

Н.А. Семашко

Большая медицинская энциклопедия
том 4 Брага - Вивокол

Москва
«Книга по Требованию»

УДК 61
ББК 5
Н11

Н11 **Н.А. Семашко**
Большая медицинская энциклопедия: том 4 Брага - Вивокол / Н.А. Семашко – М.: Книга по Требованию, 2018. – 432 с.

ISBN 978-5-458-23064-3

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 1928 года

ISBN 978-5-458-23064-3

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2018
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2018

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 IV ТОМЕ

	Столб.		Столб.
Брачность населения—П. Куркина .	25	Вариационная статистика—В. Левинского	419
Бред—М. Гуревича и П. Зиновьева .	30	Варикозное расширение вен—А. Губарева, Г. Стеблина и Каминского .	429
Брожение—С. Костычева	46	Варолиев мост—Е. Кононовой	443
Бром—И. Зеликина, В. Николаева и А. Степанова	52	Вассермана реакция—Ю. Финкельштейна	454
Бронхи—И. Давыдовского, К. Есипова, В. Карпова и Г. Лапга .	64	Вегетативная нервная система—В. Воробьева, Б. Могильницкого и Л. Орбели	478
Бронхиальные железы—К. Есипова .	83	Вегетативные неврозы—Б. Могильницкого	573
Бронхиальные свищи—С. Кузьмина .	87	Великобритания—А. Сысина	614
Бронхит—А. Арутинова и А. Соколова .	91	Венгрия—И. Добрейцера	625
Бронхоаденит—И. Цимблера	101	Венерические болезни—В. Броннера, С. Гальперина и Н. Российского .	630
Бронхоэктазы—А. Арутинова	113	Вентиляция—Д. Нагорского, Г. Хлопина и В. Яковенко	689
Брызжеека—М. Егорова и В. Тонкова	131	Вены—П. Куприянова, М. Скворцова и В. Фомина	721
Брюшина—В. Вознесенского и В. Тонкова	139	Верльгофова болезнь—С. Левита и В. Ширвиндта	734
Брюшная стенка—А. Созон-Ярошевича .	150	Вес тела—П. Зиновьева, А. Соколова и Л. Сыркина	750
Брюшной тиф—Ф. Бернгофа, И. Давыдовского, И. Добрейцера, Д. Заболотного, Г. Ивашенцова	159	Весенний катарр—В. Чирковского . .	759
Бужи—А. Гагмана	219	Ветеринария—А. Владимировой и Н. Никольского	780
Бульбарный паралич—А. Фаворского .	233	Ветряная оспа—А. Розенталя	797
Буферные свойства—Д. Рубинштейна .	271	Вещественные доказательства — А. Крюкова	807
Бюджетные исследования—А. Шевелева	292	Вибрионы—С. Златогорова	815
Вагинизм—Е. Курдиновского	317		
Вагон—С. Казанского	328		
Вакцинация, вакцины—С. Коршуна и Н. Михина	360		
Ванное здание—Н. Гаврилова	396		
Ванны—И. Горбачева и Р. Луяца	403		

СПИСОК ИЛЛЮСТРАЦИЙ, ПОМЕЩЕННЫХ В IV ТОМЕ

ОТДЕЛЬНЫЕ ТАБЛИЦЫ

	Столб.		Столб.
Бронхи (трехцветная автотипия)	67—68	Вегетативная нервная система I (автотипия)	479—480
Бронхи, Бронхография (фототипия)	107—108	Вегетативная нервная система II (фототипия)	479—480
Бронхиальные железы, Бычье сердце (фототипия)	287—288	Вегетативная нервная система III (автотипия цветная)	479—480
Брюшина (трехцветная автотипия)	143—144	Вегетативная нервная система IV (фототипия)	479—480
Брюшная полость I (автотипия)	147—148	Вегетативная нервная система V (литография)	495—496
Брюшная полость II (автотипия цветная)	147—148	Вегетативная нервная система VI (литография)	495—496
Брюшной тиф (карта, цинкография)	181—182	Вегетативная нервная система VII (автотипия)	495—496
Бювет (цинкография)	293—294	Вегетативная нервная система VIII (автотипия)	495—496
Бужи (цинкография)	221—222	Весенний катарр, Видаля лишай, Vitiligo (трехцвет. автотипия) .	759—760
Вакуольное перерождение, Вакцинные тельца, Вентрикулография, Восковидное перерождение (автотипия)	351—352	Ветряная оспа, Оспа натуральная (трехцветная автотипия) .	799—800
Варикозное расширение вен	431—432		

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 латинской номенклатуре и транскрипции, как правило, приводятся те слова, для которых в русском языке нет соответствующих общепринятых названий. Остальные приведены в русской номенклатуре, при чем указаны и латинские названия.

3. В конце Энциклопедии будет дан именной указатель авторов, упоминаемых в тексте. Иностранные авторы будут даны в оригинальной транскрипции и алфавите с указанием русского начертания.

4. Слова с иностранной транскрипцией, как правило, расположены по звуковому признаку. Для облегчения отыскания иностранных фамилий и слов, 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 «авто», надо искать на «авто» и на «ауто»; слова, в которых слышится удвоенная согласная, искать и на одинарную и на удвоенную; слова, в которых слышится «ль», искать на «ль» и на «л»; слова, в которых слышится «е», «э», искать и на «е» и на «э»; слова, в которых слышится «у», «ю», искать и на «у» и на «ю»; слова, в которых слышится «неу», искать и на «неу» и на «нев».

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.

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

8. Слова, употребляющиеся и в единственном и во множественном числе, помещены частью в единственном числе, частью—во множественном (напр., *Антагонисты*, *Артерия*, *Аффект*, *Бани*). Т. к. число может изменить место слова в алфавите, следует искать раньше всего в числе наиболее употребительном для данного слова, а не найдя,—искать в другом.

Б

БРАГА, русский народный алкогольный напиток (род пива), приготовляемый домашним способом, путем брожения содержащего дрожжи сусла, полученного или из ячменного солода и ржаной муки или из овсяной муки, с добавлением хмеля, а иногда также сахара, изюма или меда. Т. о., различают 1) Б. из солода и ржаной муки и 2) Б. из овсяной муки, или «белую» Б., называемую также «овсянкой». В зависимости от количества и рода исходных материалов, а также от особенностей способов приготовления и от продолжительности хранения Б., запах и вкус ее бывают неодинаковы, а содержание спирта, CO_2 , свободных кислот и экстрактивных веществ колеблется в очень широких пределах. Уже одна кружка некоторых сортов браги может действовать на непривыкшего потребителя заметно опьяняющим образом.

Б. принадлежит к числу старинных русских спиртных напитков, начало изготовления к-рых относится к тому времени, когда еще не знали способа перегонки перебродивших спиртовых жидкостей. В старину Б. потреблялась в особенно больших количествах во время праздников, и каких-либо ограничений относительно приготовления Б. со стороны закона тогда не было. Впоследствии, с изданием «правил о кабаках» (1652 г.), крестьянам разрешалось для питья на дому варить Б. 4 раза в год на праздники (Рождество, Пасха, Дмитриевская суббота и масленица), а равно в случаях крестин и свадеб; в силу этого положения Б. можно было варить на 3—7 дней, после чего «кабачные головы» имели право опечатавать напиток. В 1903 г., согласно отзыву Главного управления неокладных сборов и казенной продажи питей, от 2 августа, за № 1878, Б., если она содержала более 1½% спирта по Траллесу и если при изготовлении ее применялся хмель, была отнесена к спиртным напиткам, а именно, приравнивалась к пиву и подвергалась акцизному обложению. В числе мест большого потребления Б. в наст. время могут быть названы Пермская и Вятская губернии и Сибирь. Принимая во внимание, что Б. может содержать в себе очень большое количество спирта и нередко дается для питья детям, следует признать, что меры, принимаемые по борьбе с алкоголизмом, должны касаться и браги.

БРАГУНСКИЕ ВОДЫ (Брагуновские), см. Северо-Кавказские курорты.

БРАДИКАРДИЯ, см. Аритмии сердца.

БРАДИКИНЕЗИЯ (от греч. bradys—медленный и kinesis—движение), общая замедленность движений, представляет собой один из существенных симптомов паллидарного симптомокомплекса (дрожательный паралич, паркинсонизм после энд. энцефалита, болезнь Вильсона, псевдосклероз и т. д.). Б. может существовать при отсутствии наст. паретических явлений и при отсутствии существенных изменений тонуса. Бра-

дибазия (от греч. basis—ход, шаг)—замедленность ходьбы. Брадилогия (от греч. logos—слово), брадифазия (от греч. phasis—речь) и брадифразия (от греч. phrasis—выражение, оборот речи)—замедленность речи. Брадилексия (от греч. lexis—слово, речь)—замедленность чтения. Брадипраксия (от греч. praxis—действие)—замедленность действия.

Bradylalia (от греч. lalia—речь)—замедленная, но правильно координированная речь; встречается в детском возрасте и у взрослых; артикуляция становится трудной, требующей значительного усилия; речь делается настолько замедленной, что всякий несколько продолжительный разговор становится весьма затруднительным вследствие усталости; часто bradylalia бывает у выздоравливающих. Нередко она является ранним симптомом рассеянного склероза, опухоли мозга, болезни Томсена, болезни Фридрейха и др. В детском возрасте встречается спастическая форма, при к-рой наблюдается монотонная речь, сопровождаемая толчкообразными движениями головы и верхней части тела; при этом иногда бывает асинхронизм между брюшным и грудным дыханием. Все вышеперечисленные состояния входят как составные части в понятие брадикинезии.

БРАДИПЕПСИЯ (от греч. bradys—медленный и perpsis—пищеварение), замедленное пищеварение в желудке.

БРАДИПНОЗ, см. Олигопноз.

БРАДИСИФИГМИЯ (от греч. bradys—медленный и sphygmós—пульс), урежение пульса. Под Б. подразумевают обычно урежение пульса без соответственного урежения числа сердечных сокращений, т. е. без брадикардии. Б. наблюдается при т. н. пульсовом дефиците, когда часть сердечных сокращений, обычно неполноценных, не доходит до периферии. Такими неполноценными сокращениями могут быть а) желудочковые экстрасистолы и б) часть систол при мерцательной аритмии (arhythmia perpetua). Происхождение пульсового дефицита, resp. Б., легко выяснить по характеру ритма: правильный ритм с выпадениями—при экстрасистолии, puls. irregular. perpetuus с дефицитом—при мерцательной аритмии.

БРАДИЭСТЕЗИЯ (от греч. aisthesis—ощущение), замедленность в проведении ощущений, может зависеть как от поражения

области и тесное переплетение биол. и соц. условий, недостаточно выделенных и проанализированных, различные авторы считают возможным устанавливать наиболее благоприятный возраст вступления в Б. для женщины от 20 до 25 лет, для мужчины на несколько лет позже. Законодательство различных стран устанавливает только низшую границу возраста вступления в брак, варьирующую в зависимости от расовых, географич. и прочих условий, определяющих окончание полового созревания. В РСФСР этот возраст—18 л. для мужчины и 17 л. для женщины, в Германии—21 г. и 16 л. Предельный высший возраст вступления в Б., а также допустимая возрастная разница законом не устанавливаются, т. к. резкие отклонения здесь не так часты, а границы индивидуальных колебаний сохранения производительной способности весьма широки. Наличие у одного из партнеров б-ней, передающихся по наследству, заразных б-ней, могущих быть переданными супругу и потомству путем семейного заражения (tbc) или через повреждение зародышевой плазмы (вен. б-ни), тяжелые хронич. заболевания, душевные б-ни, психонормальности или несответствия в развитии и в функциях половой сферы, препятствующие нормальному половому сожителю, требуют вмешательства врача в вопросы, связанные с заключением Б. Еще Платон, Кампанелла, И. Франк указывали на необходимость общественно-обязательных регламентирующих функций врача при заключении Б. Однако, на практике такая врачебная регламентация затруднительна. Если при наличии таких условий, как неизлеченная вен. б-нь или острый стадий tbc, врач может настойчиво указать на недопустимость заключения брака в данный момент, то при современном состоянии мед. знаний и при часто сомнительном анамнезе редко имеются основания для категорических положительных указаний. Поэтому регламентация ограничивается только некоторыми запретительными указаниями, при чем объем и формы ее весьма различны в разных странах. Древнейшим и наиболее распространенным является запрещение Б. между близкими родственниками (см. *Кровосмешение*). Наиболее широко применяется запретительная регламентация в ряде штатов Сев. Америки (впервые в 1895 г. в штате Коннектикут; в наст. время более, чем в 20 штатах). Запрещение вступать в Б. распространяется на душевно-больных, слабоумных, эпилептиков, вен. б-ных и нищих. Близкие к этому законы были изданы также в Швеции (1915 г.), Норвегии (1918 г.) и Дании (1922 г.). Однако, только в немногих местах (напр., в штате Сев. Дакота или Колорадо) требуется врачебное удостоверение; в большинстве же мест достаточно заверения со стороны вступающих в Б. Законодательством РСФСР предусмотрено обязательство взаимного осведомления брачующихся о состоянии здоровья. В Германии такого обязательства нет; в ней развиты консультации по вопросам Б. (Eheberatungsstellen). Одна из таких консультаций (в Дрездене) обычно выдает удостоверение следующего содержания: «Настоящим удостоверяется, что

такой-то, родившийся тогда-то, там-то, насколько в настоящее время я могу установить, является: безусловно пригодным для брака, ограниченно пригодным, в настоящее время непригодным, длительно непригодным». К временно непригодным относятся больные вен. б-нями и tbc; к ограниченно пригодным—здоровые, но с пат. наследственностью, представляющей угрозу для потомства; к длительно непригодным—лица с тяжелыми наследственными б-нями, тяжелыми расстройствами половой сферы и т. п. О результатах законодательных и общественных соц.-гиг. мероприятий в области оздоровления Б. судить еще преждевременно; все движение получило широкое распространение лишь в последние годы. Гигиена половой жизни в Б. представляет частный случай гигиены *половой жизни* (см.). Беспорядочное положение *внебрачных детей* (см.) в буржуазных странах связано с особыми опасностями для их жизни и здоровья.— См. также *Брачность населения*.

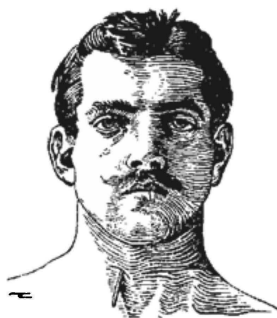
Лит.: Гойхбарг А., Сравнительное семейное право, М., 1925; Кунов Г., Происхождение брака и семьи, М., 1923; Энгельс Ф., Происхождение семьи, частной собственности и государства, М., 1926; Die Ehe, hrsg. v. M. Marcuse, Berlin—Köln, 1927; Müller-Lyer F., Die Familie, München, 1924; v. Noorden C. u. Kammerer S., Krankheit u. Ehe, Leipzig, 1916; Handwörterbuch der Sexualwissenschaften, hrsg. v. M. Marcuse, Bonn, 1926.

БРАМБАХ, см. *Радиоактивные источники*.

БРАНХИОГЕННЫЙ (от греч. branchia—жабры и genos—происхождение), происходящий из жабр, жаберных щелей. Термином Б. принято обозначать различные врожденные неправильности развития или приобретенные заболевания, если они связаны своим происхождением с жаберным аппаратом. В раннем эмбриональном периоде у зародыша между жаберными дугами образуются на боковой стенке глотки 4 параллельных бороздки из энтодермы и против них, на наружной поверхности головы и шеи, 4 бороздки из эктодермы (так наз. внутренние и наружные жаберные бороздки, карманы). Эти жаберные бороздки, или карманы, углубляясь, превращаются в довольно глубокие ходы, или щели, но в дальнейшем все исчезают за исключением верхней из них, к-рая идет на построение Евстахиевой трубы, среднего уха и наружного слухового прохода. Иногда может случиться, что часть какой-либо из трех нижних жаберных щелей не подвергается нормальной редукции, а сохраняется во внеутробном периоде. При таких условиях этот остаток наружной или внутренней жаберной бороздки может явиться источником пат. образований, которые и называют Б. Сюда относятся Б. фистулы (свищи) и кисты шеи, наконец, Б. раки. А. Абрикосов.

Б. свищ шеи (жаберный свищ, врожденный свищ шеи, fistula colli congenita), представляет продукт неправильного развития и инволюции жаберных щелей (см. *Жабры*), когда не наблюдается их полного закрытия и остаются узкие свищевые ходы. Б. свищи могут иметь или только внутреннее, или только внешнее отверстие, или и то и другое. Из отверстия Б. свища обычно выделяется серозно-слизистая жидкость. Внешнее отверстие, часто едва заметное, лежит

обычно в пространстве между подъязычной костью и грудинно-ключично-сосковой мышцей, у внутреннего края последней и чаще близ грудинно-ключичного сустава (латеральный Б. свищ); реже Б. свищи лежат медиально или парастернально и, б. ч., ниже подъязычной кости. По мнению некоторых авторов, происхождение медиальных фистул шеи из жаберных щелей не доказано; Брамман (Bramann) указывает на значение здесь ductus thyroglossus; действительно, иногда удается доказать сообщение



Бранхиогенный свищ
шеи (введен зонд).

свища с foramen coecum языка. Просвет свища обычно узок, длина—короткая. В глубине фистулы идут, б. ч., несколькими параллельными ходами (до 20). Если отверстие Б. свища располагается высоко, свищ идет по направлению к большому рогу подъязычной кости, между сонными артериями, до тонзиллярной области, где часто находится отверстие внутренних Б. свищей, или т. н. полных Б. свищей, т. е. открывающихся как в глотку, так и на шею. Для той или иной характеристики Б. свища (латеральный, медиальный) важно проследить все направление его; иногда свищ возникает не там, где он должен быть; так, медиальный Б. свищ, в случае нагноения и вторичного прорыва, может дать латеральное отверстие на шее. Строение стенок Б. свища различно; внутренние энтодермальные части его выстланы многослойным мерцательным или плоским неороговевающим эпителием, под к-рым располагается пласт лимфаденоидной ткани с примесью слизистых (иногда слюнных) желез и гладкой мускулатуры. Эктодермальная часть Б. свища имеет обычное строение кожи. Б. свищи могут быть первичными, т. е. существовать с самого начала как таковые, или вторичными, развиваясь из бранхиогенных кист. Венгловский указал на тесное отношение Б. свища к третьей жаберной щели (именно к ductus thymo-pharyngeus); Костанецкий же и Гаммар (Kostanecki, Hammar) выдвинули значение второй жаберной щели (ductus ecto-branchialis II).

Lum.: Wenglowski R., Über die Halsfisteln und Cysten, Archiv für klinische Chirurgie, B. C, 1913; Kostanecki K. u. v. Mielecki A., Die angeborenen Kiemenfisteln des Menschen, Virchows Archiv, B. CXX, CXXI, 1890; Chevassu M., Les kystes branchiaux de structure pharyngo-salivaire et en particulier les kystes présternaux, Revue de chirurgie, XXXVIII, № 4, 1908; Nielander P., Halsfisteln u. Cysten, Arbeiten aus dem pathologischen Institut der Universität Helsingfors, B. V, 1927. И. Давыдовский.

Диагноз Б. свища шеи в большинстве случаев не представляет значительных затруднений. Смешать Б. свищ можно со свищом как последствием травмы или воспалительного процесса (туберкулеза, сифилиса, актиномикоза). Расположение свищевой отверстия—средняя линия при срединных и срединный край m. sterno-cleido-mast. при боковых свищах; характер устья сви-

ща—небольшое, иногда точечное, еле пропускающее головку пуговчатого зонда отверстие; отсутствие значительных воспалительных изменений на коже вокруг свища является характерным симптомом для Б. свища. Характерно также отделяемое Б. свища. В противоположность свищам воспалительного происхождения, выделяющим гной (при актиномикозе, содержащем характерные крушинки), Б. свищи выделяют чисто серозную или серозно-гнойную жидкость, в которой гнойные клетки перемешаны с эпителиальными. Подсобным методом диагностики является микроскопич. исследование соскоба стенки свищевой ходы: наличие вульгарной грануляционной ткани говорит за воспалительный характер, наличие эпителиальных клеток—за Б. свищ.

Лечение Б. свища состоит в уничтожении эпителиальной оболочки свища. Предложенные для этой цели выпрыскивания различных прижигающих жидкостей (иод, ляпис) обычно не дают прочного излечения, т. к. выжечь все мелкие углубления и ходы Б. свища не представляется возможным. Радикальным является лишь иссечение Б. свища, оставление части его может дать рецидив. Для получения представления о длине свища, его направлении и отношениях к соседним тканям рекомендуется наполнить его через устье 20% раствором NaBr и сделать рентгеновский снимок свища. Неполные короткие наружные свищи устраняются путем простого расщепления и удаления выстилающей их слизистой оболочки. Операцию при полном Б. свище начинают с введения в его просвет пуговчатого зонда, на к-ром производится разрез вокруг устья свища. Следуя по ходу свищевой канальи, разрезают мягкие ткани над зондом и осторожно выделяют свищ из его ложа. Дойдя до подъязычной кости, нередко приходится резецировать участок подъязычной кости, с которой конец свища бывает плотно спаян. Большинство средних свищей кончается у подъязычной кости или в толще последней; в случае же продолжения Б. свища вглубину, в foramen coecum языка, приходится периферич. часть свища резецировать, перевязав у корня языка лигатурой центральную часть, оставление к-рой (центр. части) б. ч. не ведет к рецидивам. Боковые свищи выделяют вдоль хода больших сосудов до подъязычной кости, откуда, следуя за ходом свища вглубину, проходят под заднее брюшко m. biverteris и выделяют его конец у стенки глотки. И. Блументаль.

Б. рак, раковая опухоль шеи, развившаяся из сохранившихся эпителиальных остатков наружных или внутренних жаберных бороздок эмбрионального периода. Б. раки возникают или непосредственно из этих жаберных остатков или из Б. кист и бранхиом. Б. рак встречается обычно у взрослых (40—50 лет); чаще у мужчин. Опухоль появляется в глубине тканей шеи, обычно под m. sterno-cleido-mastoideus, и в своем течении обнаруживает признаки злокачественной опухоли; иногда может достигать значительного объема. Микроскоп. исследование обнаруживает чаще всего строение плоскоклеточного ороговевающего

или неороговевающего рака; в таких случаях лишь отсутствие всякой связи опухоли с эпителиальными органами (кожа, гортань, пищевод), а также отсутствие рака в каком-либо другом месте (напр., в области головы) дают возможность исключить банальный плоскоклеточный рак или метастаз его в глубокую лимф. железу шеи и говорить о Б. раке. В более редких случаях опухоль состоит из своеобразных гирляндобразных тяжелей полигональных эпителиальных клеток, располагающихся среди стромы, в которой наблюдаются очаги лимфаденоидной ткани; такое строение, приближающееся к бранхиоме, представляет менее затруднений для диагноза Б. рака. При жизни б-ного, без оперативного вмешательства и микроскопического исследования, диагноз Б. рака весьма затруднителен; обычно опухоль принимают за первичное новообразование лимфатических желез шеи, за туберкулезное поражение их и т. п. При дальнейшем разрастании опухоль может распространиться на соседние области, доходя кверху до околоушной железы, а книзу до ключицы; иногда она даже заходит в средостение. Распространяясь кпереди, Б. рак может сдавить гортань и дыхательное горло. Б. раки излечиваются поздно. Лечение состоит в возможно раннем удалении опухоли. Б. рак имеет склонность уже в ранних стадиях плотно срастаться с окружающими тканями (v. jugularis, a. carotis, n. vagus), вследствие чего удаление его является нередко весьма трудной технической операцией. Де Кервен, Кютнер (De Quervain, Küttner) и др. предложили большие разрезы (крестообразный, в форме буквы Z, кожно-мышечный лоскут), дающие особенно хороший и просторный доступ. При обширных сращениях приходится перевязывать большие сосуды шеи, нередко резецировать часть блуждающего нерва. Результаты операции при Б. раке не являются особенно утешительными: по статистике Во (Veau), только в двух случаях из 31 оперированного отмечено длительное выздоровление. — См. также *Бранхиома*.

Лит.: De Quervain F., Über die Fibrome des Halses, Archiv für klinische Chirurgie, B. LVIII, H. 1, 1902; Veau V., Etude de l'épithélioma branchial du cou, Revue de chirurgie, v. XXX, № 3, 1900.

БРАНХИОМА (от греч. branchia—жабры и oma—частица, прибавляемая для обозначения опухоли), опухоль жаберного происхождения. Термином Б. обозначают те кистовидные опухоли шеи, к-рые возникают из не подвергшихся обратному развитию и сохранившихся остатков жаберных бороздок. Из этих остатков, если они не находятся в сообщении ни с глоткой, ни с наружной поверхностью шеи, обычно образуются кисты; когда они имеют значит. объем и, особенно, если они представляются в виде поликистоза, т. е. оказываются состоящими из многих полостей, их называют Б. В зависимости от того, явились ли источником развития Б. остатки наружных или внутренних жаберных бороздок, локализация и строение опухоли могут быть различными. В первом случае подвизная эластическая опухоль лежит поверхностно под кожей и состоит из полостей, содержащих атероматозную мас-

су и выстланных многослойным ороговевающим плоским эпителием (эктодермальная Б. или бранхиогенная дермоидная киста); во втором случае опухоль располагается в глубине шеи, нередко под m. sternocleido-mastoideus, и образована полостями и щелями, выполненными серозной или слизистой жидкостью, при чем внутренняя поверхность полостей покрыта многоядным цилиндрическим мерцательным эпителием, под которым находится объемистый слой лимфаденоидной ткани (энтодермальная Б.). Б. относятся по своему течению к доброкачественным опухолям, но могут переходить в раки (см. *Бранхиогенный*).

Лит.: Soboleff L., Zur Kasuistik d. Branchioma, Frankfurter Zeitschr. f. Pathologie, B. XI, 1912.

БРАУЕР-ФРИДРИХА ОПЕРАЦИЯ, см. *Торакотомия*.

БРАУН, Генрих (Heinrich Braun, род. в 1862 г.), мед. образование получил в Лейпциге, хирургическое—в Галле, в клинике Фолькмана (Volkmann). Работал как профессор в Лейпциге, а в 1906 г. стал во главе одной из самых больших больниц Германии в Цвикау. Будучи крупнейшим больничным хирургом, Б. является одним из наиболее признанных научных авторитетов Германии. По целому ряду вопросов, среди которых на первом месте стоит разработка местной анестезии, работы Брауна можно считать «делающими эпоху». В обширном руководстве «Die örtliche Betäubung, ihre wissenschaftliche Grundlagen und praktische Anwendung» (Lpz., 1919) Б. изложил всю сущность вопроса и дал ряд оригинальных методов, среди к-рых в наст. время пользуется большим признанием и распространением метод анестезии солнечного сплетения (см. *Анестезия местная*). Вместе с Биром и Кюммелем он выпустил известное руководство по оперативной хирургии «Chirurgische Operationslehre» (hrsg. von A. Bier, H. Braun u. H. Kümmel, Lpz.), к-рое в 1926 г. вышло уже шестым изданием. Интересными являются его работы по вопросам военно-полевой хирургии, среди которых особенно интересны наблюдения над открытым лечением огнестрельных ран («Die offene Wundbehandlung», Beiträge zur klinischen Chirurgie, B. XCVIII, H. 1, 1915; B. CVII, H. 1, 1917; «Weiteres z. offenen Wundbehandlung usw.», «Die verbandlose Wundbehandlung in der Frieden Chirurgie», Deutsche medizinische Wochenschrift, 1921, № 17). По плану Брауна и под его непосредственным руководством, в 1925 г. в Цвикау была построена новая больница, к-рая является образцом современного больничного строительства и считается одной из лучших больниц Германии. Брауна анастомоз, см. *Гастротомия*. — Брауна апарат для наркоза, см. *Наркоз*. — Брауна анестезия, см. *Анестезия местная*.



БРАУН, Макс (Max Braun, род. в 1851 г.), один из крупнейших гельминтологов; профессорскую деятельность начал в Дерптском ун-те, откуда в 1884 г., после начавшейся руссификации, переселился в Германию; работал в Вюрцбургском и Кенигсбергском ун-тах, где занимал кафедру зоологии и сравнительной анатомии и был директором Зоологического музея. Еще в Дерпте (1881—83 гг.) им был расшифрован цикл развития лентеца широкого (*Diphylobothrium latum*) и было экспериментально установлено как на себе самом, так и на добровольцах-студентах, что источником заражения человека этим паразитом являются пресноводные рыбы (щука, налим). В 1892 г. им выпущено классическое сочинение «Trematodes», в к-ром подвергнута анализу и переработке вся мировая литература по этой группе паразитических червей; в 1895 г. издан аналогичный же труд и по Cestodes—ленточным червям. Б. является автором многочисленных работ по плоским глистам, гл. обр. сосальщикам. Кроме того, им написано классическое руководство по мед. паразитологии—«Die tierischen Parasiten des Menschen» (6 изданий), переведенное на многие языки. Зоологический музей Кенигсбергского ун-та весь «Брауновский период» (свыше 30 лет) служил блестящей гельминтологической школой по изучению плоских червей, где многие выдающиеся гельминтологи получили специальное образование. Б. является одним из соредакторов «Zentralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten».

БРАХИГНАТИЯ (от греч. brachys—короткий и gnathos—челюсть), ненормально короткая, а потому и мало выступающая вперед нижняя челюсть; уродство развития.

БРАХИДАКТИЛИЯ (от греч. brachys—короткий и daktylos—палец), или гипопалангия, уродство развития пальцев рук или ног, заключающееся в недостаточности длины их. Принадлежит к числу доминантно-наследуемых признаков.

BRASCHII CEREBELLI, см. Мозжечок.

БРАХИОТОМИЯ (от греч. brachion—рука и tome—резание), удаление выпавшей ручки (экзартикуляция в плечевом суставе) при декапитации плода. Как правило, Б. делать не рекомендуется, т. к. с помощью выпавшей ручки, при ее оттягивании, оперирующий легче может низвести к выходу таза соответствующее плечико и шейку и тем самым облегчить себе производство операции обезглавливания. Нек-рые считают Б. показанной, когда выпавшая при запущенном поперечном положении ручка настолько отекает, что мешает введению во влагалище руки акушера. Обычно предпочитают в этом случае делать эпизиотомию (описаны случаи экзартикуляции ручки у живого ребенка, ошибочно принятого за мертвого). При так наз. «земском способе» родоразрешения, при запущенном поперечном положении с выпадением ручки (способ Рекашева), вычленение последней делается как предварительный момент для последующей эвисцерации (операция удаления внутренностей умершего плода) и спондилотомии (разделение позвоночника).

БРАХИСКЕЛИЯ (от греч. brachys—короткий и skelos—нога), более низкое, чем в норме, отношение длины нижних конечностей к росту сидя. Вводя этот термин, антрополог Мануврие (Manouvrier) предложил приблизительно принимать за длину нижней конечности рост стоя минус рост сидя; отсюда индекс Мануврие, или индекс скелии: $\frac{\text{рост стоя} - \text{рост сидя}}{\text{рост сидя}} \cdot 100$, или сокращенно

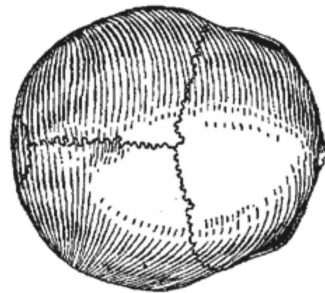
$\frac{L - Si}{Si} \cdot 100$. Индекс скелии выражает относительную длинноноготь или коротконоготь исследуемого субъекта; он меняется в зависимости от возраста, пола, национальности и т. д. Характеризуя суммарно главные пропорции тела, индекс скелии имеет значение для оценки других антропологических показателей, а также при изучении нек-рых расстройств внутренней секреции. К брахискелам можно относить взрослых мужчин с индексом Мануврие в 75—79,9%, к суббрахискелам—80—84,9%. Для отдельных возрастных, половых и прочих групп должны быть установлены свои стандарты; для ранних возрастов типична коротконоготь, т. е. малый индекс скелии. Для русских детей нет точных стандартов.

Показатели Мануврие (цит. по Нобекуру).

Возраст	Показатель
Новорожденный	0,50
от 1 до 3 лет	0,58
» 3 » 5 »	0,64
» 5 » 7 »	0,75
» 7 » 10 »	0,80
» 10 » 12 »	0,85
» 12 » 14 »	0,88
» 14 » 16 »	0,90

Лит.: Нобекур П., Внутренняя секреция и ее расстройства у детей и подростков, М., 1927; Ярко А. И., О взаимоотношении роста, веса и окружности грудной клетки и их значение для оценки физ. развития человека, «Русский Антропологический Журнал», т. XIII, вып. 3—4, 1924.

БРАХИЦЕФАЛИЯ (от греч. brachys—короткий и kephale—голова), или короткоголовость, представляет собой форму головы человека, при которой индекс длины-ширины, т. е. индекс, выражающий ширину в процентах длины ($\frac{100 \times \text{ширина черепа}}{\text{длина черепа}}$), равняется 80,0—81,9; если данный индекс равен 85,0—89,9, говорят о гипербрахицефалии, при индексе более 90,0—об ультрабрахицефалии. По данным В.Воробьева, у современного великоруса наибольший поперечный диаметр черепа равен 152,9 мм, наибольш. длиннотный диаметр—185,5 мм (на скелете наибольший поперечный диаметр—141 мм, наибольший длиннотный—176 мм); длиннотно-широтный индекс для живого великоруса равняется, таким образом, $\frac{100 \times 152,9}{185,5}$, или 81, для скелета равен



Короткий брахицефалический череп (по Гёкслю).

$\frac{100 \times 141}{176}$, или 80; современный великорусс является, т. о., умеренным брахицефалом или мезоцефалом. Гипербрахицефалия встречается у нек-рых племен как расовый признак, а также при б-ни, известной под названием «монголизма» или «монголоидного слабоумия»; ультрабрахицефалия—аномалия, наблюдается также у б-ных гидроцефалией, когда длинно-широтный индекс бывает равным (по Weber'y) 100,4, и т. п. Наследование формы черепа, повидимому, подчиняется законам менделизма.

Лит.: Игнатьев В. Е., Исследование физического развития человека, М., 1927; Биркнер Ф., Расы и народности человечества, СПб., 1914; Деникер И., Человеческие расы, СПб., 1902; Weber L., Über pathologische Schädelformen (Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems, hrsg. von E. Flatau, L. Jacobsohn u. L. Minor, Abt. 5, Berlin, 1903).

БРАЧНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ, отношение (по определению большинства авторов) годового числа заключенных браков на 1.000 среднего населения всех возрастов. Это определение отличается наибольшей простотой, но оно не безупречно в научно-статистическом отношении, т. к. бракоспособно не все население, но лишь часть его, достигшая определенного возраста и не состоящая в браке. Указанным простым определением характеризуется, так сказать, тенденция к заключению браков в данном составе населения; собственно же высота, или сила брачности требует специальных определений числа браков в отношениях к взрослому населению, не состоящему в браке (холостые и вдовы мужчины 20—60 лет, девицы и вдовы женщины 15—50 лет). Г. Майр считает достаточным вычитание лишь младших возрастных групп (до 15 лет), так как склонность к браку никогда вполне не утрачивается даже в старейшем возрасте. Во франц. демографии определяются также вероятности брака—в виде отношения числа браков к общему количеству лиц, к-рые имели шансы вступить в брак за данный период времени. Для характеристики этих учетов можно привести некоторые сравнительные определения специальной брачности (взрослого бракоспособного населения—холостые мужчины старше 18 лет, девицы—от 15 лет, вдовы и разведенные всех возрастов); числа относятся к довоенному периоду (1907—1914 гг.; см. табл. 1).

Большой интерес связывается также с определением количества лиц, принадлежащих к брачным союзам, в каждой тысяче

Табл. 1. Брачность бракоспособного населения в европ. государствах (на 1.000 бракоспособных мужчин и женщин).

Государства	Мужчин	Женщин	Обоего пола
Италия	68,1	49,5	57,4
Германия	68,0	48,9	56,9
Дания	65,1	42,4	51,3
Испания	64,1	43,7	52,2
Франция	63,2	47,0	53,9
Англия и Уэльс	62,5	42,7	50,7
Норвегия	56,4	33,2	41,8

населения (или более точно—населения старше 15 лет); это определение т. н. частоты брачного состояния производится по данным переписей населения. Специальные определения Б. вычисляются отдельно для того и другого пола. Весьма важным элементом изучения Б. представляется далее определение возрастных отношений Б. Прежде всего, может быть устанавливается Б. отдельных возрастных групп населения (отношение числа браков, заключенных в известном возрасте, к численности бракоспособного населения того же возраста). Далее определяется так называемый абсолютный брачный возраст—возрастная группа, на которую приходится максимум заключенных браков; средний брачный возраст отыскивается разделением суммы лет всех вступивших в брак на их число; для точности этого последнего определения необходимо, чтобы группировка возрастов была возможно более дробная.

Табл. 2. Средний брачный возраст в европейских государствах (число лет, средние годовые числа за 1906—15 гг.).

Государства	Мужчин	Женщин
Швеция	30,1	26,8
Финляндия	29,4	26,1
Нидерланды	29,2	26,7
Англия	28,9	26,7
Германия	29,0	25,7
Италия	28,8	24,5

Весьма характерные данные получаются также путем определений возрастного состава вступающих в брак (процентное содержание отдельных возрастов в общей сумме брачующихся). Из данных помещенной ниже таблицы видно, как резко отличалось

Табл. 3. Возрастной состав вступающих в брак в европейских государствах (в % к общему числу брачующихся).

Возраст	Италия		Франция		Англия		Швейцария		Швеция		Норвегия		Евр. Россия (1910 г.)				Итого	
													Города		Селения			
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
До 20 л.	1,4	16,1	2,0	19,2	1,8	9,7	0,9	6,7	0,1	6,5	1,1	5,7	12,6	38,2	33,3	56,7	30,8	54,5
21—25 "	24,2	45,0	23,5	40,5	41,8	49,2	25,5	39,3	25,6	36,9	23,1	36,7	37,8	35,9	36,0	30,2	36,2	30,9
26—30 "	39,4	20,9	43,2	22,8	31,5	23,8	35,2	29,9	33,9	28,6	35,8	31,3	28,3	13,0	17,5	6,6	18,8	7,4
31—35 "	16,2	7,9	16,3	8,7	11,5	8,1	17,4	11,9	19,4	14,5	18,2	13,4	9,9	5,8	5,1	2,3	5,7	3,0
36—40 "	7,3	4,0	6,6	3,9	5,1	3,8	7,7	5,4	8,8	6,7	8,9	5,9	4,6	3,1	3,0	1,5	3,2	1,7
41—45 "	4,2	2,4	5,2	3,3	3,0	2,3	9,1	5,4	4,6	3,4	4,8	3,2	2,6	1,9	2,0	1,0	2,1	1,1
46—50 "	2,8	1,6			1,9	1,4			2,8	1,8	3,0	2,0	1,9	1,3	1,4	0,7	1,5	0,8
51 и ст.	4,6	2,1	3,4	1,6	3,6	1,7	5,0	2,0	4,7	1,6	5,2	1,4	2,4	0,8	1,7	0,6	1,8	0,6

население России от западно-европейского по преобладанию браков, заключаемых в самом молодом и юном возрастах, особенно в селениях и среди женщин. Изучение Б. по возрасту брачующихся часто связывается с группировкой по гражданскому состоянию,—определяется число годовичных браков на 1.000 индивидов данного возраста и семейного состояния (холостые, девицы, вдовы, разведенные). При наблюдении Б. во времени исследуется распределение заключенных браков по месяцам и сезонам года («изменчивость» Б.); помесечные и по-сезонные типы Б. изменяются по странам и отдельным местностям, городам и селениям, в зависимости от бытовых, хозяйственных и других условий. Равным образом исследуются также годовичные колебания Б. и медленные ее колебания, наблюдаемые на протяжении значительного ряда лет. Это изучение представляет глубокий интерес, т. к. движение браков зависит отнюдь не от каких-либо случайностей, но тесно связывается с бытовой и хозяйственной жизнью населения и освещает эту последнюю. По мнению некоторых демографов (Г. Майр), кроме браков, представляющих результат комбинированного решения жениха и невесты, представляет интерес для целей специального исследования изучение отдельных решений того и другого лица. В этих целях для местного исследования в некоторых немецких городах статистику заключенных браков стали дополнять статистикой брачных предложений, регистрируемых на особых картах (Зильберглейт). Таковы методы статистического исследования брачности населения. Анализ статистич. данных Б. дает интересные и важные выводы. Из исследователей давнего прошлого еще Кетле (Quetelet) указывал, что «когда стоимость жизненных припасов заметно удорожается и наступает неурожай, то результаты такого положения можно с большой уверенностью найти в книгах браков и рождений». Позднейшие исследователи прихо-

Кандерлье (Canderlier) приходит к убеждению, что повсюду колебания Б. населения находятся под непосредственным и прямым влиянием экономических условий, переживаемых страной. Число браков, по его словам, «служит верным показателем той легкости или трудности, с к-рой население достигает обеспечения для себя средств, необходимых для жизни; число браков увеличивается, когда увеличивается эта легкость; оно уменьшается при обратных условиях». Наблюдение линий движения Б. населения в европейских государствах характеризует их экономическую историю. Для каждого народа нормальное движение Б. населения определяется общим ходом его экономического развития. Войны, неурожаи, эпидемии, промышленные кризисы, народные движения вызывают своего рода катастрофы в этом нормальном движении Б. Но, когда катастрофа миновала, Б. восстанавливает свои потери и после соответствующего периода компенсации возвращается к своей норме. С особой наглядностью процесс этот можно было наблюдать в динамике общей Б. населения европейских государств в связи с эпохой империалистской войны. В годы войны повсюду, даже в некоторых нейтральных государствах, Б. населения понизилась; во многих же случаях упала до небывалого минимума (исключение—Англия, где формирование новой армии из гражданского населения вызвало необычайный подъем заключения брачных союзов, так как вначале призыву подлежали лишь холостые мужчины). Эта катастрофа брачности прекратилась с окончанием войны в 1918 г., когда наступил период компенсации Б., когда задержанная потребность стала развертываться подобно сдавленной спирали; числа Б. европейского населения в 1919—21 гг. превышают обычные нормы отдельных стран в 2—3 раза. Далее они постепенно снова выравниваются, возвращаясь к обычным нормам, свойственным отдельным государствам (см. таблицу 4).

Табл. 4. Брачность населения в связи с эпохой империалистской войны
(число браков на 1.000 жителей).

Государства	1912 г.	1913 г.	1914 г.	1915 г.	1916 г.	1917 г.	1918 г.	1919 г.	1920 г.	1921 г.	1922 г.	1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.
Германия	7,9	7,7	6,8	4,1	4,1	—	5,5	13,3	14,5	11,8	11,1	9,4	7,1	7,7	7,7
Австрия	7,4	6,7	—	4,6	4,4	4,8	6,6	12,4	13,9	12,6	11,4	8,6	8,0	—	—
Венгрия	8,6	9,1	7,2	3,2	3,4	4,1	6,9	19,8	13,0	10,5	10,5	9,5	9,0	8,9	9,0
Бельгия	8,1	8,1	5,5	3,3	4,1	4,4	5,9	12,8	14,4	11,9	11,0	10,5	10,5	9,7	—
Франция	7,9	7,5	5,1	2,3	3,3	4,9	5,4	14,0	16,0	11,6	9,7	9,0	9,0	9,0	8,5
Италия	7,6	7,5	7,0	5,1	2,9	2,7	5,1	8,8	13,9	11,7	9,4	8,4	7,7	7,3	—
Англия	7,8	7,8	8,0	10,2	8,1	7,7	8,6	10,0	10,1	8,5	7,9	7,6	7,7	7,6	7,2
Швеция	5,9	5,9	5,8	5,8	6,1	6,1	6,7	6,9	7,3	6,6	6,1	6,3	6,2	6,2	—
Норвегия	6,2	6,3	6,5	6,4	6,9	7,1	7,8	5,9	7,0	6,8	6,4	6,2	6,0	5,9	5,7
Дания	7,3	7,2	6,9	6,5	7,1	7,1	7,6	8,2	8,4	8,3	7,9	8,0	8,0	7,5	—
Нидерланды	7,7	7,8	6,8	6,7	7,3	7,5	7,4	8,6	9,6	9,2	8,7	8,0	7,8	7,4	7,4
Швейцария	7,3	6,9	5,7	5,0	5,7	6,0	6,7	7,9	9,0	8,4	7,7	7,6	7,3	7,1	—
СССР (Европ.)	—	—	—	—	—	—	—	—	8,8	11,8	12,9	12,9	11,4	10,0	—

дят к тому же заключению. После весьма подробного самостоятельного анализа статистического материала Бельгии, Германии, Англии и Франции, бельгийский статистик

Особенно показательны соответствующие цифры брачности в крупных городах, в частности, в СССР—в Ленинграде и в Москве (отношения на 1.000 населения; см. табл. 5).