. Приборы, методы, теории, связанные с именем того или иного автора, следует искать по автору.

8. Слова, употребляющиеся и в единственном и во множественном ч и с л е, помещены частью в единственном числе, частью—во множественном (напр. Артерия, Бани, Вода, Воды сточные, Гели, Жилище, Каверны). Так как число может изменить место слова в алфавите, следует искать раньше всего в числе, наиболее употребительном для данного слова, а не найдя,—искать в другом.

КОРСАКОВ Сергей Сергеевич (1854—1900), выдающийся психиатр; один из творцов современной русской психиатрии. По окончании в 1875 г. мед. факультета Моск. ун-та поступил штатным ординатором в Московскую преображенскую б-цу и вскоре стал ординатором в клинике А. Я. Кожевникова. В 1887 году защитил диссертацию на степень д-ра медицины («Об алкогольном параличе», дисс., М., 1887). В 1888 г. Кожевников передал К. чтение лекций и ведение практических занятий по психиатрии во вновь отстроенной тогда психиатрической клинике. Значение К. в русской психиатрии огромно. С него в Москве начинается научно-клиническая разработка психиатрии, создается московская, т. н. «Корсаковская» школа психиатров. Работы К. о полиневритическом психозе, или *sebrgopathia psychica toxamisa* (см. *Корсаковский психоз*), создали эпоху в психиатрии, вызвав ряд работ и исследований по этому расстройству, крайне интересному как с психо-патологической, так и нозологической точек зрения. До сих пор тонкий анализ К. этого явления с психо-патол. стороны остается неисчерпаемым источником для исследователей этого вопроса. Вокруг К. создался кружок врачей, интересовавшихся невро-психиатрией; впоследствии этот кружок был преобразован в Научное об-во невропатологов и психиатров при Моск. ун-те, товарищем председателя к-рого К. оставался до своей смерти. Очень много К. потрудился по устройству в Москве XII Международного медич. съезда, на котором проф. Жолли предложил назвать «Корсаковской болезнью» описанное К. заболевание. Особенно велики заслуги К. в деле введения системы несгеснения при уходе за душевнобольными; он—один из тех, которые вывели из употребления горячечную рубашку, закрыли изоляторы. Авторитет К. среди земских психиатров был так велик, что ни одно начинание, ни одна реформа, постройка новых больниц не проходили без участия К. Среди 30 печатных научных трудов К. обращают на себя особенное внимание вышеупомянутые работы о «Корсаковском психозе», исследование психики микроцефалов и руководство по психиатрии. Корсаков был одним из инициаторов выходящего в Москве с 1901 г.

«Журнала невропатологии и психиатрии», который носит его имя.

Лит.: Ермаков И., Памяти С. С. Корсакова, Тр. Психиатрич. клин. Имп. моск. ун-та, 1913, № 1; Мельников-Разведенков Н., Из воспоминаний о С. С. Корсакове как университетском и общественном деятеле, Совр. псих., 1911, № 1—2; Россолимо Г., Памяти С. С. Корсакова, М., 1901; Рот В., С. С. Корсаков, Ж. невропат. и психиатрии, 1901, № 1 (перечень работ) (также отд. изд.—М., 1901).

КОРСАНОВСКИЙ ПСИХОЗ, особый тип экзогенной реакции организма на отравление различными ядами, слагающийся главным образом из характерного расстройства памяти и явлений множественного неврита. Расстройство памяти выражается по преимуществу в поражении способности запоминания текущих событий, в так наз. *анте-роградной амнезии*, в изменении той способности, к-рую Вернике (Wernicke) обозначил термином *Merkfähigkeit*. Б-ной тотчас же забывает, что ему сказали, что он только-что делал, не помнит, обедал ли он или нет, плохо ориентируется во времени и месте, не запоминает имен и отчеств лиц ухаживающего за ним персонала и т. п. Ретроградная амнезия, т. е. выпадение из памяти целого периода жизни, не является столь же характерной для К. п. В тяжелых случаях к этим расстройствам памяти присоединяются конфабуляции, т. е. б-ной рассказывает то, чего с ним не было в действительности, напр. б-ной с параличом ног (из-за резко выраженного у него неврита нижних конечностей) уверяет, что он только-что гулял, был на службе и т. д. Таково расстройство памяти при К. п. Что касается явлений множественного неврита, то они могут быть выражены в различной степени, а иногда и вовсе отсутствуют. Причиной К. п. считаются разнообразные отравления организма: алкоголизм, инфекционные б-ни, аутоинтоксикации и т. п.

Учение о К. п. пережило целый ряд постепенных изменений. Оно зародилось в 1887 г., когда Корсаков опубликовал свою диссертацию «Об алкогольном параличе». Здесь он впервые описал своеобразное расстройство памяти в связи с полиневритом. Далее в целом ряде последующих работ он подробно описал «особую форму психического расстройства в сочетании с множественным невритом» и обосновал таким обр. дальнейшее развитие учения об этом пат.

процессе, назвав его полиневритическим психозом, или cerebropathia psychica toxica. По Корсакову, полиневритический психоз есть совершенно особая болезнь, возникающая на почве токсемии. Последняя вызывается не теми ядами, которыми непосредственно отравляется организм, например алкоголем, но токсинами (птомаинами, левкомаинами), которые вырабатываются в организме на почве измененного первоначальным ядом обмена веществ. Чрезвычайно ярко и талантливо описал Корсаков характерное расстройство памяти при такой токсемии. Без полиневрита такого изменения памяти не бывает, и во всех случаях, когда оно имеется налицо, надо тщательно искать явлений множественного неврита, к-рые могут быть иногда выражены очень слабо. Работы Корсакова вызвали обширную литературу по данному вопросу. Что касается психического расстройства, т. е. своеобразного изменения памяти, то оно стало общепризнанным фактом, и заслуга Корсакова, впервые описавшего этот симптомокомплекс, была оценена по достоинству. Однако все учение о полиневритическом психозе в его целом встретило существенные и подчас резкие возражения, к-рые основывались гл. обр. на следующем: полиневрит не является столь неизбежным симптомом заболевания, как это думал Корсаков; наблюдаются такие же изменения памяти и помимо невритов; наблюдаются они и при целом ряде других заболеваний, и кроме того наконец токсемическое происхождение этого псих. расстройства признается слишком общим этиологическим понятием в виду того, что на почве токсемии могут возникать и другие психозы. В виду всех этих возражений по предложению проф. Жолли (Jolly) название полиневритический психоз, или cerebropathia psychica toxica, было заменено названием Корсаковский синдром или Корсаковский симптомокомплекс. Этим, в сущности говоря, была внесена довольно большая путаница в учение о К. п., так как под Корсаковским синдромом стали описывать случаи, к-рые с первоначальным описанием Корсакова имеют мало общего за исключением расстройства памяти.

В дальнейшем уяснение и разработка этого учения пошли по трем направлениям. Большую ясность в учение о К. п. внесли классические работы Бонгеффера (Bonhöfer). Он подтвердил, что такое же расстройство памяти, к-рое наблюдается при полиневрите, может наблюдаться и без него. Целый ряд органических заболеваний головного мозга протекает иногда с таким же расстройством памяти: прогрессивный паралич, сифилис мозга, опухоли его, артериосклероз головного мозга, старческое слабоумие и др.; кроме того аналогичное поражение памяти было описано при истерии, после попыток к самоубийству, при эклампсии, у тонувших, при отравлении окисью углерода, при травмах и др. Поэтому Бонгеффер предложил все эти изменения памяти называть Корсаковским синдромом или амнестическим симптомом, а К. п. называть только

то, что было описано первоначально самим Корсаковым как полиневритический психоз, или cerebropathia psychica toxica, т. е. своеобразное сочетание полиневрита с особым расстройством памяти. При этом Бонгеффер не считает К. п. особой б-нью, а помещает его в рубрику алкогольных психозов. Делает он это по след. соображениям: наблюдаются переходные формы между обыкновенными алкогольными психозами, напр. белой горячкой, и К. п.; при алкогольном энцефалите, описанном Вернике, наблюдаются и без невритов такие же расстройства памяти, как и при К. п., при последнем при пат.-анат. исследовании отмечаются те же изменения, что и при других хрон. алкогольных психозах. Итак, по Бонгефферу, К. п. есть особая форма хронич. алкогольного психоза, а К. п., возникающий на почве инфекционных б-ней, Бонгеффер рассматривает как особую форму течения инфекционного псих. заболевания.—Близко к воззрениям Бонгеффера стоит и Крепелин, к-рый также помещает К. п. в рубрику хронич. алкогольных психозов, однако в отличие от Бонгеффера он допускает возникновение (а потому и диагностирование) К. п. и без явлений полиневрита: соответствующие случаи с инфекционной этиологией Крепелин относит, но без специального названия, в рубрику послеинфекционной псих. слабости.—Третью группу авторов—русских исследователей—можно разбить на две подгруппы: первую, идущую как бы по стопам Бонгеффера-Крепелина и отрицающую нозологическую обособленность К. п. (Гейер, Гиляровский, Зиновьев и др.), и вторую, как бы правозерных сторонников воззрений самого Корсакова (Сербский, Суханов, Бутенко, Розенштейн, Хорошко и др.). Второе направление особенно ярко выражено в последних работах Розенштейна. Эти авторы подчеркивают типическую особенность расстройства психики у б-ных К. п., а именно—только изолированное поражение памяти при сохранности других функций и при полной сохранности, как они указывают, первоначального ядра личности б-ного. Отсюда самые расстройства памяти у этих б-ных иного характера, с иными отпечатками, чем поражения памяти при других органических психозах, где ядро личности претерпевает изменения. Розенштейн предлагает случаи К. п. в только-что указанном смысле называть «истинным К. п.». Хотя он и смотрит на него как на особую экзогенную форму реакции организма, но последняя все же так своеобразна и характерна, что требует для себя выделения в отдельную рубрику.—Т. о. надо признать, что учение о К. п. еще не вылилось в свои окончательные формы, а потому каждый случай действительно требует регистрации и тщательного обследования. Хорошо изучена патологич. анатомия только случаев алкогольного К. п., причем, как это было указано выше, она совпадает с таковой же хрон. алкогольных психозов вообще. Гиляровский пытался сочетать и сопоставить расстройство памяти при Корсаковском симптомокомплексе с найденными при нем анат. изменениями в коре головного мозга, гл. обр. с поражением его



КОРЧАКОВ С. С.

ассоциационных путей, причем исследование периферических нервов особых изменений в них не обнаружило. Он и пришел к тому заключению, что главную роль здесь играет поражение ассоциативных путей, приуроченное, может быть, к местному поражению височных долей, особенно—левой. За последнее время в нем. литературе выдвигается преимущественная роль при расстройствах памяти изменений в подкорковых узлах головного мозга.

Диагноз К. п. обосновывается на сочетании явлений полиневрита с особым расстройством памяти и исключением всех остальных органических заболеваний головного мозга, при к-рых может возникать такое же расстройство памяти. Т. о. диагноз идет путем исключения других заболеваний при наличии явлений полиневрита. Для целого ряда русских авторов, как уже сказано, существенную роль в диагнозе играет сохранность личности и других психич. способностей. Течение б-ни обыкновенно хроническое, прогноз в общем неблагоприятный; всегда может остаться в той или иной мере слабость памяти на текущие события. Прогноз инфекционных форм несколько лучше, чем алкогольных. Возможен и смертельный исход, что стоит в связи с силой и распространенностью полиневритического процесса; особенно угрожающим является поражение п. vagi как иннервирующего сердце и легкие.—Статистические данные о частоте заболевания и проценте смертельного исхода при К. п. имеются только по отношению к алкогольной его форме. Так, Бонгеффер указал, что К. п. развивается у делирантов в 3% всех случаев, если же взять отдельно лиц, страдающих повторными делириями, то даже в 11%. Женщины-алкоголички чаще заболевают К. п.; так, Хоцен (Chotzen) указывает, что из алкоголиков мужчин К. п. заболело 3%, женщин—почти 21%. Этот факт подтверждает и Крепелин. Смертельный исход при алкогольной форме достигает 17% всех случаев.—Лечение—в первую очередь укрепляющее: покой (в острых стадиях—постельный режим), надзор, питание и специальное лечение явлений полиневрита; особенное внимание врача должно быть обращено на деятельность сердца. Профилактическая борьба с возникновением и распространением К. п. гл. обр. должна вестись по линии борьбы с алкоголизмом, инфекционными заболеваниями и проф. отравлениями как основными причинами этого заболевания.

Лит.: Бутенко А. и Суханов С., К учению о Корсаковском психозе, Журн. невропат. и психиатрии, 1903, кн. 1—2 (литер.); они же, К вопросу о распознавании Корсаковского психоза, *ibid.*, 1903, № 3; Гейер Т., О Корсаковском психозе, Совр. психиатрия, 1911, январь—февр. (лит.); Гиляровский В., О генезе расстройств памяти при Корсаковском симптомокомплексе, *ibid.*, 1909, окт.—ноябрь; Зиновьев П., О строении клинической картины некоторых форм Корсаковского психоза, Труды психиатр. клиники 1 МГУ, в. 2, М., 1926 (лит.); Корсаков С., Об алкогольном параличе, дисс., М., 1887; он же, Психическое расстройство в сочетании с множественным невритом (Psychosis polyneuritica, s. cerebropathia psychica toxica), Мед. обозрение, т. XXXII, № 13, 1889 (также в Zeitschr. f. Psychiatrie, В. XLVI, 1890 и в Arch. f. Psychiatrie, В. XX, 1890); он же, Курс психиатрии, М., 1901; Розенштейн Л., К вопросу о Корсаковской болезни и амнестическом

симптомокомплексе при мозговом артериосклерозе алкогольного происхождения, Сб. работ по психиатрии, вып. 1, М., 1921; он же, Корсаковский психоз как экзогенный тип реакции, Журн. невропат. и психиатрии, 1925, № 2; Розенштейн Л. и Клячкина А., Резидуальные явления истинного Корсаковского психоза (Психо-гигиенические и неврологические исследования, под ред. Л. Розенштейна, М., 1928); Von Hoefler K., Der Korsakowsche Symptomenkomplex in seinen Beziehungen zu den verschiedenen Krankheitsformen, Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie, В. LXI, 1904. Т. Гейер.

КОРСЕТЫ, ортопедические аппараты, называемые как при заболеваниях, так и при искривлениях позвоночника. Цель корсета—фиксировать позвоночник в требуемом для лечения положении или завершить (закрепить) результаты, достигнутые другими методами. При помощи К. помимо фиксации можно достигнуть также и частичной разгрузки позвоночника. Ортопедические К. все делаются съёмными в отличие от гипсовых К.—несъёмных. Назначение ортопедических корсетов должно производиться после того, как закончено лечение, или же когда лечение не может быть применено.—К. изготавливаются из различн. материалов: стружек, жидкого стекла, алюминия, целлюлоида, эмалетина, желатинового клея, кожи и мягкой материи (кутиль, полотно) и пр. Когда К. изготавливаются из кожи или мягкой материи, то употребляются дополнительно стальные или алюмин. шины. Наиболее употребительными считаются К. кожан., матерчатые и эмалетиновые. Более дешевыми являются желатиновые К. Изготовление К. кожаных, матерчатых требует опытных мастеров-ортопедистов; другие типы могут быть изготовлены силами и средствами даже самих больниц и клиник. Приступая к изготовлению К., необходимо иметь точное задание, какую часть позвоночника он должен обслуживать, какая цель преследуется назначаемым К.: фиксация, разгрузка или коррекция. К. должен быть правильно изготовлен и хорошо пригнан. Изготавливается К. по гипсовому слепку. С больного снимают гипсовый слепок (негатив) в положении реклинации, в специальном аппарате Энгельмана, подвешивая б-ного за голову или за руки; при подвешивании б-ной должен обязательно опереться на всю стопу. Точки опоры—тазовые кости (гребешки) и нижние реберные дуги—должны быть тщательно отформованы. По негативу делается позитив и по нему уже изготавливается К. В процессе изготовления К. обязательно должна быть примерка в стоячем, лежащем и сидячем положении. Одевать К. необходимо в лежащем положении. Внутри К. обтягивается замшей или какой-нибудь мягкой материей. В местах опоры, между кожей и замшей, делается мягкая прокладка. Кожа вместе с прокладкой продувливается для циркуляции воздуха. Размеры К. должны строго соответствовать размерам туловища. Акт дыхания, а также органы брюшной полости не должны быть стеснены К. Движение ног, особенно отведение, не должно быть затруднено. Подмышечные костылики не должны поднимать плеч и тем самым оказывать давление на подмышечные сосуды и нервы, т. к. цель костыликов—не активное вытяжение, а разгрузка и удержание туловища в реклинированн. положении.

Предложено очень много конструкций К. При заболевании крестцовых, поясничных позвонков, при *spina bifida*, при спондилолитезе и при других заболеваниях нижнего конца позвоночника изготавливается опорный К., состоящий из кожаной или матер-

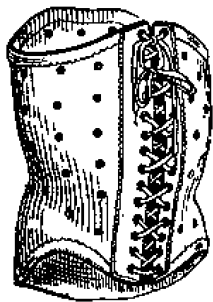


Рис. 1.

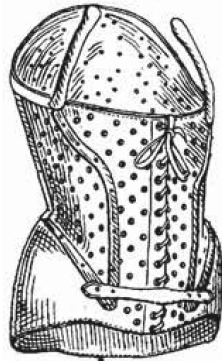


Рис. 2.

чатой гильзы и металлических шин или эмалетиновых (рис. 1). При заболеваниях верхних поясничных и нижних грудных позвонков к опорному К. добавляются костылики, состоящие из пелота и стойки. Костылики идут параллельно подмышечной впадине вперед, обходят грудную мышцу, поднимаются вверх до уровня плечевого сустава и прижимаются пелотом к грудной клетке (рис. 2). При заболевании верхних грудных позвонков изготавливается опорный К. без костыликов, к-рые заменяются головодержателем. Последний состоит из двух дуг, из к-рых одна обхватывает нижнюю челюсть; другая—затылок, и обе соединяются друг с другом при помощи винтов. Головодержатель укрепляется на опорном корсете (рис. 3). Подвешивание головы может быть достигнуто и при помощи петли Глиссона, подвешенной к крючку, укрепленному на К. (рис. 4). В случаях заболевания шейных позвонков необходимо учитывать характер заболевания. Если имеются воспалительные заболевания позвонков, тбс, остеоми-

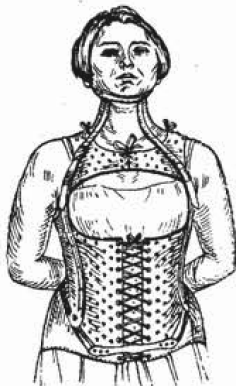


Рис. 3.

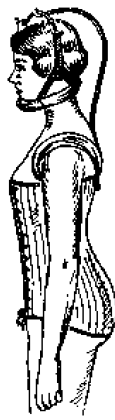


Рис. 4.

елит, переломы, то необходимо изготавливать К. также на все туловище с головодержателем или шейником. В других случаях—при кривошее, парезе отдельных групп шейных мышц—можно ограничиться одним шейником.—Вопрос о пользовании К. при

сколиозах является нерешенным, т. к. добиться стойкого удержания позвоночника и ребер в желаемом положении одним К. не представляется возможным. При сколиозах незначительной степени корсет применяется лишь в тех случаях, когда б-ной не может подвергнуться ортопедич. лечению или оно недостаточно. В тяжелых случаях сколиоза, когда появляются межреберные боли и имеется большое искривление, подде р ж и в а ю щ и й К. с успехом облегчает состояние б-ного и предупреждает от дальнейших деформаций. В некоторых случаях К. назначается ради к о с м е т и ч е с к и х ц е л е й, и при постоянном ношении его, иногда даже в тяжелых случаях, наблюдается улучшение конфигурации грудной клетки. Пользование К. при сколиозах должно быть связано с обширным применением механотерапии. Широко применяется при сколиозах корсет Гессинга (рисунку 5) со стальным каркасом. К. снабжается эластическими тянками, или пружинящими пелотами, к-рые коррегирующим образом влияют на деформацию. Применение и направление

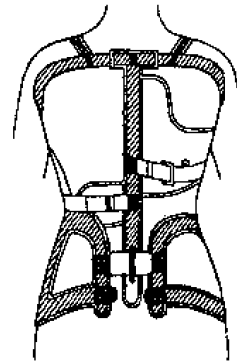


Рис. 5.

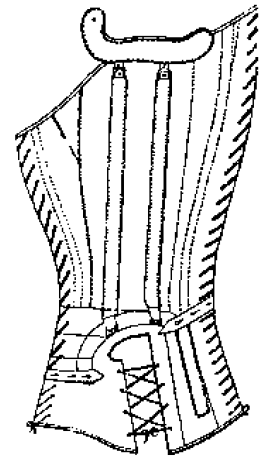


Рис. 6.

этих тянок в каждом отдельном случае должно быть тщательно продумано, чтобы вместо ожидаемых положительных результатов не получить отрицательных (увеличение реберного горба).—Мягкий матерчатый корсет не препятствует дыханию, развитию тела и мускулатуры. Рис. 6 показывает несложный тип корсета Шанца (Schanza) с пелотом для выступающей части грудной клетки. В применении К. должно проводить принцип индивидуализации как в смысле выбора материалов, так и системы. При этом решающим моментом является характер заболевания, а также и период болезни.

Лит.: Альбрехт Г., К технике протезирования и сущности изготовления ортопедических корсетов, Вестн. хир., т. VII, кн. 20, 1926; Бом Г. и Давыдова П., Претение протезы и корсеты. Врач. газ., 1917, № 6; Мордкин В. К., Аэролатные корсеты. Ж. совр. хир., 1928, № 4; Приоров П., К вопросу об изготовлении корсетов и ортопедических предметов на ацетил-целлюлозе, Ibid., 1928, № 3; Magnus H., Schnelltechnik zur Herstellung von Stückkorsetts und Bandagen aus Cellon. Zentralbl. f. Chir., 1926, № 3; Schanz A., Handbuch d. orthop. Technik, Jena, 1923. М. Приоров.

КОРТИЕВ ОРГАН (Kölliker), названный по имени итальянского гистолога Корти (Corti), впервые подробно описавшего его

(синоним *papilla acustica basilaris* (G. Retzius)), представляет собой концевой аппарат улитковой ветви слухового нерва (*ram. cochlearis n. acustici*) и является органом слуха. Он расположен на основной перепонке улиткового хода, *duct. cochlearis* (см. *Внутреннее ухо*), во всю его длину от осно-

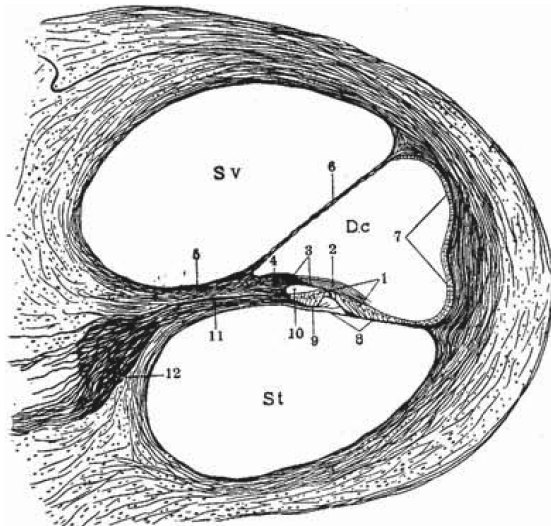


Рис. 1. Разрез улитки кошки с Кортиевым органом: Sv—scala vestibuli; St—scala tympani; Dc—ductus cochlearis; 1—Кортиев орган; 2—membrana tectoria; 3—labium vestibulare; 4—lamina spiralis int.; 5—lamina spiralis ossea; 6—membrana Reissneri; 7—lig. spirale; 8—membrana basilaris; 9—labium tympanicum; 10—sulcus spiralis int.; 11—n. cochlearis; 12—ganglion spirale. (По Лавдовскому.)

вания до вершины, делая вместе с ним $2\frac{1}{2}$ спиральных оборота (отсюда старое название *organon spirale*, *papilla spiralis* Huschke). На поперечном разрезе через завиток улитки (рис. 1) улитковый ход имеет форму треугольника или, точнее, сектора круга, вершина к-рого прикрепляется к концу спиральной костной пластинки (*lamina spiralis ossea*); противоположная дуга прилегает к костной

находится подушковидное утолщение—К. о. Форма улиткового хода от основания к вершине изменяется: угол, прикрепленный к *lam. spiralis*, становится меньше и в верхнем обороте улиткового хода как бы сплющивается; высота его в основном обороте 0,5 мм, в верхнем—0,35 мм; длина барабанной стенки, наоборот, увеличивается от 0,45 до 0,8 мм (Retzius). Утолщенный край *lam. spiralis osseae* (*limbus*) имеет на свободном конце вырезку или желобок (*sulcus spiralis*), ограниченный двумя губами: верхней (*labium vestibulare*) и нижней (*labium tympanicum*); на поверхности вестибулярной губы идут в радиальном направлении узкие и длинные возвышения, разделенные бороздами [слуховые зубья (*Gehörzähne* Huschke)]; отсюда же берет начало покровная перепонка (*m. tectoria*), наброшенная на К. о.; нижняя губа состоит из двух листков, между к-рыми проходят разветвления *n. cochlearis*; они выходят на поверхность через отверстия в верхнем листке недалеко от края (*habenula perforata*). Нижняя губа непосредственно переходит в основную перепонку, которая направляется к стенке улитки и оканчивается коническим возвышением, спиральной связкой (*ligamentum spirale*). Ширина основной перепонки увеличивается от основания улитки (210 μ) до вершины (360 μ); в ней различают (рис. 2) внутренний пояс, закрытый К. о. (*habenula tecta*), и наружный (*zona pectinata*); основа ее состоит из радиально идущих волоконцев, к-рые в закрытой части тонки и переплетаются, в наружной—толще (1—2 μ) и расположены чрезвычайно правильно, образуя так наз. с л у х о в ы е с т р у н ы. Длина струн у человека в основном обороте 135 μ , в среднем—220 μ , в верхнем—234 μ (Retzius); число: по одним—13.400 (Hensen), по другим—24.000 (Retzius). Струны при жизни мягки, легко сгибаемы, после фиксации становятся ломкими; в уксусной к-те растворяются, природа их не вполне выяснена; сверху струны

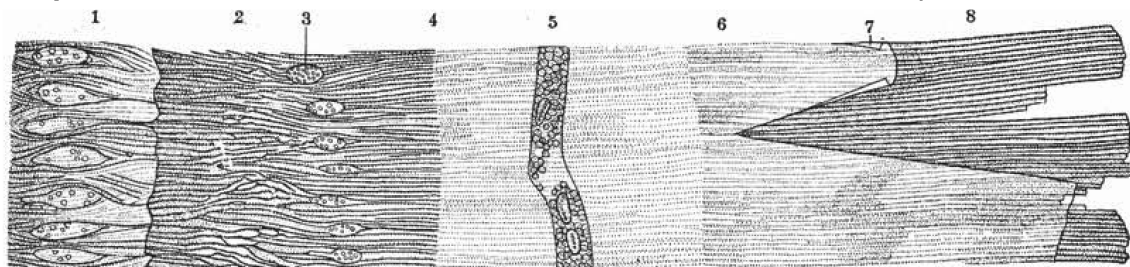


Рис. 2. Основная перепонка после удаления Кортиева органа (вид с поверхности): 1—слуховые зубья на вестибулярной губе *limbi spiralis*; 2—внутренняя часть *sulci spiralis* с просвечивающими мягкотельными нервными волокнами; 3—*Jogamina nervosa* с перерезанными нервными; 4—край *labii tympanici*; 5—*vas spiralis*; 2—4—*habenula perforata*; 3, 4 и 6—*habenula tecta*, область Кортиевых дуг; 6—8—*zona pectinata* с оборванными струнами; 7—однородная перепонка, покрывающая струны; 8—струны основной перепонки. (По Эбнеру.)

стенке улитки; верхнюю сторону образует перепонка Рейссера (*membrana vestibularis Reissneri*), граничащая с лестницей преддверия (*scala vestibuli*), нижнюю—край костной *lam. spiralis* и основная перепонка (*membr. basilaris*, s. *lam. spiralis membranaea*), обращенная к барабанной лестнице (*scala tympani*). На верхней поверхности основной перепонки, ближе к *lam. spiralis*

покрыты тонкой пограничной перепонкой, в к-рой видны ядра; снизу—такой же, но более толстой, к-рая переходит в барабанный покров (*tympanale Belegschicht*, Retzius), состоящий из соединительной ткани с клетками и содержащий во внутреннем поясе кровеносные сосуды. Весь улитковый ход выстлан внутри однослойным эпителием, модификацией к-рого является К. о. (рис. 3).

В состав К. о. входят: Кортиевы дуги, поддерживающие клетки Дейтерса, образованная теми и другими сетчатая перепонка, чувствующие, или волосатые клетки с нервными окончаниями и покровная перепонка; снаружи от К. о. расположены клетки Гензена и Клаудиуса (Hensen, Claudius). Кортиевы дуги образованы двумя клетками-столбиками (Pfeilerzellen), нижние концы

Кортиевых дуг в три ряда; их основная часть, заключающая в себе ядро, широкая, цилиндрической формы; но к середине тело клетки сразу суживается и образует тонкий отросток, к-рый направляется к поверхности, делая спиральный изгиб, почему клетка целиком не может попасть в срез; отросток переходит в кутикулярную пластинку бисвитообразной формы, т. н. фалангу. В

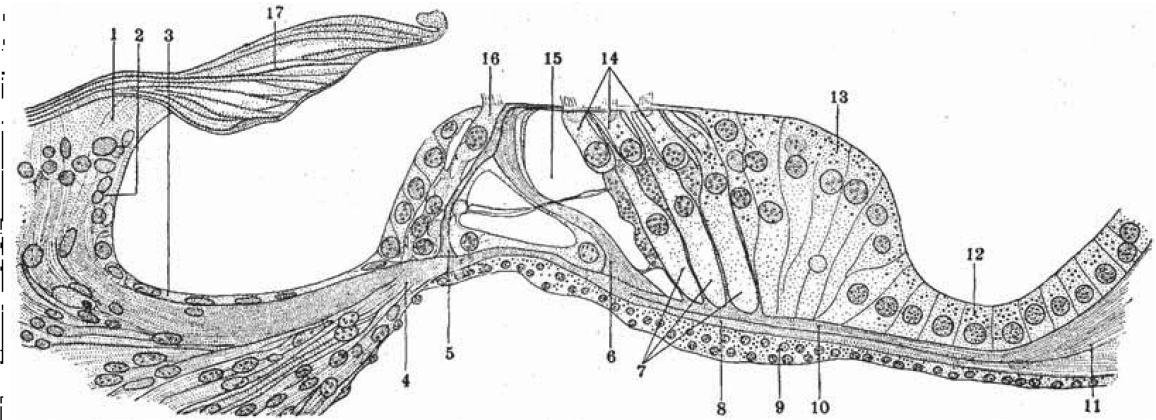


Рис. 3. Разрез Кортиева органа человека: 1—labium vestibulare limbi spiralis; 2—sulcus spiralis; 3—эпителий, его покрывающий; 4—прохождение нервов через labium tympanicum (labellula perforata); 5—внутренний и 6—наружный столбик Кортиевой дуги; 7—Дейтерсовы поддерживающие клетки; 8—волокнистый слой основной перепонки; 9—клеточный слой с тимпанальной стороны; 10—верхний пограничный слой; 11—ligamentum spirale; 12—клетки Клаудиуса; 13—клетки Гензена; 14—наружные слуховые клетки; 15—пространство Нюеля с проходящим нервным пучком; 16—внутренние слуховые (волосатые) клетки; 17—покровная перепонка. (По Эбнеру.)

к-рых отодвинуты друг от друга, а верхние сходятся; между ними остается треугольное пространство—туннель. Каждый столбик состоит из треугольного основания, в котором помещается ядро, узкого тела и расширенной головки, на к-рой находится кутикулярная покрывка; главная масса столбика образована скелетными фибрилами, к-рые идут по длине от основания до кутикулярной покрывки (рис. 4); между головками образуется сочленение, напоминающее локтевое

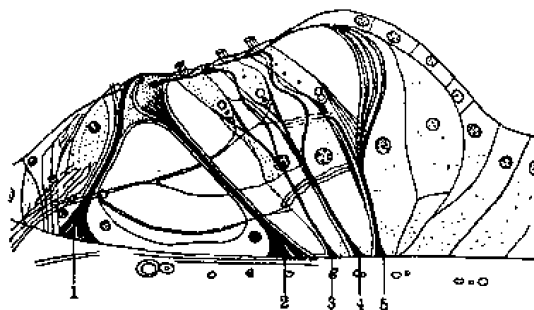


Рис. 4. Кортиев орган морской слизки: скелетные фибриллы Кортиевых дуг (1 и 2) и клеток Дейтерса (3, 4 и 5). (По Кольмеру.)

(Waldeyer). Основания внутренних столбиков лежат на нижней губе спиральной пластинки, наружных—на основной перепонке, закрывая ее до начала струн. Длина внутренних столбиков в основном, среднем и верхнем оборотах—48—68—70 μ ; наружных—62—100—103 μ ; расстояния между ножками—48—81—90 μ ; высота туннеля—42—45—49 μ . Число внутренних столбиков больше наружных—5.600 : 3.850 (Retzius), 6.000 : 4.500 (Waldeyer). Дейтерсовы поддерживающие клетки лежат снаружи от

клетках Дейтерса также имеется волокнистый скелет, к-рый в отростке собирается в толстую опорную нить Ретциуса, а на верхнем конце снова рассыпается на отдельные волокна и поддерживает фалангу. Между наружными столбиками и первым рядом клеток Дейтерса также имеется свободный промежуток—пространство Нюеля (Nuel). Кутикулярные покрывки Кортиевых дуг и клеток Дейтерса, спаиваясь вместе, образуют сетчатую перепонку (membrana reticularis), закрывающую К. о. (рис. 5). В составе ее можно различить фаланги 1-го (отростки наружных столбиков), 2-го, 3-го и 4-го порядков (Дейтерсовых клеток), они расположены в шахматном порядке так, что между боковыми вырезками их остаются круглые отверстия, в к-рые вставлены верхние концы чувствующих клеток; только фаланги 4-го порядка сливаются в сплошную замыкающую пластинку. В целом сетчатая перепонка образует раму для чувствующих клеток. Волосатые (Haarzellen), или чувствующие клетки подобно клеткам maculae и cristae acusticae имеют форму наперстка, иногда с тонким отростком, отходящим от основания, и расположены между тонкими отростками клеток Дейтерса, опираясь своими основаниями на их тела; до основной перепонки, как полтали прежде, они не доходят. В теле их, ближе к основанию, находится ядро, а в верхнем участке—округлое темное включение (тело Гензена), цитологически не изученное; на свободной поверхности имеется пучок твердых немерцающих волосков (около 20), расположенных в виде подковы. Снаружи от Кортиевых дуг между Дейтерсовыми клетками помещается 3 ряда наружных чувствующих клеток; общее число

их 13.000 (Retzius) или 18.000 (Waldeyer); внутри от дуг — 1 ряд внутренних — 3.500 (Retzius), 3.300 (Waldeyer). Раму для внутренних клеток образуют кутикулярные отростки внутренних столбиков Кортиевых дуг и единственного ряда внутренних поддерживающих клеток. На чувствующих клетках обнаружены нервные окончания обычного типа (Lenhossek, Retzius); первое волоконец, разветвляясь, охватывает клетку и оканчивается пуговчатыми утолщениями. Нервы берут начало из биполярных клеток спирального ганглия у основания

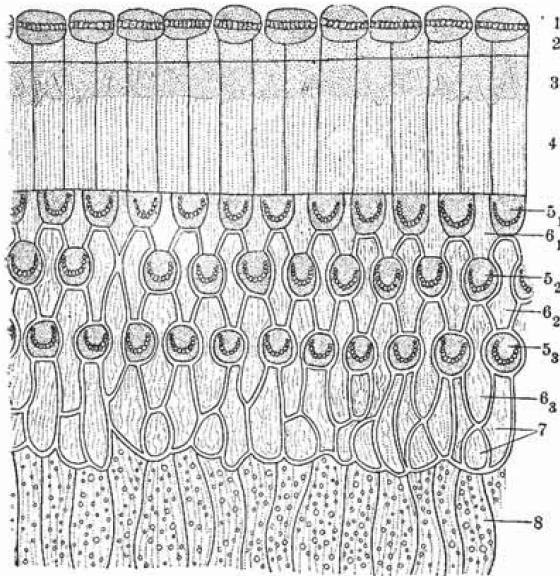


Рис. 5. Часть Кортиева органа человека (вид с поверхности): 1—внутренние слуховые (волосатые) клетки; 2—внутренние столбики Кортиевых дуг; 3—внешние столбики; 4—плоские отростки (фаланги) внутренних столбиков; 5₁, 5₂, 5₃ — первый, второй и третий ряды наружных слуховых клеток; 6₁, 6₂, 6₃ — фаланги первого, второго и третьего ряда поддерживающих клеток; 7—закрывающие пластинки; 8—клетки Гензена. (По Ретзиусу.)

cristae spiralis, выходят через *foramina nervosa* нижней губы и направляются к чувствующим клеткам; их можно видеть в туннеле и Ньюлевском пространстве, где они идут в сопровождении соединительнотканых клеток.

Существенную часть К. о. составляет покровная перепонка (*membrana tectoria*) эпителиального происхождения, состоящая из тонких волоконцев, спаянных в одну общую массу, мягкую, но чрезвычайно упругую; она прикреплена к эпителию верхней поверхности вестибулярной губы на значительном протяжении; ее свободная часть, вначале более толстая (20—25 μ), к концу суживающаяся, имеет длину от 120 μ (основной оборот) до 240 μ (верхний оборот) и покрывает поверхность К. о. Предполагают, что при жизни волоски чувствующих клеток погружены в покровную перепонку и плотно с ней соединены (Hensen, Wittmaack); т. о. колебания эндолимфы через ее посредство передаются волосатым клеткам. Кнаружи от последнего ряда Дейтерсовых клеток расположен высокий цилиндрический эпителий, образующий наружную часть подушкообразного утолщения К. о.,

так наз. клетки Гензена; они переходят дальше кнаружи в слой низких кубических клеток Клаудиуса, к-рые заворачиваются на наружную стенку улиткового хода. Эта стенка состоит из соединительной ткани, переходящей в надкостницу костной улитки, и посередине ее заметно возвышение (*prominentia spiralis*); покрыта она однослойным эпителием, который над возвышением становится многорядным. В этом месте стенка содержит большое количество кровеносных сосудов (*stria vascularis*), причем капилляры разветвляются и в самом эпителии (Retzius). Перепонка Рейснера у человека очень тонка (3 μ) и состоит из соединительной ткани, покрытой низким эпителием.

Физиология. К. о. является органом слуха; звуковые волны передаются звукопроводящим аппаратом (барабанная перепонка, цепь слуховых косточек, овальное окно) перилимфе и эндолимфе улитки и воспринимаются слуховыми рецепторами — волосатыми клетками К. о.; восприятие осуществляется при посредстве волосков, именно — их сгибанием. Механизм передачи колебаний эндолимфы волоскам в точности не выяснен. По распространенной теории Гельмгольца (Helmholtz) основная перепонка, состоящая из натянутых струн различной длины, является анализатором, разлагающим сложное звуковое колебание на простые тона; каждый тон в зависимости от его высоты вызывает резонирующее колебание определенного участка основной перепонки, что влечет за собой колебательное движение волосатых клеток и деформацию волосков, на которые опирается покровная перепонка. Роль Кортиевых дуг можно представить в следующем виде (*ter Kuile*): внутренние столбики, опирающиеся на костную губу (*labium tympanicum*), не принимают участия в движении перепонки, а наружные при ее колебании совершают вращательные движения вокруг оси, проходящей через ножку внутреннего столбика; это движение при посредстве сетчатой перепонки передается вставленным в нее волосатым клеткам, волоски к-рых при перемещении клеток сгибаются и трутся о покровную перепонку. По теории Гельмгольца низкие звуки приводят в движение длинные струны, расположенные в верхнем завитке улитки, а высокие — короткие струны основного завитка; этот пункт оспаривался многими авторами (Meyer, *ter Kuile*, Ewald); Эвальд, основываясь на наблюдении колебаний искусственной перепонки, соответствующей по размерам основной, предполагал, что основная перепонка колеблется как одно целое, на ней образуются узлы и пучности, и каждому тону соответствует определенное звуковое отображение (*Schallbild*). Экспериментальная проверка теории Гельмгольца производилась много раз. Ряд авторов удалял верхние или нижние завитки одной улитки при полном удалении другой и испытывал слуховые восприятия животного; в одних случаях (Munk, Baginsky) результаты подтверждали теорию Гельмгольца, в других — ей противоречили (Степанов). Также противоречивые результаты были получены в опытах разрушения участков