

# КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

---

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ  
Университетѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ  
Предсѣдателя Общества  
Проф. Н. А. ГЕРЕНА.

---

**ТОМЪ ІХ.**  
**ІЮЛЬ-АВГУСТЪ.**  
**1909 Г.**

---

КАЗАНЬ.  
Типо-литографія Императорскаго Университета.  
1909.

# KASABAN

1. ... ..  
2. ... ..  
3. ... ..  
4. ... ..  
5. ... ..  
6. ... ..  
7. ... ..  
8. ... ..  
9. ... ..  
10. ... ..

11. ... ..  
12. ... ..  
13. ... ..  
14. ... ..  
15. ... ..  
16. ... ..  
17. ... ..  
18. ... ..  
19. ... ..  
20. ... ..

21. ... ..  
22. ... ..  
23. ... ..  
24. ... ..  
25. ... ..  
26. ... ..  
27. ... ..  
28. ... ..  
29. ... ..  
30. ... ..

31. ... ..  
32. ... ..  
33. ... ..  
34. ... ..  
35. ... ..  
36. ... ..  
37. ... ..  
38. ... ..  
39. ... ..  
40. ... ..

41. ... ..  
42. ... ..  
43. ... ..  
44. ... ..  
45. ... ..  
46. ... ..  
47. ... ..  
48. ... ..  
49. ... ..  
50. ... ..

51. ... ..  
52. ... ..  
53. ... ..  
54. ... ..  
55. ... ..  
56. ... ..  
57. ... ..  
58. ... ..  
59. ... ..  
60. ... ..

61. ... ..  
62. ... ..  
63. ... ..  
64. ... ..  
65. ... ..  
66. ... ..  
67. ... ..  
68. ... ..  
69. ... ..  
70. ... ..

71. ... ..  
72. ... ..  
73. ... ..  
74. ... ..  
75. ... ..  
76. ... ..  
77. ... ..  
78. ... ..  
79. ... ..  
80. ... ..

81. ... ..  
82. ... ..  
83. ... ..  
84. ... ..  
85. ... ..  
86. ... ..  
87. ... ..  
88. ... ..  
89. ... ..  
90. ... ..

91. ... ..  
92. ... ..  
93. ... ..  
94. ... ..  
95. ... ..  
96. ... ..  
97. ... ..  
98. ... ..  
99. ... ..  
100. ... ..

101. ... ..  
102. ... ..  
103. ... ..  
104. ... ..  
105. ... ..  
106. ... ..  
107. ... ..  
108. ... ..  
109. ... ..  
110. ... ..

111. ... ..  
112. ... ..  
113. ... ..  
114. ... ..  
115. ... ..  
116. ... ..  
117. ... ..  
118. ... ..  
119. ... ..  
120. ... ..

## СОДЕРЖАНІЕ.

*Стр.*

Д-ръ Г. Г. Вульфѳусъ. Къ казуистикѣ мультилокулярнаго  
эхинококка печени . . . . . 349.

Д-ръ И. М. Тимовоовъ. Случай резекціи верхней челюсти  
съ примѣненіемъ протеза (демонстрація больной и препаратовъ). 365.

Письма въ редакцію . . . . . 388.

ПРИЛОЖЕНІЕ. Дневникъ Общества Врачей при Импе-  
раторскомъ Казанскомъ Университетѣ. Засѣданія 10 мая,  
15 мая, 15 октября, 12 ноября, 10 декабря 1908 года и  
12 февраля, 26 февраля, 12 марта, 19 марта, 18 апрѣля 1909 г. 1—48.





## Къ казуистикѣ мультилокулярнаго эхинококка печени \*).

Д-ръ Г. Г. Вульфiусь.

*М. Т.*

Позвольте предложить вашему вниманiю препаратъ многокамернаго или мультилокулярнаго эхинококка печени, наблюдавшагося въ мѣстной Александр. Больницѣ въ ноябрѣ мѣс. прошлаго 1908 года. Хотя альвеолярный эхинококкъ, на основанiи повѣвшихъ наблюденiй и не является исключительной рѣдкостью, а въ Казани встрѣчается даже сравнительно часто (патолого-анатомическiй музей насчитываетъ около трехъ десятковъ подобныхъ препаратовъ), данный случай представляетъ на нашъ взглядъ особый интересъ какъ по клиническому теченiю, такъ и въ патолого-анатомическомъ отношенiи.

Въ виду того, что клиническiй діагнозъ даннаго страданiя является въ высшей степени труднымъ, а подчасъ и совершенно невозможнымъ и принимая во вниманiе, что иногда даже на секционномъ столѣ разбираемое пораженiе печени не всегда обнаруживаетъ своей истинной природы и нерѣдко смѣшивается съ другими процессами, напр. гнойниками печени, мнѣ думается, что эта форма эхинококка встрѣчается быть можетъ не такъ рѣдко, по крайней мѣрѣ, въ нѣкот. мѣстностяхъ.

Альвеолярный эхинококкъ давно уже извѣстенъ, какъ клиницистамъ, такъ и патолого-анатомамъ и описывался какъ альвеолярный коллоидъ Вунгемъ (1852 годъ), коллоидный ракъ Luschka (1852), карцинома съ обратнымъ развитiемъ W. Meyer'омъ (1854), студенистый ракъ Бетхеромъ (1858 г. Дерптъ) и т. д. Истинную природу этого страданiя точно установилъ Вирховъ въ 1856 году

---

\*) Доложено въ засѣданiи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ университетѣ 26 Феврала 1909 г.

и назвалъ его мультилокулярной эхинококковой опухолью печени (multilokuläre ulcerierende Echinococcusgeschwulst der Leber). Затѣмъ слѣдуетъ дѣлный рядъ казуистическихъ сообщеній по этому вопросу: 84 случая собраны въ 1856 году Фирордтомъ; въ 1900 году Поссельтъ опубликовалъ статистику альв. эхинококка во всѣхъ странахъ свѣта, обнимающую 215 случаевъ. Одновременно съ нимъ Мельниковъ—Разведенковъ собралъ еще 20 новыхъ случаевъ, не вышедшихъ въ работу Поссельта. Такъ образомъ до 1902 г. общая цифра случаевъ развилась 235-ти. Общее же количество случаевъ альвеолярнаго эхинококка въ Россіи по Мельникову-Разведенкову („Исслѣдованіе альвеолярнаго эхинококка у человѣка и у животныхъ“) равняется 70-ти, при чемъ по городамъ случаи эти распределяются слѣд. образомъ:

Варшава—1 сл. (1897); Юрьевъ—1 сл. (1858); Кіевъ 1 сл.; Кронштадтъ—5 сл. (3 случая Лукина въ 1884 г., 2 сл. Холщевникова); Москва—29 сл.; С-Петербургъ—10 сл. (5 изъ обуховской больницы, 5 изъ Военно-Медицинской Академіи); Сибирь—5 сл.; Казань 17 случаевъ, изъ кот. 6 описаны Брандтомъ, 4 проф. Н. М. Любимовымъ, 5 Виноградовымъ и 2 случая П. П. Заболотновымъ. Всѣ 17 препаратовъ были демонстрированы проф. Любимовымъ на VII съѣздѣ русскихъ врачей въ память Пирогова.

Къ этому числу надо прибавить еще одинъ случай Високовича въ Кіевѣ, 1 случ. въ Харьковѣ и 4 случ. въ Москвѣ, наблюдавшихся съ 1900—1902 года, что составитъ съ прежними 76 случ. Изъ работы П. П. Заболотнова видно, что до 1897 годъ въ Казани альвеолярный эхинококкъ встрѣтился, включая его 2 случая—14 разъ.

Изъ собраннаго мною статистическаго матеріала Казанскаго Патолого-Анатомическаго Института, начиная съ 1898 года по 1908 годъ включительно, на 1145 вскрытій, случаевъ альвеолярнаго эхинококка наблюдалось 11; изъ этого числа д-ръ Осокинъ описалъ въ 1901 году 1 случай,—въ 1904 году студ. Гиммель 3 случая и въ 1906 году д-ръ Виноградовъ демонстрировалъ въ Обществѣ врачей 1 случай, оставшійся не опубликованнымъ.

Въ 1908 году въ клиникѣ проф. Разумовскаго былъ оперированъ одинъ случай мультилокулярнаго эхинококка, въ 1909 году наблюдались на вскрытіяхъ два случая—одинъ д-ромъ И. П. Васильевымъ, другой, составляющій тему даннаго сообщенія.

Въ 1904 году вышла диссертация д-ра Еленевскаго „въ патологической анатоміи мультилокулярнаго эхинококка у человѣка“, въ которой авторъ описываетъ 7 случаевъ, наблюдавшихся имъ лично, при чемъ въ 6 случ. была поражена печень, въ одномъ случ. селезенка и ретроперитонеальные железы. Изъ вышеприведенныхъ данныхъ видно, что въ Казани до 1909 г. включ. альвеоляр-

ный эхинококкъ наблюдался 29 разъ; общее количество вскрытій то это время равняется приблизительно 5350-ти. Если положить въ основу статистику Мельникова—Разведенкова (до 1902 года), обнимающую 76 случ. въ Россіи и прибавить къ нимъ 12 случ. изъ Казани (съ 1902—1909) и случ. Еленевского, то общее количество выразится въ 85 случ. мультилокулярнаго эхинококка, наблюдавшихся въ Россіи.

Эхинококкъ, который у человѣка чаще всего поражаетъ печень, развивается вслѣдствіе зараженія собачьей глистой—*taenia echinococcus*, представляющей собой глисту всего около  $\frac{1}{2}$  стм. длины и состоящей изъ головки и трехъ члениковъ. На головкѣ имѣется вѣнчикъ изъ 30—40 и болѣе крючковъ; по бокамъ сидятъ 4 присоска. Яйца глисты овальной формѣ и окружены плотной, многослойной оболочкой. При зараженіи человѣка паразитомъ, яйца его, попавъ въ кишечникъ, лишаются своихъ оболочекъ подъ влияніемъ желудочнаго сока; зародышъ, имѣющій шесть крючьевъ, освобождается, присасывается къ стѣнкѣ желудка или кишки, пробуравливаетъ ихъ и попадая въ кровеносные сосуды, заносится потокомъ крови чаще въ всего близлежащій органъ—печень. Вполнѣ развитая форма лейтотичной глисты у человѣка до сихъ поръ не найдена; у него встрѣчается только пузырчатая форма (гидатиды). При дальнѣйшемъ ростѣ, зародышъ превращается въ пузырь, при чемъ его наружная стѣнка слагается изъ кутикулы (эластическаго слоя) т. е. изъ тонкихъ хитиновыхъ оболочекъ, внутренняя же изъ зернистаго слоя. Пузырь увеличивается въ объемъ и на внутренней, зернистой оболочкѣ появляются маленькія выпячиванія въ видѣ пузырьковъ небольшой величины, состоящіе также изъ двухъ слоевъ.

Въ этихъ то пузырькахъ развиваются головки или сколексы. Такимъ образ. сколексъ состоитъ изъ пузырька, головки съ хоботками, вѣнчиками крючьевъ и 4-ми присосками.

Въ печени эхинококкъ встрѣчается въ двухъ видахъ: либо въ формѣ однокамернаго, либо альвеолярнаго. Первая встрѣчается значительно чаще второй. Что касается послѣдней, то Россія, какъ мы это видѣли выше, занимаетъ по количеству наблюдавшихся случаевъ, послѣ Германіи, первое мѣсто; Казань стоитъ на второмъ, Москва на первомъ мѣстѣ. Описаны случаи, гдѣ у одного и того-же индивидуума наблюдались не только оба вида эхинококка въ различныхъ органахъ, но находили даже одновременно въ печени и ту, и другую форму (стр. Цемайна).

Что касается природы альвеолярнаго эхинококка, то мнѣнія изслѣдователей распадаются на два лагеря. Одни авторы, какъ напр. Вирховъ, Пуль и др. полагаютъ, что паразитъ альвеолярнаго и однокамернаго эхинококка одинъ и тотъ же, и что все зависитъ отъ той среды, въ которой паразитъ развивается. Вирховъ думалъ,

что размноженіе пузырьковъ альвеолярнаго эхинококка въ печени происходитъ путемъ наружнаго почкованія. Другіе же авторы, кот. дѣлали экспериментальныя изслѣдованія на животныхъ, какъ напр. Klemm, Mangold, Müller, далѣе Мельниковъ-Разведенковъ и др. считаютъ, что мультилокулярный эхинококкъ представляетъ особый видъ паразита, отдѣльный отъ *Taenia echinosoccus*. Мюллеръ напр. принимаетъ два вида глисты: 1) обыкновен. *Taenia echinos.* и 2) *Taenia echinosoccus multilocularis*. По мнѣнію Мельникова-Разведенкова „альвеолярный эхинококкъ размножается въ тканяхъ человѣка и животныхъ посредствомъ яйцевыхъ зародышей и сколексовъ. Первые образуются изъ мелкозернистой протоплазматической субстанціи не только внутри хитиновыхъ пластинокъ или образований, но и снаружи ихъ, въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ тканевыми клѣтками человѣка. Въ этомъ заключается принципиальное отличіе альвеолярнаго эхинококка отъ однокамернаго, въ кот. протоплазматическій образовательный слой находится лишь внутри зародышеваго пузыря“.

Относительно способа локализаци и распространенія альвеолярнаго эхинококка въ печени мнѣнія авторомъ также расходятся. Одни полагаютъ, что паразитъ распространяется по лимфатическимъ сосудамъ (Вирховъ, Klebs), другіе по кровеносной системѣ (Erismann, Leuckart), третьи наконецъ по желчнымъ протокамъ (Friedreich, Schröder van der Kolk, Morin. и др.).

Мультилокулярный эхинококкъ встрѣчается первично не только въ печени, но и въ другихъ органахъ (случ. Roth—Bieder'a Моисѣва, Еленевскаго). Съ другой стороны онъ можетъ давать метастазы въ другіе органы; такіе случаи разсматриваются какъ множественная локализаци альвеолярнаго эхинококка.

Относительно макро-и микроскопическихъ измѣненій, вызываемыхъ этимъ паразитомъ, я отсылаю къ соотвѣт. специальнымъ статьямъ, въ особенности къ монографіи Мельникова-Разведенкова. Скажу лишь, что паразитъ, поселившись въ тканяхъ человѣка или животнаго, вырабатываетъ токсинъ, вызывающій пролиферацію клѣтокъ, которая смѣняется болѣе или менѣе общимъ некрозомъ.

При этомъ образуются гранулемы, аналогичныя по строенію съ инфекционными. Гранулемы альвеолярнаго эхинококка состоятъ изъ лимфоидныхъ, эпителиоидныхъ и гигантскихъ клѣтокъ съ казеознымъ перерожденіемъ въ центрѣ (см. Мельникова—Разведенкова).

Теперь переходу къ нашему случаю.

Исторія болѣзни составлена по скорбному листу хирургическаго отдѣленія Казанской Александровской больницы за № 257.

П. Я. Вавиловъ, 22 лѣтъ, обобщивъ по профессіи, поступилъ въ Терапевтическое отдѣленіе больницы 25 Октября 1907 года съ



диагнозомъ: *Pleuritis exudativa dextra, parotitis sinistra, appendicitis.*

30 ноября 1907 годъ больной былъ переведенъ въ хирургическое отдѣленіе той же больницы. Имѣлись-ли у него припадки аппендицита до поступленія въ больницу установить не удалось. Анамнезъ не далъ указаній ни на *lues*, ни на туберкулезъ. Самъ больной до 25 октября ничѣмъ не болѣлъ.

*Status praesens.* Больной высокаго роста, блѣдный, сильно исхудалый. При аускультации выслушивается ослабленіе дыханія въ правомъ легкомъ; при перкуссии констатируется въ этомъ мѣстѣ притупленіе. Тоны сердца чисты. Въ области *proc. mastoideus sin.* имѣется опухоль съ зыбленіемъ въ центрѣ. Кожные покровы надъ этой опухолью представляются покраснѣвшими. При осмотрѣ брюшной области бросается въ глаза сильное вздутіе живота; при перкуссии въ этомъ мѣстѣ получается тупой звукъ. Тупость распространяется на всю передне-нижнюю стѣнку живота, заходить влѣво за среднюю линію. Пробный проколъ указалъ на присутствіе гнойнаго жидкаго экссудата въ брюшной полости.

Прощупать червеобразный отростокъ не удастся. Справа въ области *fossae Ileo-coelalis* при пальпаціи больнымъ ощущается тупая боль. Стулъ задержанъ. Температура  $39^{\circ}$ , пульсъ 120. Отсутствіе аппетита. Языкъ сухъ и обложенъ.

Перваго декабря (1/XII 1907) подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣланъ разрѣзъ по *lin. alba* длиною около 10 см. По вскрытіи брюшины, вылилось около 4 литровъ гнойно-фибриознаго экссудата.

Брюшная полость черезъ рану изслѣдована пальцемъ, при чемъ найдены сращеніе сальника съ кишечными петлями и ходъ, діаметромъ въ палецъ, идущій къ правой подвздошной ямкѣ. Въ рану вставленъ дренажъ и тампонъ изъ вѣоформенной марли. На рану послонно наложено нѣсколько швовъ. Повязка. Абсцессъ въ области *proc. mastoid. sin.* вскрытъ; изъ раны выдѣлялось значительное количество гноя.

2/XII 07. Самочувствіе хорошее; повязка промокла и замѣнена свѣжей; мочится самъ  $t^{\circ} 35,8^{\circ}$ — $37^{\circ}$ .

3/XII. Повязка вновь промокла; перевязка. Дренажъ и тампонъ переѣнены.  $t^{\circ}$  ут.  $36,4^{\circ}$ , веч.  $37,2^{\circ}$ .

4/XII. Повязка суха. Языкъ обложенъ; жалуется на слабость. Перевязка. Сняты швы. Рана слабо гранулируетъ. Слудное отдѣленіе гноя черезъ дренажъ. Лихорадка прекратилась лишь на два дня.

Съ 5/XII по 6/XII. Изъ раны выдѣляется гной. Аппетитъ отсутствуетъ. Со стороны легкихъ наблюдается притупленіе въ правой половинѣ. Животъ нѣсколько вздутъ. Въ правой подвздош-

ной ямкѣ чувствуется при давленіи боль. Запоры. Вновь лихорадка ясно гектического типа.

6/XV. Подъ хлороформомъ произведенъ разрѣзъ въ области правой подвздошной ямки, параллельно Пупартовой связкѣ, внутрь отъ *spina oss. il. ant. super.*, длиною около 17 сант., до брюшины.

Паріетальная брюшина плотно срослена съ петлями подлежащихъ кишекъ, поэтому послѣ вскрытія она отдѣлена компрессомъ.

Съ большими усиліями удалось отпрепарировать кистовидно-раздутый, плотно сроспійся съ кишечными петлями, утолщенный червеобразный отростокъ, лежавшій позади слѣпой кишки. Послѣ отдѣленія *mesenteriolii*, при чемъ предварительно были наложены лигатуры на сосуды сморщенной брыжжейки, а также и лигатуры на основаніе отростка, послѣдній былъ отдѣленъ термокаутеромъ. Кюльта червеобразнаго отростка послана виоформомъ, инвагинирована въ складку слѣпой кишки; послѣдняя защита Лембертовскими швами. Рана въ брюшной стѣнкѣ защищена этажнымъ швомъ, хотя и не на всемъ протяженіи; средняя часть раны, гдѣ временно вставленъ тампонъ, осталась незащитой.

Червеобразный отростокъ, удаленный при операціи имѣлъ слѣдующее строеніе: (заимствовано изъ доклада проф. Н. А. Гергена Казанскому Обществу Врачей 9 Февраля 1908 года, напечатаннаго въ Казанскомъ Медицинскомъ Журналѣ мартъ-апрѣль 1908 г. стр. 183).

„Отростокъ былъ плотно сросленъ со слѣпой и тонкой кишками; вдвинувшись между ними такъ, что слѣпая кишка лежала вправо и кнаружи, а тонкая влѣво и внутрь—къ средней линіи. Въ операціонномъ полѣ, на сколько оно было открыто, толстая и тонкія кишки были срослены не только съ червеобразнымъ отросткомъ, но также между собой и съ паріетальной брюшиной.

Отростокъ отходилъ отъ передне-внутренняго конца слѣпой кишки, направлялся первоначально вгуть и въ глубину, и на разстояніи нѣсколькихъ сантиметровъ далаъ крутой изгибъ подъ острымъ угломъ и измѣнялъ направленіе изъ глубины, при положеніи на операціонномъ столѣ, кверху—къ брюшной стѣнкѣ. Эта болѣе длинная часть отростка была расширена до діаметра мизинца, видимо вслѣдствіе скопленія въ его полости жидкости и одно-временнаго утолщенія стѣнокъ. На мѣстѣ перегиба отростокъ былъ почти неподвижно фиксированъ рубцово-перерожденной брыжжейкой и проходящими здѣсь, хотя и незамѣтными въ рубцахъ, сосудами отростка. Послѣ перевязки сосудовъ на этомъ трудномъ для оперированія мѣстѣ, послѣ перевязки остальной части брыжжейки, прикрѣпленіе послѣдней было отрѣзано и легко уже было отжечь отростокъ и закрыть рану.

Червеобразный отростокъ представляется длиннымъ—болѣе 10 см. и къ периферическому концу сильно расширеннымъ, въ то время какъ начальная его часть нормальной толщины. Граница узкой и расширенной частей соответствуетъ мѣсту бывшего перегиба; и судя по невозможности продавить жидкость изъ периферическаго расширеннаго отдѣла въ центральный, на мѣстѣ бывшего перегиба слѣдуетъ признать облитерацію просвѣта. Мало того, на этомъ мѣстѣ на нижней, обращенной къ брыжжейкѣ, поверхности отростка ясно видны слѣды бывшего прободенія по присутствію рубцовой ткани и по растяженію ея при нажиманіи на расширенный периферическій конецъ. Въ этомъ мѣстѣ бывшего прободенія стѣнка очень тонка и по вскрытіи ея изъ периферическаго отдѣла отростка выдѣлилась густая, мутная бѣловатаго цвѣта слизь въ количествѣ около  $\frac{1}{2}$  чайной ложки.

Не менѣе замѣчательно въ этомъ случаѣ послѣоперационное теченіе. Несмотря на то, что при операциіи не было вскрыто никакого новаго гнойнаго скопленія,  $t^{\circ}$  тѣла у больного послѣ операциіи рѣзко понизилась и продолжала оставаться въ предѣлахъ нормы довольно продолжительное время.

Послѣоперационное теченіе:

7/II 08. Самочувствіе удовлетворительное. Мочится самъ, просить ѣсть.

10/II. Отдѣленіе гноя изъ свища по lip. alba. Аппетитъ очень плохъ, жалуется на поносъ.

18/II. перевязка. Отдѣленіе гноя меньше. Кашель. Утромъ  $t^{\circ}$  36,9°; веч. 38,5°. Поносъ прекратился.

19/II. Жалуется на боль въ животѣ. При осмотрѣ незначительное вздутіе живота. Изъ свища все еще имѣется отдѣленіе.

26/II. Отдѣленіе изъ раны. Больной можетъ сидѣть; аппетитъ лучше.

3/III. Животъ нѣсколько вздутъ. Отдѣленіе изъ свища продолжается. Вставлена турунда изъ вѣоформенной марли.

17/III. Боль въ животѣ; животъ немного вздутъ. При дострогиваніи незначительная болѣзненность. Изъ свища обильное отдѣленіе гноя.

18/III. Вздутія живота нѣтъ. Обильное отдѣленіе гноя изъ свища. Стулъ правильный.

23/III. Жалуется на боль въ правой половинѣ живота. Отдѣленіе гноя незначительно.

26/III 08. Повязка сильно промокла гноемъ. Самочувствіе хорошее.

1/V Жалуется на слабыя боли въ животѣ. Отдѣленіе изъ свища меньше.

4/V Отдѣленіе гноя обильное. Болей въ животѣ нѣтъ. Стулъ и аппетитъ хорошіе.

8/V. Обильное отдѣленіе гноя. Въ свищѣ имѣются вали грануляціи.

Съ 8 мая по 19 іюля. Больной по временамъ жалуется на боль въ животѣ. Когда имѣется повышеніе  $t^{\circ}$ , изъ свища выдѣляется обильно гной.

Съ 19-аго іюля самочувствіе больного было хорошее. Отдѣленіе изъ свища почти прекратилось и 10-аго августа 1908 года больной выписался, чувствуя себя настолько хорошо, что сталъ немного работать, хотя свищъ не зарылся, вынуждая больного ходить на перевязки черезъ 4—5 дней.

22 сентября 1908 года больной вновь поступилъ въ больницу со слѣдующими явленіями:

1) Общая слабость, 2) боли въ животѣ, 3) боли въ области печени. Исслѣдованіе показало: Животъ нѣсколько вздутъ, болѣзненный. Въ области печени имѣется припухлость; при давленіи послѣдняя болѣзненна.

Кожные покровы надъ этимъ мѣстомъ отечны и блестящи. Въ области легочнаго звука праваго легкаго имѣется притупленіе. Со стороны сердца имѣется акцентъ. Температура  $38^{\circ}$ , пульсъ 102. Въ мочѣ бѣлокъ. Желтуха.

27/IX. На мѣстѣ припухлости сдѣланъ пробный проволъ и добытъ гной. Желтуха.

28/IX. Подъ хлороформнымъ наркозомъ на мѣстѣ пункции (надъ правымъ подреберьемъ, тотчасъ подъ краемъ ребра по *lin. mamillaris*) сдѣланъ параллельно мѣсту соединенія 10 ребра съ 9-мъ послѣдно разрѣзъ до брюшины. По вскрытіи послѣдней показался гной, но въ незначительномъ количествѣ.

Сдѣланъ другой разрѣзъ въ 8-омъ межреберномъ промежуткѣ по *lin. axill. ant.* Когда была вскрыта брюшина и въ рану введенъ палецъ, то открылось сильное кровотеченіе съ отдѣленіемъ гноя. Рану пришлось затампонировать. Влить физиологическій растворъ соли.

29 IX. У больного имѣется желтуха. Чувствуетъ сильную слабость. Аппетитъ отсутствуетъ.

30/IX. Перевязка. Тампонъ перемѣненъ и вставленъ дренажъ въ обѣ раны. Значительное отдѣленіе гноя.

1/X. Отдѣленіе гноя продолжается. Желтуха. Самочувствіе плохое.

Съ перваго октября по день смерти т. е. по 7-ое ноября 1908 г. явленія тѣ-же: отдѣленіе гноя изъ раны; желтуха все время въ томъ же положеніи. Температура за этотъ періодъ болѣзни только два раза поднималась до  $38,7^{\circ}$ , держась въ общемъ на невысокихъ цифрахъ.

Такимъ образомъ исторію данной болѣзни можно разбить на три періода. Первый относится съ пребыванію больного въ Терапевтическомъ отдѣленіи Александровской Больницы, куда онъ былъ принятъ по поводу правосторонняго экссудативнаго плеврита, лѣвосторонняго паротита и аппендицита въ октябрѣ мѣсяцѣ 1907 года; здѣсь онъ пробылъ до 30-аго ноября того-же года.

Второй періодъ его болѣзни начинается съ 3-аго ноября 1907 года, когда онъ былъ переведенъ въ хирургическое отдѣленіе, Александровской Больницы съ признаками большого гнойника въ брюшной полости, развившагося видимо изъ правой подвздошной области. Больному были сдѣланы двѣ операціи: въ первый разъ въ декабрѣ 1907 года черезъ разрѣзъ по средней линіи было выпущено около 4 литровъ гнойно-фибринознаго экссудата, послѣ чего лихорадка прекратилась всего лишь на два дня, и съ 5-аго декабря приняла съ новой силой ясно гектической типъ. Вторая операція была произведена 6 феврала 1908 года; былъ удаленъ червеобразный отростокъ, спаянный съ толстой и тонкими кишками; имѣлся также гнойный, осумкованный перитонитъ. Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ развился гнойный, перфоративный аппендицитъ, поведшій за собой образованіе большого гнойника въ брюшной полости, распознанный при приѣмѣ въ хирургическое отдѣленіе. Больной послѣ операціи поправился и выписался 10-аго августа 1908 года съ незакрывшимися ранами, которыя заставляли его ходить на перевязки черезъ каждыя 4—5 дней.

Однако уже 22 сентября 1908 года больной вновь поступаетъ въ больницу (III-й періодъ болѣзни) съ явлениями пораженія печени. Симптомы эти состояли въ припухлости области печени, отечности подкожной кѣтчатки въ этомъ мѣстѣ, увеличеніи и болѣзненности печени, во вздугіи живота, боляхъ въ эпигастріи, общей слабости, высокой  $t^{\circ}$  ( $38^{\circ}$ ), ускоренномъ пульсѣ и желтухѣ.

Пробный проколъ въ области припухлости печени указалъ на присутствіе гнойника въ ней (добыть гной).

Несмотря на широкое вскрытіе мѣста предполагавшагося гнойника двумя разрѣзами (см. выше), при чемъ открылось сильное кровотеченіе съ довольно обильнымъ отдѣленіемъ гноя, больной погибъ 7 ноября при явленияхъ упадка сердечной дѣятельности, на 47-ой день по поступленіи въ больницу (поступилъ 22 сент. 1908).

Такимъ образомъ у нашего больного симптомы заболѣванія печени обнаружались приблизительно черезъ 11 мѣсяцевъ отъ начала болѣзни (заболѣлъ 25 Окт. 1907 года экссудативнымъ плевритомъ и аппендицитомъ); пораженіе печени ясно обнаружилось въ сент. 1908 года вышеперечисленными симптомами. Сама собой напрашивалась мысль, что эти два заболѣванія находились въ причинной зависимости другъ отъ друга, ибо другихъ симптомовъ

указывавшихъ на гнойное пораженіе печени за весь періодъ болѣзни не было констатировано. Если приять во вниманіе, что у больного былъ перфоративный аппендицитъ, поведшій къ скопленію гноя въ брюшной полости и къ осумкованному перитониту, при отсутствіи какихъ-либо симптомовъ, указывающихъ на первичное пораженіе печени, то вышеприведенное соображеніе получало какъ бы еще большее подтвержденіе. Однако патолого-анатомическое изслѣдованіе дало неожиданно совершенно иной результатъ: былъ констатированъ пагноившійся многокамерный эхинокъ печени.

Само вскрытіе было произведено, въ силу нѣкоторыхъ особенныхъ обстоятельствъ, такъ сказать наскоро.

Была вскрыта только брюшная полость, при чемъ особенное вниманіе было обращено на печень и смежныя съ нею органы. Корни воротной вены, а также и послѣдняя не представляли чего либо особеннаго (отсутствіе пилсфлебита). Печень, спаянная на верхней своей поверхности съ діафрагмой, была удалена *in toto* вмѣстѣ съ другими, спаянными съ ней на нижней поверхности органами. Лимфатическія железы брюшной полости оказались нормальными.

Патолого-анатомическое изслѣдованіе.

Печень, полученная мною для изслѣдованія отъ проф. Н. А. Герцена, законсервирована была по способу Кайзерлипа, при чемъ соотношеніе частей смежныхъ органовъ, вырѣзанныхъ вмѣстѣ съ печенью можно было разобрать лишь съ трудомъ.

Печень вырѣзана изъ трупа вмѣстѣ съ селезенкой, діафрагмой и частью около-сердечной сумки. На верхней поверхности правой доли имѣется небольшой кусокъ праваго легкаго; на нижней поверхности видны желудокъ съ 12-ти перстной кишкой, отрѣзанной на недалекомъ разстояніи отъ *pylorus'a* (сантиметра три).

Печень, измѣнившая нѣсколько свою конфигурацію вслѣдствіе продолжительнаго пребыванія въ консервирующей жидкости, представляется сильно увеличенной, какъ въ передне-заднемъ, такъ и въ верхне-нижнемъ размѣрахъ. Капсула ея рѣзко утолщена. Печень во многихъ мѣстахъ сращена перемычками, частью плотными, частью фибринозными съ окружающими ея органами (на нижней поверхности и переднемъ краѣ съ желудкомъ, 12-ти перстной кишкой, съ *pancreas*; на верхней съ діафрагмой). Передній край притупленъ. Лѣвая доля на верхней поверхности обложена довольно толстымъ пластомъ изъ фибринозно-гнойныхъ массъ сѣроватаго цвѣта.

Желчный пузырь не смѣщенъ; полость его пуста, слизистая оболочка макроскопически не измѣнена.

На разрѣзѣ печень представляетъ видъ мускатной.

Паренхима всей правой доли и большей части лѣвой пронизана полостями и очагами кругловатой, овальной или нѣскольکو неправильной формы; ткань очаговъ представляется сѣрвато-желтаго цвѣта, крошащейся консистенціи; она пронизана мѣстами плотными тяжами соединительной ткани, которые по своей болѣе свѣтло-сѣрой окраскѣ и хрящевой консистенціи выдѣляются среди субстанціи очаговъ.

Большинство гнѣздъ въ центрѣ распалось, вслѣдствіе чего получились неправильныя, пещеристо-образныя съ выступами полости; только по периферіи они ограничиваются болѣе или менѣе толстымъ слоемъ крошащейся или слегка волокнистой тканью, которая состоитъ изъ фибрина и свернувшихся масса гноя. Большинство очаговъ на мѣстахъ соприкосновенія съ мало измѣненной печеночной тканью окружено тонкой прослойкой (до миллиметра толщины), состоящей изъ болѣе плотной, бѣловатой ткани, носящей характеръ какъ бы капсулы. Печеночная ткань въ окружности этихъ очаговъ рѣзко гиперемирована; со стѣнокъ полостей, представляющихся грязно-желто-сѣраго цвѣта свободно отдѣляются мягкія массы.

Величина полостей мѣстами достигаетъ размѣровъ отъ лѣснаго орѣха до куриного яйца.

Нѣкоторые изъ вышеописанныхъ очаговъ имѣютъ величину отъ просяного зерна до горошины, при чемъ можно подмѣтить, что самому сильному распаду подверглись наибольшія по размѣрамъ гнѣзда.

Большія гнѣзда залегаютъ въ паренхимѣ правой доли печени безъ всякаго порядка, какъ въ центрѣ, такъ и ближе къ периферіи ея, такъ что въ общемъ гнѣзда замѣщаютъ большую часть печеночной ткани правой доли, отъ которой остались неширокіе тяжи, расположенные между очагами. Особенно велика полость, лежащая ближе къ передне-верхней поверхности правой доли, отграничиваясь отъ нея только небольшою прослойкой печеночной ткани, толщиной приблизительно въ  $1\frac{1}{2}$  сантиметра.

Лѣвая доля поражена меньше, при чемъ и здѣсь гнѣзда и очаги имѣютъ такой же видъ какъ и въ правой, но число ихъ значительно меньше.

Какой-либо связи пораженныхъ мѣстъ съ печеночными сосудами и крупными желчными путями макроскопически установить не удалось.

На препаратѣ были отпрепарованы *v. mesent. sup.*, *v. lienalis*, *v. portae*, *v. hepatica* и *v. cava inferior.*, а также *ductus choledochus* и *arteria hepatica* и вскрыты по длиннику. Какихъ либо отклоненій отъ нормы замѣтить не удалось; въ *v. portae* и

ея крупныхъ печеночныхъ вѣтвяхъ были найдены въ небольшомъ количествѣ сгустки крови.

Изъ вышеприведеннаго макроскопическаго изслѣдованія печени нужно такъ образомъ отмѣтить прежде всего тѣ многочисленныя полости, которыя помѣщались главнымъ образомъ въ правой доли; болѣе мелкіе очаги, во множествѣ разбросанныя по соседству съ полостями, напоминали маленькіе гнойники, но впоследствии, при микроскопическомъ изслѣдованіи, оказавшимися пучками соединительной ткани. Далѣе бросалось въ глаза полное отсутствіе пилефлебическихъ явленій; желчный пузырь оказался нормальнымъ.

Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты кусочки изъ разныхъ мѣстъ органа и заливались въ целлулоидинъ. Окраска по возможности тонкихъ срѣзовъ производилась разными способами: гематоксилиномъ Ehrlich'a съ возиномъ, гематоксилиномъ по Вейгерту съ послѣдующей окраской по V. Gieson'u, далѣе на желѣзистый пигментъ по Perls'u и т. д. Отмѣчу, что консервированіе по способу Кайзерлипа нисколько не препятствуетъ удачной окраскѣ срѣзовъ; особенно рекомендуется окраска желѣзистымъ гематоксилиномъ по Вейгерту съ послѣдующимъ примѣненіемъ V. Gieson'a.

#### Микроскопическое изслѣдованіе.

При микроскопич. изслѣдованіи срѣзовъ, взятыхъ изъ тѣхъ участковъ печени, которые были свободны отъ вышеописанныхъ мелкихъ гнѣздныхъ очаговъ, прежде всего бросалось въ глаза обильное развитіе соединительной ткани то въ видѣ большихъ, широкихъ тяжей, состоящихъ по большей части изъ волокнистой ткани съ относительно малымъ количествомъ клеточныхъ элементовъ, то въ видѣ скопленій послѣднихъ, напоминавшихъ собою родъ грануляціонной ткани. Отъ этихъ широкихъ тяжей во всѣхъ направленіяхъ отходили волоконца, заходящія между печеночными клетками или опутывающія ихъ со всѣхъ сторонъ. Количество сохранившихся клетокъ печеночной паренхимы было значительно уменьшено. Въ общемъ эти мѣста вполне напоминали рѣзко выраженный цирротическій процессъ. Тамъ, гдѣ основная печеночная ткань сохранялась на большемъ протяженіи и не прорѣзывалась широкими соединительно-тканвыми тяжами, картина принимала видъ обычной мушкетной печени, въ видѣ рѣзко расширенныхъ кровью капилляровъ, которыми сдавливались вокругъ лежащія печеночныя клетки; вслѣдствіе этого онѣ укладывались въ формѣ волнообразныхъ тяжей.

Въ большинствѣ случаевъ печеночныя клетки подверглись значительнымъ регрессивнымъ измѣненіямъ, жировому перерожденію и инфильтраціи (вакцелизаціи) клетокъ послѣ обработки алко-



големъ) или содержали въ обильномъ количествѣ въ своей протоплазмѣ желтовато-бурый или золотистый пигментъ. Однако, на ряду съ этимъ родомъ пигмента, не дававшего реакцію на желѣзо, можно было встрѣтить въ довольно большомъ количествѣ и болѣе темный пигментъ кровороднаго происхожденія, судя по даваемой имъ реакціи на берлинскую лазурь. Въ большинствѣ случаевъ пигментъ послѣдняго рода лежалъ въ печеночныхъ клѣткахъ и видимо являлся результатомъ метаморфоза гемоглобина распавшихся красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Густыя скопленія пигмента въ видѣ объемистыхъ глыбокъ въ нѣкоторыхъ участкахъ были импрегнированы солями извести.

При просмотриваніи препаратовъ бросается далѣе въ глаза обильное развитіе среди широкихъ соединит.-тканыхъ тяжей желчныхъ ходовъ, пересѣченныхъ въ различныхъ направленіяхъ.

Какъ мы уже выше указали, при развитіи рубцовой, соедин. ткани, печеночныя клѣтки въ большинствѣ случаевъ подверглись явленіямъ постепенной атрофіи и некрозу и только желчныя ходы составляли исключеніе: они наиболѣе долго противостояли индуративному процессу и сверхъ того во многихъ мѣстахъ замѣтна была ихъ регенерация, среди широкихъ цѣвовъ соединит. ткани попадались желчныя ходы, не сохранившіе своей правильной цилиндрической формы, и представлявшіеся въ видѣ извитыхъ, загзагообразныхъ съ боковыми выпячиваніями трубокъ. По характеру ихъ эпителия можно было заключить, что они несомнѣнно размножались, ибо эпителиальныя клѣтки располагались въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ нѣсколько слоевъ, при чемъ онѣ становились болѣе низкими, плоскими, принимая неправильныя очертанія. Въ одномъ мѣстѣ намъ попалъ въ срѣзъ значительной величины желчный ходъ, на далекомъ протяженіи пересѣченный въ продольномъ направленіи. Онъ представлялъ изъ себя длинную извитую трубку съ боковыми колбовидными выпячиваніями и на одномъ концѣ заканчивался расширеніемъ; выстланъ онъ былъ высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ съ густо окрашенными ядрами, расположенными ближе къ основанію клѣтокъ. Просвѣтъ этого протока, напоминавшій въ общемъ железистую трубку въ аденомахъ, былъ заполненъ нѣжно зернистою безструктурной массой.

Что касается сосудовъ, то лежавшіе среди островковъ печеночной ткани были мало измѣнены; сосуды же большого калибра отличались рѣзкимъ утолщеніемъ всѣхъ оболочекъ, при чемъ просвѣтъ ихъ сохранился довольно хорошо.

На массѣ вначалѣ изслѣдованныхъ срѣзовъ среди обширныхъ соединит.-тканыхъ тяжей, изрѣдка встрѣчались большія плазмодіальныя массы — гигантскія клѣтки. Эти гиганты по большей части были неправильной, вытянутой формы хотя рѣже встрѣча-

лись и круглыя образованія. Они отличались обильнымъ количествомъ протоплазмы, беспорядочнымъ расположеніемъ ядеръ число которыхъ въ нѣкоторыхъ гигантахъ доходило до 100 и болѣе. Въ сосѣдствѣ съ ними встрѣчались намъ то тамъ, то сямъ стекловидныя, оврашенныя гематоксилиномъ массы, которыя наводили на мысль, не имѣемъ-ли мы здѣсь дѣло съ хитиновыми оболочками эхинококка.

Долго время мы не знали, чѣмъ объяснить причины происхожденія этихъ гигантскихъ клѣтокъ и только послѣ тщательнаго изслѣдованія кусочковъ, взятыхъ изъ другихъ мѣстъ печени, пораженныхъ гнѣздными образованіями, намъ удалось выяснитъ, что эти гиганты встрѣчались въ нѣкоторыхъ участкахъ въ громадномъ количествѣ и разсасывали какія-то инородныя, безструктурныя образованія. Последнія при ближайшемъ разсмотрѣніи оказались хитиновыми оболочками эхинококковыхъ пузырей.

На наиболѣе удачныхъ препаратахъ мы могли найти на сравнительно большомъ протяженіи гомогенныя, блестящія, почти одинаковой толщины лентообразныя полоски, слабо извитыя, сильно преломлявшія свѣтъ, иногда изогнутыя дугообразно или какъ бы смятыя перчатки. Къ периферической сторонѣ этихъ оболочекъ прилежали обширныя гигантскія клѣтки, густо набитыя ядрами; на многихъ мѣстахъ можно было подмѣтить, что эти хитиновыя оболочки прерывались, при чемъ въ этихъ участкахъ гиганты образовывали выпячиванія протоплазмы, такъ что получалось впечатлѣніе будто бы они уничтожали вышесказанныя безструктурныя оболочки. Обычно гиганты располагались въ непосредственной близости съ хитиновыми оболочками; тамъ же, гдѣ послѣднія отсутствовали, гигантскія клѣтки либо совсѣмъ не появлялись, либо окрашивались очень неясно, очевидно, вълѣдствіе некротическихъ измѣненій, происшедшихъ въ нихъ. Наконецъ, на препаратахъ, взятыхъ изъ стѣнки большихъ полостей съ распадомъ ткани въ центрѣ, было видно, что снаружи эти полости окаймлялись плотнымъ кольцомъ соединительной ткани, за которымъ слѣдовалъ неширокій поясъ лейкоцитовъ, по большей части распавшихся; еще далѣе внутри ткань стѣнки состояла изъ безструктурнаго детритообразнаго распада при полномъ отсутствіи клѣточныхъ элементовъ.

Въ заключеніе упомянемъ, что соскобъ, взятый со стѣнокъ полостей и изслѣдованный на присутствіе сволексовъ, далъ отрицательный результатъ.

Резюмируя все выше сказанное, мы должны придти къ заключенію, что въ данномъ случаѣ имѣлся многокамерный эхинококкъ печени, подвергшійся почти полному некрозу съ послѣдующимъ

гнойнымъ распадомъ центральныхъ частей узловъ опухоли. Слѣды пузырей сохранились только отчасти на фиксированныхъ препаратахъ и были найдены въ видѣ хитиновыхъ оболочекъ въ гнѣздахъ небольшой величины. Уже одна наличность этихъ хитиновыхъ оболочекъ несомнѣнно говорила за пораженіе печени эхинококкомъ.

Особенность даннаго случая заключается помимо своеобразнаго клиническаго теченія болѣзни въ томъ, что вслѣдствіе какой-то причины, эхинококкъ подвергся обратному развитію, при чемъ меньшихъ размѣровъ очаги, какъ болѣе способные къ организаціи замѣстились рубцовой тканью; гнѣзда же болѣе величины подверглись некрозу съ послѣдующимъ нагноеніемъ; однако до зарубцеванія здѣсь дѣло не дошло повидимому благодаря большимъ размѣрамъ очаговъ, вслѣдствіе чего здѣсь образовались полости, заполненныя детритообразнымъ содержимымъ съ периферическимъ поясомъ изъ лейкоцитовъ и рубцовой соединительной ткани. Мы и обычно знаемъ, что большіе конгломераты эхинококковыхъ узловъ могутъ подвергнуться постепенному распаду въ центрѣ; но въ нашемъ случаѣ бросается въ глаза то обстоятельство, что обратному развитію подверглись не только большіе, но даже и мельчайшіе очаги, такъ что картина вполне симулировала множественныя абсцессы печени, введенная въ заблужденіе не только клиницистовъ, но и на секціонномъ столѣ не вполне обнаружившая своего истиннаго характера.

На основаніи обзора микроскопической картины нужно съ большой вѣроятностью предположить, что процессъ этотъ долженъ былъ тянуться долгое время, потребное для развитія столь обильной и стойкой соединительной ткани.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

1) а. Мельниковъ-Разведенковъ. Исслѣдованіе альвеолярнаго (мультилокулярнаго) эхинококка у человѣка и животныхъ.

б) О н ѣ - ж е. Докладъ на програмную тему объ альвеол. эхинококкѣ на VIII Пироговскомъ Сѣздѣ въ Москвѣ. Выпускъ I Ноябрь 1902 г. стр. 23.

2) Boettcher. Beitrag zur Frage über den Gallertkrebс der Leber. Virch. Arch. 1858 Bd. XV.

3) Б р а н д т ѣ. Къ патолого-анатомической казуистикѣ мультилок. эхинококка печени. Дневникъ Общества Врачей при Казанскомъ Унив. 1889. іюнь и іюль стр. 15.

- 4) Крузенштернъ. Случай многокамернаго эхинококка печени въ Восточной Сибири. Врачъ 1892 № 35.
- 5) Н. М. Любимовъ. Отчетъ Засѣданій Общ. врачей при Казанск. Унив. Врачъ. 1890.
- 6) Онъ-же. О мультилокулярномъ эхинококкѣ. Труды VII съѣзда русскихъ врачей въ память Пирогова.
- 7) Лукинъ. Многокамерная пузырноглистистая опухоль мозга и печени. Врачъ 1884 № 27.
- 8) Осокинъ. Случай многокамерн. эхинококка печени. Дневникъ Общ. врачей при Казанск. Унив. Выпускъ II 1900 стр. 160—163.
- 9) Заболотновъ. Къ вопросу о множественной локализациі многокамернаго эхинококка. Днев. Общ. врачей при Казанск. Унив. 1897.
- 10) Виноградовъ. Н. О. О мультилокулярномъ эхинококкѣ. Днев. Общ. врачей при Казанск. Унив. 1894. Выпускъ IV. Стр. 182—226.
- 11) Гиммель А. М. Къ гистологіи мультилокулярнаго эхинококка печени. Казанскій Мед. Журналъ Томъ IV. Май-іюнь 1909 стр. 301.
- 12) Еленевскій. Къ патологической анатоміи мультилокулярнаго эхинококка у человѣка. Диссертація. Харьковъ 1904. Реф. по Мед. Обзорѣнію 1905 № 20 Стр, 575.

## Случай резекціи верхней челюсти съ примѣненіемъ протеза (демонстрація больной и препаратовъ). \*

И. М. Тимофеевъ.

Многія заболѣванія человѣческаго организма, нуждающіяся въ хирургическомъ лѣченіи, требуютъ отъ врача-хирурга не только устраненія лапшаго заболѣванія по всѣмъ правиламъ хирургической техники и современной асептики, но и проведенія надлежащаго послѣоперационнаго ухода. Послѣднее удается иногда довольно трудно, особенно на ранахъ, находящихся вблизи такъ называемыхъ естественныхъ отверстій и на пути дыхательнаго и пищеварительнаго тракта, ввиду постояннаго загрязненія раны отдѣленіями и выдѣленіями этихъ путей.

Мало того, есть не мало хирургическихъ заболѣваній, гдѣ оперативное вмѣшательство влечетъ за собой тотъ или иной дефектъ тканей въ пораженной области, неустранимый путемъ естественной пластики, или результатомъ операціи являются неизгладимые рубцы, западаніе, сморщиваніе и стягиваніе тканей, иначе говоря, страдаетъ косметическая сторона дѣла, получается обезображиванье, которое также требуетъ устраненія его искусственнымъ путемъ. Сюда въ особенности относятся дефекты тѣхъ частей человѣческаго тѣла, которыя остаются незакрытыми одеждой, или форму которыхъ трудно скрыть послѣдней; а также дефекты таковыхъ частей органовъ, которыя нужны для тѣхъ или иныхъ отправленій.

Болѣе же всего должно быть обращено вниманіе хирурга въ подобнаго рода случаяхъ на косметическую сторону операціи у лицъ женскаго пола, особенно дѣвушекъ и женщинъ, у которыхъ косметика играетъ выдающуюся роль въ ихъ общественной жизни.

---

\* Доложено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 22 марта 1903 г.

Всѣмъ извѣстно, на какія операціи, подчасъ угрожающія жизни, рѣшаются подобаго рода субъекты; сколь стойчески выносятъ онѣ иногда сильнѣйшія операціонныя боли, лишь бы избавиться отъ того или иного обезображиванія.

Цѣлью моего доклада является случай резекціи верхней челюсти по поводу новообразованія послѣдней съ послѣдующимъ примѣненіемъ съемнаго протеза. Этотъ случай заслуживаетъ тѣмъ большаго вниманія, что удаленіе новообразованія, по характеру своего гистологическаго строенія болѣе подходящаго къ типу доброкачественныхъ опухолей, даетъ право надѣяться на радикальное излѣченіе больной. При болѣе же детальномъ изученіи даннаго новообразованія оказывается, что такіе случаи встрѣчаются не часто.

Здѣсь я позволю себѣ нѣсколько остановиться на нѣкоторыхъ статистическихъ данныхъ частоты встрѣчающихся доброкачественныхъ и злокачественныхъ новообразованій челюстей, въ частности саркомъ верхней челюсти, историческихъ справкахъ примѣненія операціи резекціи верхней челюсти и способахъ операціи на ней съ примѣненіемъ протеза.

Опухоли на челюстяхъ дѣлятся на злокачественныя и доброкачественныя. По статистикѣ челюстныхъ опухолей Windmüller'a, наблюдавшихся въ Геттингенской клиникѣ, оказывается, что опухоли одинаково часто встрѣчаются какъ на верхней, такъ и на нижней челюсти. Полъ также не имѣетъ значенія. Что же касается различныхъ формъ опухолей, то частота ихъ наблюдается въ слѣдующемъ нисходящемъ порядкѣ: чаще всего встрѣчаются раки, затѣмъ саркомы, кисты, остеомы, фибромы, хондромы, меланомы, аденомы, ангиомы, эпителиомы, цилиндромы и опухоли зубнаго происхожденія.

Саркомы челюстей встрѣчаются чаще карциномъ, при чемъ саркомы верхней челюсти чаще, чѣмъ нижней.

По статистикѣ С. О. Weber'a изъ:

307 случаевъ опухолей верхней челюсти	84 оказались саркомами
402 — — — — — нижней	132 — — — — —

По статистикѣ же Gurlt'a, собравшаго всѣ случаи опухолей въ 3-хъ Вѣнскихъ большихъ больницахъ съ 1858—1878 г. или 1865—1878 г., изъ 14630 всѣхъ опухолей, и изъ нихъ 532 челюстей, приходится 96 саркомъ верхней челюсти и 83—нижней. 3,4 всѣхъ опухолей человѣческаго тѣла падаютъ на обѣ челюсти. Въ Геттингенской хирургической клиникѣ (König-Braun) съ 1875—1899 г. оперировано 27 саркомъ верхней челюсти (по Martens'у) и съ 1875—1902 г. 19 саркомъ нижней челюсти (по Behm). Женщины нѣсколько болѣе предрасположены къ заболѣванію саркомами, чѣмъ мужчины. Чаще всего поражаются тѣло и передняя часть альвеолярнаго отростка (рѣзцы, клыки), рѣже—твердое небо

и *processus frontalis*. Патологоанатомически различаютъ: периферическія—періостальныя, исходящія изъ надкостницы и центральныя—міелогенныя, исходящія изъ костнаго мозга. Чаще встрѣчаются смѣшаннаго типа. Клинически же дѣлится на твердыя (періостальныя)—съ доброкачественнымъ теченіемъ и мягкія (костно-мозговья)—со злокачественнымъ теченіемъ. Періостальныя саркомы имѣютъ лучевидное строеніе и радіально расположенныя костныя балки. Міелогенныя—богаты кѣтками и бѣдны межуточной тканью. Что касается до консистенціи опухолей, то она зависитъ отъ качества кѣтокъ входящихъ въ новообразованіе (круглыя, веретенообразныя и гигантскія). Цвѣтъ (коричневокрасный, бурокрасный и сѣвобрасный) зависитъ отчасти отъ богатой васкуляризаціи, отчасти же отъ выступающаго между кѣтками пигмента.

Развиваются саркомы какъ центрально, такъ и периферически. Въ послѣднемъ случаѣ въ видѣ *epulis*'а, растущаго наружу, либо—внутри, въ видѣ *epulis intraosseuse enkystée* (E. Nélaton), не затрагивая альвеолярнаго края стѣнки челюсти и появляясь въ видѣ опухоли на щеку, небо или въ полости челюсти (König). Эти послѣднія въ первыя десятилѣтія жизни растутъ медленно и даютъ весьма рѣдко метастазы, мало склонны къ рецидивамъ и даютъ наибольшій процентъ длительныхъ измѣненій изъ всѣхъ саркомъ челюстей.

Опухоль, при центральномъ развитіи, первоначально окружена костной капсулой, которая покрываетъ ее со всѣхъ сторонъ и прорывается лишь при относительно большомъ разращеніи опухоли.

Саркомы верхней челюсти растутъ преимущественно по направленію къ *sinus maxillaris* и захватываютъ орбиту, носовыя ходы, глотку и даже основаніе черепа; онѣ въ общемъ не сильно распространяются; боли при нихъ слабѣе, чѣмъ при карциномахъ. Міелогенныя формы на верхней челюсти протекаютъ часто подъ видомъ пораженія синусовъ, при чемъ замѣчается сваружи опуханіе и пергаментный трескъ. Симптомы выражаются въ закупоркѣ носовыхъ путей и неба. Что касается до пораженія лимфатическихъ железъ, то оно встрѣчается сравнительно не часто: такъ изъ 33 наблюдавшихся случаевъ—въ 5 было набуханіе железъ, а въ 3—метастазъ въ субмаксиллярныя железы; при чемъ въ 1 случаѣ метастазъ распознанъ только во время операціи. *Epulis intraosseae enkystée* вполне схожъ гистологически съ гигантокѣлочковой саркомой (Bergmann). Послѣдняя является доброкачественной и болѣе рѣдкою формой; она, не затрагивая альвеолярнаго края, прободаетъ стѣнку челюсти, а на верхней челюсти даже *sinus maxillaris*, и появляется на щекахъ и небѣ.

Paget наблюдалъ самопроизвольное исчезновеніе гигантокѣлочковой саркомы лѣвой верхней челюсти, послѣ операціи удаленія

подобной опухоли на правой сторонѣ (Paget. Surgical Pathologie T. 551). Terillon наблюдалъ метастазъ при гигантоклеточевой саркомѣ черезъ 3 года.

Особое положеніе въ патологіи занимаютъ опухоли зубного происхожденія, развившіяся на счетъ эмалеваго органа, такъ называемыя adenomata adamantina, которыя легко могутъ быть смѣшанны съ саркомами и, вѣроятно, въ прежнее время смѣшивались очень часто. Изученіе этихъ опухолей въ клиническомъ и патолого-анатомическомъ отношеніи, хотя за послѣдніе годы и подвинулось впередъ, но далеко еще не закончено.

Впервые частичную резекцію верхней челюсти произвелъ Acoluthus (Бреславльскій хирургъ) въ 1693 году; трепанацию верхней челюсти—Molinetti въ 17 столѣтіи, а v. Bertrand и Goosch—въ 18 столѣтіи.

Первую тотальную экстирпацию произвелъ Gensoul въ 1827 году, а въ 1828 году ту же операцію—Textor въ Вюрцбургѣ и Lizars въ Лондонѣ.

Субперіостальную резекцію верхней челюсти произвели въ 1857 году Dieffenbach, Velpeau, J. E. и O. Heyfelder и v. Langenbeck.

Тампозъ-канюля впервые примѣнена при удаленіи верхней челюсти Trendelenburg'омъ въ 1869 году, а Rose ввелъ свой способъ оперирования со свѣщенной головой въ 1874 году. Оперировалъ безъ наркоза въ 1901 году Krönlein и съ тѣхъ поръ горячо рекомендовалъ его, получивши блестящіе результаты. Schönborn и Schlatter начали оперировать съ предварительной перевязкой сагиталь.

Развитію ученія резекціи верхней челюсти съ пластическимъ закрытіемъ дефекта способствовали Vardenheuer и König junior; протезы же предложены хирургами и зубными врачами въ теченіе послѣднихъ десятилѣтій.

При операціяхъ на верхнихъ челюстяхъ главнымъ образомъ нужно имѣть въ виду 3 опасности: 1) Послѣоперационную пневмонию, обусловленную аспираціей крови во время операціи и разложившихся секретовъ послѣ нея; 2) суффикацію, вслѣдствіе аспираціи крови и въ 3) анемию, вслѣдствіе потери крови. Первая опасность самая большая. Этотъ вопросъ разработанъ Krönlein'омъ въ 1901 году, указавшимъ на громадную смертность при тотальной экстирпации верхней челюсти по поводу новообразованія ея и что  $\frac{1}{2}$  всѣхъ летальныхъ исходовъ послѣ операціи сводится къ заболѣванію воздухоносныхъ путей, а дальѣйшія послѣоперационныя заболѣванія объясняются примѣненіемъ наркоза.

Во второй половинѣ 19 столѣтія много дѣлалось операцій подъ наркозомъ и потому результаты антисептическаго лѣченія



затемнялись вліяніемъ наркоза. Опасность наркоза заключается въ выпаденіи или ослабленіи того рефлекторнаго акта, благодаря которому устраняется проникновеніе инородныхъ веществъ въ трахею (кашель, выхаркиваніе).

Для устраненія опасности отъ наркоза большинство хирурговъ оперируетъ въ настоящее время въ полунаркозѣ. За  $\frac{1}{4}$  часа до операціи назначается 0,01 морфія подъ кожу. При всякомъ разрѣзѣ больной находится въ полунаркозѣ, который продолжается и во время отдѣленія мягкихъ частей. Затѣмъ наркозъ ослабляютъ до появленія рефлексовъ (кашель, реагированіе на окрики, оборонительныя движенія, стоны). Вначалѣ операціи рекомендуется щадить слизистыя оболочки. Werneuil и v. Esmarchs рекомендуютъ до начала операціи тампонировать хоаны, чтобы предотвратить затеканіе крови въ носъ. Какъ только ротовая полость вскрыта, торопятся съ резекціей костей и немедленной тампонадой полости. Тѣмъ не менѣе полунаркозъ не спасаетъ отъ послѣоперационныхъ осложнений. König, по словамъ Martens'a, изъ 74 потерялъ 11 отъ пневмоніи, 1—отъ задушенія кровью, 1—спасенъ трахеотоміей. По мнѣнію Krönlein'a опасность при полунаркозѣ уменьшается въполовину. Krönlein требуетъ совершенно воздержаться отъ наркоза. Dieffenbach, Ried, v. Bruns, Baum и друг. не знали опасности бронхопневмоніи при этой операціи. Krönlein оперируетъ такимъ образомъ: за  $\frac{1}{4}$  часа до операціи вводитъ подъ кожу 0,01—0,015 морфія, при проведеніи перваго кожного разрѣза даетъ вдохнуть нѣсколько разъ эфиръ (сугестивно); остальные моменты операціи производитъ безъ наркоза, какъ можно быстро. Предлимпарной операціи не производитъ. Пациентъ во время операціи находится въ вертикальномъ положеніи со слегка наклоненной впередъ головой. Krönlein изъ 35 оперированныхъ имъ такимъ образомъ больныхъ потерялъ одного отъ менингита. Такой результатъ стоитъ обособленно въ статистикѣ. Тѣмъ не менѣе методъ Krönlein'a въ общемъ не привился, т. к. слишкомъ предъявляетъ требованій къ терпѣнію пациентовъ.

Кромѣ общей анестезіи предложено много способовъ мѣстной и на протяженіи.

За послѣднее время стали оперировать съ предварительной перевязкой art. carotis externa съ одной или обѣихъ сторонъ. Перевязка art. carotis communis производилась въ Россіи Рейеромъ, Вельяминовымъ и въ Западной Европѣ Lesser'омъ въ 1882 г. и др., но, ввиду опасности для мозга, оставлена. Лучше и безопаснѣе, профилактическая перевязка art. carotis externae, примѣнявшаяся Bryant (въ 1891 г.) и др. По мнѣнію Kocher'a junior и Schlatter'a простота и безопасность этого метода неоспоримы, ибо исключаютъ возможность тромбоза отъ мѣста перевязки до art. carotis communis

если перевязка дѣлается не на самомъ мѣстѣ бифуркаціи *caroti* дѣ. Перевязка примѣняется многими американскими хирургами.

Положенію пациента во время операціи придается не менѣе значенія, чѣмъ наркозу. Предложено нѣсколько способовъ (Kronlein, Rose, Kocher и т. д.), на которыхъ я не буду останавливаться. Кромѣ того, предложено много способовъ тампонады, тампонъ-канюлей и тубажей трахеи; результатомъ произведенныхъ при нихъ за послѣднее время операцій многие остались довольны (Rotter, Kuhn, Dirk и др.).

Nousbaum предложилъ трахеотомию и кампрессъ съ масломъ со стороны полости рта. Трахеотомию съ тампонъ или губкой—канюлей предлагали и другіе хирурги (Trendelenburg, Rosenbach, Hahn), но въслѣдствіи почти всѣ отказались отъ этого метода оперирования, ввиду опасности отъ неплотнаго замыканія и соскальзыванія канюли—съ одной стороны и большой и не менѣе опасной травмы—съ другой стороны. Martens указываетъ, что 28% смертности падаютъ на трахеотомию съ послѣдующимъ введеніемъ Trendelenburg'овской тампонъ—канюли.

Что касается до, такъ называемой, естественной пластики, примѣняемой съ цѣлью избѣгать послѣоперационныхъ осложнений съ одной стороны и полученія косметическаго эффекта—съ другой, то она рѣдко выполняла свое назначеніе.

Предложено много способовъ, на которыхъ останавливаться я не имѣю возможности.

Кромѣ того, въ настоящее время въ искусственныхъ протезахъ мы имѣемъ незамѣлимое подспорье для уничтоженія и сглаживанія дефектовъ и обезображиваній, являющихся результатомъ хирургическаго вышательства. Ихъ изящество, легкость, портативность, приспособленность, такъ что они становятся неощутимыми для больного, не оставляютъ ничего желать лучшаго. Выполненіе дефектовъ даже до мельчайшихъ подробностей, а также, въ одно и то же время, ихъ несложное устройство, дѣлающее ихъ удобоъемными, положительно оправдываютъ примѣненіе ихъ.

Теперь вопросъ, когда дѣлать протезъ и когда его примѣнять? На это существуетъ нѣсколько предложеній, и въкоторыя даже диаметрально противоположны одинъ другому. Такъ Claude Martin (Lion) сейчасъ же при операціи вполне замѣщаетъ резцированную челюсть протезомъ (*immediathprotese*) и только черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ вставляетъ постоянный съемный протезъ меньшихъ размѣровъ. Bergmann и Sauer замѣщаютъ дефектъ послѣ полнаго излѣченія до образованія рубцоваго сморщиванія. Nahl рекомендуетъ пластинку, замѣщающую твердое небо, а Martin—протезъ для выпячиванія щеки. Witzel вводитъ пластинку въ рану тотчасъ послѣ операціи, чтобы дать опору іодоформному тампону.

Протезъ твердаго неба улучшаетъ разговорную рѣчь и не препятствуетъ уменьшенію ротовой полости. Матеріаломъ для протезовъ является каучукъ, золото для пластинокъ и крючковъ и целлюлоидъ. Формы дѣлаются по модели. Для прикрытія протезовъ служатъ зубы верхней или даже нижней челюсти, а иногда протезъ укрѣпляется черезъ носъ—въ носогубной складкѣ.

Самый рациональный методъ, по мнѣнію G. Perthes'a, König'овская мышечная пластива съ замѣщеніемъ твердаго неба протезомъ на 3—4 недѣли. Fuchs, изъ клиники Мивулича, тампонируетъ ежедневно ватой или марлей полость у больныхъ матеріально необезпеченныхъ.

Что касается до способа производства операціи резекціи верхней челюсти, то ихъ было предложено очень много. Большинство изъ нихъ являются модификаціей способа Diefenbach'a (Weber, Nélaton, Diefenbach—Weber, Kocher) или же являются болѣе или менѣе своеобразными, смотря по случаю, при которомъ хотять примѣнить его (Gersuny, Maigaigne, Velpeau, v. Langenbeck). Большинство хирурговъ горячо рекомендуетъ перевязку art. carotis externaе, особенно у анемичныхъ и кахектическихъ пациентовъ, если послѣдніе не страдаютъ сосудистымъ заболѣваніемъ и только въ крайнемъ случаѣ прибѣгать къ перевязкѣ art. carotis communis. (Reyher, v. Lesser, Bryant, Chennborn, Cocher, Schlatter v. König изъ Бергмановской клиники).

При производствѣ операціи резекціи верхней челюсти рекомендуется какъ можно больше удалить се, не стѣсняясь заходить далеко въ здоровыя части челюсти и прилегающія пограничныя области, такъ какъ иногда результатомъ чрезмѣрной бережливости являются рецидивы. Keen наблюдалъ рецидивы при саркомахъ верхней челюсти, которые были обусловлены болѣею частью вращеніемъ отростковъ опухолевидной массы въ лобную пазуху со стороны носа. Поэтому онъ всегда вскрываетъ лобную пазуху съ послѣдующей пластикой. Затѣмъ выводитъ тампонъ черезъ носовое отверстіе и держитъ его 6—8 дней.

Рецидивы послѣ удаленія злокачественныхъ новообразованій верхней челюсти наступаютъ въ среднемъ черезъ 3—9 мѣсяцевъ (по статистикѣ Цюрихской клиники). У Küster'a не было ни одного стойкаго результата.

По статистикѣ Erlanger'a изъ 17 случаевъ получился только 1 стойкій результатъ. Въ Greifswaldes изъ 17 тотальныхъ резекцій—ни одного хорошаго результата. Estlander изъ 12 получилъ 10 рецидивовъ. Martens, въ Геттингенской клиникѣ, на 74 тотальныхъ резекціяхъ съ 23 летальными исходами, наблюдалъ 16 стойкихъ результатовъ. Stein, изъ Бергмановской клиники, изъ 13 больныхъ, оперированныхъ въ 1890—1900 г. по поводу саркомы верхней челюсти, о которыхъ имѣеть свѣденія—ни одинъ не выжилъ. Изъ

48 операций въ Бреславльской клиникѣ наблюдалось только 3 стойкихъ результата (5 лѣтъ). Это—всѣ 3 саркомы; въ то время какъ сарциномы дали всѣ рецидивы. По Stein'у, при парціальной резекціи, наблюдается въ 50% случаевъ стойкіе результаты, длящіеся, по крайней мѣрѣ, 3 года. Все вышесказанное указываетъ намъ на наивозможно раннее удаленіе злокачественнаго новообразованія для полученія стойкаго результата.

Теперь я перейду къ описанію случая, оперированнаго въ ноябрѣ мѣсяцѣ 1907 года въ факультетской хирургической клиникѣ профессоромъ В. И. Разумовскимъ по поводу опухоли верхней челюсти, которая, при ближайшемъ изслѣдованіи, оказалась не саркомой, какъ вначалѣ предполагали, а относящейся къ разряду опухолей зубнаго происхожденія.

Изъ анамнестическихъ данныхъ и данныхъ изслѣдованія мы имѣемъ слѣдующее:

Больная А. А. Зырянова, 20 лѣтъ, крестьянка села Усоля, Пермской губ., Соликамскаго у., дѣвушка, прислуга, поступила въ факультетскую хирургическую клинику 8 ноября 1907 года съ быстрорастущею опухолью правой верхней челюсти.

При наружномъ осмотрѣ пораженной части оказалось слѣдующее. Подъ правымъ глазомъ имѣется опухоль величиною съ большой грецкій орѣхъ, костной плотности, съ покраснѣвшимъ кожнымъ покровомъ и съ сильно развитыми венами (сильно выражеными). Нижнее вѣко вѣсколько отечно. Подъ опухолью имѣется небольшой шрамъ, идущій справа—налѣво, сверху—внизъ, спереди—назадъ, длиною около 4 см. Далѣе внутри идетъ рубецъ до носу въ горизонтальномъ (resp. фронтальномъ) направленіи; дойдя до носу, спускается внизъ до крыла носа, а затѣмъ снова поворачивается направо во фронтальной плоскости до носовой перегородки и, наконецъ, по срединѣ верхней губы спускается внизъ. Ниже подглазничной опухоли верхняя челюсть какъ бы вздута, на ощупь—бугриста, костной плотности. Нижняя граница костной плотности простирается до уровня нижняго края крыла носа. Нижняя граница не ровна и бугриста. Кожный покровъ надъ нижней частью верхней челюсти—нормаленъ. Кожа надъ челюстью имѣетъ округлое очертаніе и какъ бы приподнята и сохраняетъ такое очертаніе отъ праваго крыла носа до праваго уха. Носовочелюстная складка сглажена и приподнята, скуловой дуги прощупать не удается. Черезъ правую ноздрю дышать не можетъ, а черезъ лѣвую—съ трудомъ. Со стороны полости рта опухоль выстоитъ въ области альвеолярнаго отростка, вдоль его, на 2 см. спереди—назадъ. Нижняя небная поверхность изъязвлена. Посрединѣ твердаго неба замѣтна сагиттальная линейная краснота. Опухоль заходитъ на лѣвую сторону. Зубовъ на пораженной части—нѣтъ.

Лимфатическія железы подчелюстной, околоушной и подъязычной областей всё уплотнены и увеличены, какъ съ правой, такъ и съ лѣвой стороны. Состояніе общее—удовлетворительное: легкая анемія. Внутренніе органы уклоненій не представляютъ. На правую сторону жевать не можетъ. Правый глазъ видитъ плохо (какъ въ туманѣ). Диплопія. Болей въ глазу—нѣтъ. Носовые ходы—сдавлены опухолью и не позволяютъ дышать. Въ правомъ глазу имѣется глаукома отъ давленія, которая по предположенію профессора Агабабова должна пройти послѣ операціи удаленія новообразованія. Новообразованіе отчасти переходитъ и на лѣвую верхнюю челюсть, гдѣ точной границы его опредѣлить не удастся, ввиду незамѣтнаго перехода новообразованія въ нормальныя ткани.

Черезъ хоану опухоль задается въ глотку. Носовая перегородка сильно смѣщена влѣво.

З. заболѣла въ 1905 году. 6 апрѣля того же года была произведена частичная резекція правой верхней челюсти.

Черезъ годъ больная стала замѣчать, что въ томъ мѣстѣ, гдѣ была произведена операція, стала расти опухоль.

До поступленія въ клинику внутрь принимала мышьякъ съ желѣзомъ.

На наследственность не указываетъ.

На основаніи анамнеза и клиническихъ данныхъ былъ поставленъ діагнозъ: „*Neoplasma maligna maxillae superioris recidiva*“.

Операція произведена 18 XI. 1907 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ, который продолжался до тѣхъ поръ, пока, по ходу операціи, мы не принуждены были вскрыть покровы ротовой полости.

Послѣ обычнаго приготовленія больной къ операціи, наркозъ былъ примѣненъ при горизонтальномъ положеніи больной на спинѣ. Прежде, чѣмъ приступить къ удаленію новообразованія, предварительно была сдѣлана перевязка *art. carotis externa*. Кожный разрѣзь проведенъ на уровнѣ угла нижней челюсти, вдоль внутренняго края *m. Sternocleidomastoidei*. Дойдя до бифуркаціи *a. carotis communis*, на *art. carotis externa* была наложена шелковая лигатура какъ можно дальше отъ мѣста бифуркаціи, предварительно тщательно очистивши *art. car. ext.* отъ валагалища. Затѣмъ рана закрыта 4 металлическими кожными швами; черезъ нижній уголокъ раны заложенъ выводникъ изъ полоски ксероформной марли.

Больной придано полусидячее положеніе.

Разрѣзь на пораженномъ мѣстѣ произведенъ отъ наружнаго угла глазницы кнаружи и внизъ, вокругъ костнаго выступа подъ глазницей; затѣмъ разрѣзь продолженъ по нижнему краю глазницы до носовой складки горизонтально; надкостница отслоена распаторомъ отъ всей нижней поверхности глазницы, наружной поверхности верхней челюсти и скуловой дуги. Наркозъ прекращенъ. Разрѣзь дальше продолженъ внизъ вдоль носовой складки до края

крыла носа; затѣмъ фронтально до средней линіи. На всемъ протяженіи разрѣза отслоена надкостница.

Далѣе проведена аневризматической иглой пила *gigli* подъ глазничный отростокъ верхней челюсти и послѣдній перепилекъ. Точно также перепилекъ скуловой отростокъ верхней челюсти вмѣстѣ съ частью скуловой кости. Потомъ разрѣзъ проведенъ по слизистой оболочкѣ твердаго неба, вмѣстѣ съ надкостницей, и черезъ мягкое небо. 3—4 ударами молотка по долоту, поставленному спереди по средней линіи альвеолярнаго отростка, правая верхняя челюсть отбита отъ лѣвой. Костными ножницами перестрижена носовой отростокъ; кожа верхней губы перестрижена прямыми острыми ножницами и челюсть вмѣстѣ съ опухолью вывернута наружу, а въ образовавшуюся раневую полость вложенъ большой тампонъ изъ обезпложенной марли. Кожа съ челюсти отсепарована. Послѣ остановки кровотеченія, вложенъ тампонъ въ наружный и внутренній углы правой полости, а въ средину вставленъ плотно скатанный ксероформный бинтъ. Наружу выведено 3 конца. Мягкое небо притянуто двумя шелковыми швами къ слизистой оболочкѣ щеки, а спереди—слизистая губы къ слизистой щеки. Края рожнаго разрѣза аккуратно соединены нѣсколькими узловатыми шелковыми и металлическими швами. Сверху наложена асептическая повязка, укрѣпленная крахмальнымъ бинтомъ.

Такимъ образомъ у больной была удалена вся правая верхняя челюсть, часть правой скуловой кости и частично резецирована лѣвая верхняя челюсть. Вмѣстѣ съ тѣмъ были удалены всѣ кости носовой полости, исключая *part. horizont. os. ethmoidalis*, лѣвой носовой кости и носового отростка лѣвой верхней челюсти.

Изъ препаратовъ, приготовленныхъ для микроскопическаго изслѣдованія, мы видимъ, что имѣемъ дѣло съ гигантоклѣточной саркомой, по типу своего строенія относящейся къ *epulis*. Это сравнительно рѣдкое заболѣваніе получило названіе по E. Nélaton'у *epulis intraosseuse enkystée* и дасть наименьшій процентъ рецидива, а Paget даже наблюдалъ случай самопроизвольнаго исчезновенія, гигантоклѣточной саркомы лѣвой верхней челюсти, послѣ операциіи удаленія подобной опухоли на правой сторонѣ.

18/XI. Чувствуетъ себя хорошо. Per anum питательная клизма изъ фізіологич. раствора NaCl съ коньякомъ. t° и п.—нормальны. Ротъ протирается.

19/XI. Status idem. Питательныя клизмы два раза въ день. Самочувствіе хорошо. Ротъ протирается марлей, смоченной чаемъ.

20/XI. Внутрь per os яйцо въ смятку и бульонъ. Повязка смѣнена (наружные слои). Чувствуетъ себя хорошо.

21/XI. Status idem. Внутрь бульонъ и яйцо.

23/XI. Поверхностные слои повязки смѣнены. Ротъ прополоскать борнымъ растворомъ.

24/XI. Тампоны maxilla'рной полости выпуты. Вставлены два дренажа и свѣжіе тампоны.

26/XI. Тампоны смѣнены. Свѣжая повязка.

28/XI. Сняты швы. Тампоны смѣнены. Полость гранулируетъ. t° и п.—нормальны. Разрѣшена твердая пища.

29/XI. Тампоны и дренажи смѣнены. Полость промыта борнымъ растворомъ. Разрѣшено вставать.

1/XI. Тампоны смѣнены. Полость промыта. Дренажи вынуты и замѣнены свѣжими. Жалуются на головную боль. Назначенъ внутрь phenacetin по 0,5—3 раза въ день.

3/XII. Повязка смѣнена. St. idem.

10/XII. Повязка смѣнена. St. idem.

13/XII. Повязка смѣнена.

16/XII. Повязка смѣнена. Полость промыта. St. idem.

19/XII. Повязка смѣнена. Дренажи выпуты и замѣнены ксероформными тампонами.

21/XII. Повязка смѣнена. Состояніе раны хорошее.

23/XII. Повязка смѣнена. Въ наружную свищъ входитъ едва тонкая полоска ксероформной марли.

Внутренній свищъ еще значителенъ. Полость чистая. Выдѣлений немного имѣется на ксероформномъ тампонѣ. Головная боль въ области праваго виска и уха.

Боли успокаиваются отъ приема phenacetin'a по 0,5—3 раза въ день.

Больная выписалась изъ клиника для амбулаторнаго лѣченія.

Повторное изслѣдованіе зрѣнія, какъ до операций, такъ и послѣ операций, показало, что visus oculi dextri послѣ операций значительно улучшился. Такъ, на основаніи данныхъ изслѣдованія офтальмологической клиникъ проф. Агабабова, мы имѣемъ:

13—XI—1907 г. № 2125. Status praesens: Правое глазное яблоко представляется немного выпяченнымъ, сдвинутымъ вверхъ и вправо.

Diagnosis: Strabismus divergens et tumor maxillae superioris dextrae. Hypertonia.

Острота зрѣнія. Безъ корр. Правый гл. 20/c

Лѣвый гл. 20/xx.

Рефракція. Прав. гл. H 0,5.

Лѣв. гл. H 0,5 D.

Поле зрѣнія:  $\frac{\text{прав. гл.}}{\text{лѣв. гл.}}$  нормальн.

Дно праваго глаза нѣсколько туманно, папилла блѣдна, сосуды уже, отчасти сдвинуты и немного загибаются; папилла окружена валомъ и углублена.

Лѣченіе.

Течение болѣзни.

$$\frac{S+1.25.}{d=64^m}$$

II—XII-07 г. vis. oc. dextr. 20/LXX H. 0,5  
vis. oc. sin. 20/XX H. 0,5 D.  
Глазное дно безъ измѣненія въ лѣв. глазу.  
Въ правомъ глазу картина та же, что и при  
первомъ изслѣдованіи.

18—II—1908 г. № 1226. Diagnosis: Strabismus divergens et tumor maxillae superioris. Hypertonia. Obscur. lentio incipiens oc. d.

Острота зрѣнія. Безъ корр. Прав. гл. 20/сс|Рефракція H. 1,0 D  
Лѣв. гл. 20/хх| H. 0,5 D

Дно праваго глаза нѣсколько въ туманѣ. Папилла блѣдна. Сосуды отчасти сдвинуты и немного загибаются. Папилла окружена валомъ и углублена.

29—IX—1908 г. Papilla праваго гл. блѣдна, окаймлена узкимъ бѣлымъ кольцомъ съ пигментными краями.

Лѣченіе.

Течение болѣзни.

Pilocarpin., Strychn. Больная въ прошломъ году подверглась операциі ре- секціи верхней челюсти. Прописаны очки для за- пятей.		22—III—1908 г. vis. oc. d. 22/LXX E
		oc. s. 20/XX E
		29—IX—1908. vis. oc. d. 20/LH 0,5
		oc. s. 20/XX E
		15—IV—1909. vis. oc. d. 0,5 E
		vis. oc. s. 0,1.

Подобныя операциі—удаленіе верхней челюсти по поводу новообразованій, по типу относящихся къ саркомамъ, но, относительно, доброкачественнымъ, производились въ хирургической факультетской клиникѣ еще въ двухъ случаяхъ; при чемъ въ одномъ случаѣ былъ примѣненъ протезъ верхней челюсти, давшій блестящій результатъ, въ другомъ же случаѣ—протезъ не былъ примѣненъ.

Больная Ольга Неклюдова была оперирована профессоромъ В. И. Разумовскимъ въ клиникѣ въ 1897 году, при чемъ, благодаря стараніямъ покойнаго доктора М. М. Красина, ей былъ устроенъ протезъ. Профессоръ В. И. Разумовскій демонстрировалъ большую Неклюдову на 7 Пироговскомъ съѣздѣ врачей и имѣлъ долго спустя наблюденія за ней. Мыъ удалось видѣть ее въ хирургической клиникѣ въ 1902 году. Она пріѣхала исправить нѣсколько поломавшійся протезъ. Рецидива въ то время у нея не было. Другой больной не подлежалъ наблюденію, т. ч. свидѣній о немъ какихъ-либо сообщить не могу.



Заканчивая свое сообщеніе, не могу не высказать полнѣйшее удовольствіе и благодарность доктору Льву Борисовичу Блитштейну за его чудно приготовленный протезъ для этой бѣдной дѣвушки, которая изъ калѣки, обреченной на довольно жалкое существованіе, сдѣлалась равноправнымъ членомъ общества. Дополнив и усовершенствовавъ протезъ—пластинку, на что уже изъявилъ свое желаніе уважаемый Левъ Борисовичъ, если позволить состояніе здоровья больной въ смыслѣ рецидива, черезъ нѣкоторое время мы совершенно не узнаемъ нашу больную.

Больная находится подъ моимъ наблюденіемъ въ теченіе 18 мѣсяцевъ и до сихъ поръ рецидива не наблюдается. *Visus* праваго глаза не ухудшается. Имѣются два небольшихъ отверстія подъ внутреннимъ угломъ праваго глаза, скрытыя кожною складкой, образовавшейся на мѣстѣ верхняго горизонтальнаго кожного разрѣза. Нижнее вѣко нѣсколько опущено. Кожные рубцы—бѣлы и мало замѣтны. Больная носить протезъ верхней челюсти (второй по счету) болѣе приспособленный, чѣмъ первый, благодаря которому удалось достигнуть симметріи обѣихъ половинъ лица. Кромѣ того Э. носить темные очки, закрывающіе шрамъ на щекѣ. Благодаря удачно устроенному докторомъ Л. В. Блитштейномъ протезу, больная настолько отчетливо и ясно говоритъ, что ее трудно отличить по разговорѣ отъ здороваго человѣка.

Мало того, протезъ позволяетъ больной свободно дышать носомъ, а такимъ образомъ и здѣсь не исключитъ весьма важный органъ, который несетъ существенную роль въ жизни организма.

Въ настоящее время остается закрыть пластическимъ путемъ кожные дефекты на правой щекѣ (два отверстія) для завершенія полнаго послѣоперационнаго эффекта.

## ЛИТЕРАТУРА.

1). Руководство практической хирургіи подъ ред. проф. E. von Bergmann'a., проф. P. von Bruns'a и проф. I. Mikulicz'a. Изд. А. А. Карцева. 1901 г.

2). *Handbuch der praktischen Chirurgie* von prof. D-r E. von Bergmann und prof. D-r P. von Bruns. Fünf Bände. Stuttgart. 1907.

3). *Deutsche Chirurgie*. Herausgegeben von P. von Bruns. Lieferug 33 a. Prof. D-r. G. Perthes. Stuttgart. 1907.

## Отъ Московскаго Общества борьбы съ дѣтскою смертною.

Совѣтъ Московскаго Общества борьбы съ дѣтскою смертною, открытаго 19 окт. 1908 г., обращается ко всѣмъ медицинскимъ и общественнымъ организаціямъ съ просьбой прислать всѣ имѣющіеся у нихъ отчеты, матеріалы и свѣдѣнія о существующихъ обществахъ, кружкахъ, амбулаторіяхъ по уходу за грудными дѣтьми, «Капляхъ молока», питательныхъ пунктахъ, ясляхъ, колоніяхъ, санаторіяхъ, воспитательныхъ и образовательныхъ учрежденіяхъ, убѣжищахъ для безпризорныхъ дѣтей, о существующихъ общественныхъ площадкахъ для гигиеническихъ игръ, организаціи школьныхъ приварковъ и учрежденій, имѣющихъ цѣлю физическое развитіе дѣтей, отчеты и др. матеріалы земскихъ и городскихъ учрежденій по охранѣ здоровья и жизни дѣтей—грудного, старшаго и школьнаго возраста.

Совѣтъ надѣется встрѣтить сочувствіе и матеріальную поддержку всѣхъ учреждений и лицъ, заинтересованныхъ вопросомъ о борьбѣ съ высокою смертною дѣтей въ Россіи.

Адресъ Секретаря Общества: г. Москва. Садовая Кудринская, Софійская дѣтская больница, Л. С. Горохова.

## ВОЗЗВАНІЕ

### къ врачамъ всѣхъ народовъ.

Образовавшійся на 11-омъ Международномъ Конгрессѣ противъ алкоголизма (въ Стокгольмѣ въ 1907 году) «Международный Союзъ врачей трезвенниковъ» обращается къ врачамъ всѣхъ націй съ предложеніемъ объединиться для совмѣстной работы надъ освобожденіемъ народовъ отъ алкоголизма. Этотъ призывъ обосновывается нижеслѣдующими положеніями:

1) Громадное число бѣдствій, которыя насъ озабочиваютъ, существуетъ и продолжаетъ возникать благодаря алкоголю, употребляемому въ видѣ напитковъ.

2) Врачебному сословію въ особенности надлежитъ разъяснять объ этомъ народамъ.

3) Пока длится господство обычая употреблять алкоголь, то послѣдствія, съ которыми насъ знакомитъ предшествовавшая исторія человѣческаго рода,—будутъ постоянно одни и тѣ же: деморализація, вырожденіе индивидуумовъ и народовъ.

4) Всѣ спиртные напитки излишни для существованія всякаго рода; потребность къ нимъ существуетъ только тамъ, гдѣ она была искусственно вызвана.

5) Всѣ нормальные организмы выполняютъ свои функціи лучше безъ алкоголя; но особенно опасенъ алкоголь для юныхъ и растущихъ тканей.

6) Въ цѣляхъ охраненія будущихъ поколѣній необходимо воздерживаться отъ спиртныхъ напитковъ, такъ какъ только при помощи широко распространенной трезвости возможно свести до минимума алкоголизмъ съ его послѣдствіями.

Исходя изъ этихъ основаній мы, врачи, объединенные въ «Международномъ Союзѣ врачей трезвенниковъ», приглашаемъ нашихъ товарищей по профессіи во всѣхъ странахъ присоединиться къ намъ, для борьбы съ алкоголизмомъ и подписать слѣдующее воззваніе:

### къ врачамъ всѣхъ странъ,

ко всѣмъ правителямъ, правительствамъ, народнымъ представителямъ, ко всѣмъ воспитателямъ, учителямъ и духовнымъ лицамъ, ко всѣмъ, кому дорого благоденствіе нашего поколѣнія и грядущаго потомства!

Мы, принадлежашіе къ врачебному сословію и вооруженные наукой для изученія и критики сущности и дѣйствій спиртныхъ напитковъ, высказываемъ наше твердое убѣжденіе, что эти напитки совершенно не нужны и чрезвычайно вредны, а равно что бѣдствія, создаваемые и поддерживаемыя употребленіемъ спиртныхъ напитковъ, возможно и слѣдуетъ искоренять и не допускать. Прежде всего необходимо всяческими способами ознакомить молодежь и воспитывать примѣромъ, а также защищать посредствомъ закона, чтобы ее научить воздерживаться отъ спиртныхъ напитковъ.

Мы заявляемъ, согласно нашему убѣжденію, что слѣдуетъ идти этимъ путемъ, чтобы создать трезвый міръ, содѣйствовать и обезпечить народамъ счастье, благоденствіе и прогрессъ.

Dr. Ridge. (Enfield). Dr. Laitinen (Helsingfors).

Dr. Santesson (Stockholm). Dr. Otrik (Frederiksvaerk).

Dr. Holitscher (Pirkenhammer). Dr. Stein (Budapest).

Dr. Vogt (Kristiania),

Пропу Товарищей сочувствующихъ прислать по моему адресу свои подписи, хотя бы открытымъ письмомъ, возможно скорѣе до іюня мѣсяца, такъ какъ на 12-мъ Противоалкогольномъ конгрессѣ въ Лондонѣ въ іюль с. г., это возваніе будетъ напечатано и опубликовано.

**Донторъ А. Норовинъ.**

Москва, Петровка, 19.

Сочувствующіе настоящему возванію Казанскіе врачи, члены Общества врачей:

*М. Казанскій.*

*П. Заболотновъ.*

*В. Первушинъ.*

*Праксинъ.*

*Фаворскій.*

*Н. А. Геркенъ.*

*Милостивый Государь*

*Господинъ Редакторъ,*

Правленіе Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова проситъ Васъ напечатать въ ближайшемъ № Вашего изданія прилагаемое «Положеніе о преміи памяти Г. Н. Габричевскаго».

**Положеніе о преміи памяти Георгія Норбертовича Габричевскаго при Обществѣ русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.**

1) При Пироговскомъ Обществѣ врачей учреждается премія въ память бывшаго предсѣдателя Правленія Г. Н. Габричевскаго.

2) Премія обезпечивается неприкосновеннымъ капиталомъ въ 3000 р., составившимся изъ пожертвованій Е. В. Габричевской и другихъ лицъ. Дальнѣйшія пожертвованія принимаются.

3) Премія назначается каждый годъ изъ процентовъ съ упомянутого капитала поочередно за двоякаго рода труды: а) за работы по изученію заразныхъ болѣзней и борьбѣ съ ними, и б) за популярныя произведенія по вопросамъ общественной медицины и гигиены.

4) Для трудовъ перваго рода устанавливается слѣд. порядокъ: конкурсу подлежатъ рукописныя и печатныя работы какъ отдѣльныхъ лицъ, такъ и учреждений, представленныя ими самими или указанныя Правленіемъ Общества и членами конкурсной комиссіи. Изъ научныхъ работъ принимаются на конкурсъ изданныя въ теченіе 2-хъ предшествующихъ конкурсу лѣтъ.

5) Для популярныхъ сочиненій: а) Темы, объемъ и назначеніе объявляются Правленіемъ Общества не позднѣе какъ за  $\frac{1}{2}$  года до срока представленія сочиненій. б) Сочиненія представляются въ рукописяхъ подъ девизомъ, причемъ за Обществомъ остается преимущественное право на изданіе премированной работы.

*Примѣчаніе.* Подробности объ условіяхъ изданія публикуются каждый разъ особо.

6) Премія, размѣръ которой опредѣляется количествомъ получаемыхъ съ капитала  $\frac{0}{0}\frac{0}{0}$  въ годъ, присуждается Правленіемъ Общества совместно съ конкурсной комиссіей, учреждаемой Правленіемъ. Преміи выдаются самимъ авторамъ или ихъ наслѣдникамъ.

7) Премія, не присужденная въ годъ конкурса, присоединяется къ основному капиталу.

8) Извѣщенія о конкурсѣ на премію помѣщаются въ медицинскихъ повременныхъ изданіяхъ и въ общей прессѣ.

9) Отзывы о трудахъ, удостоенныхъ премій, печатаются въ журналѣ Пироговскаго Общества и въ другихъ медицинскихъ журналахъ.

Срокомъ перваго конкурса для научныхъ работъ назначается 23 марта 1910 года и срокомъ представленія работъ на конкурсѣ 1 декабря 1909 года; для популярныхъ работъ 23 марта 1911 года и срокъ представленія работъ 1 декабря 1910 года.



ПРИЛОЖЕНІЕ КЪ «КАЗАНСКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ЖУРНАЛУ» ЗА 1909 ГОДЪ.

ДНЕВНИКЪ  
**ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ**

ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ

КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТЪ.

1908—1909.



КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1909.

Печатано по опредѣленію Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Предсѣдатель *Н. А. Геркенъ.*



# ПРОТОКОЛЬ

очереднаго засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

отъ 10 Мая 1908 г.

Предсѣдательствовалъ проф. Н. А. Геркенъ при секретарѣ сначала В. В. Владиміровѣ, а затѣмъ О. Г. Панѣ.

Присутствовали—Казанскій, проф. Каземъ-Бекъ, проф. Орловскій, Островскій, Шибковъ, Соколовъ, Надель-Пружанская, Десятовъ, Рождественскій, Чебоксаровъ, Горяевъ, Котеловъ, Кутлубаевъ, Любенецкій, Клячкинъ, Троицкій, проф. Осиповъ, Сухаревъ, Ундрицневъ, Медкихъ, Меньшиковъ, Стефановскій, Первушинъ, Зуевъ, Левханьянцъ, Копыловъ, Вульфюсъ, Клепцовъ, Лурья и около 30 человекъ посторонней публики.

I. Сообщение проф. *А. Н. Каземъ-Бека* о клиническомъ наблюдении надъ противотуберкулезной сывороткой Д-ра Непорожняго.

## ПРЕНІЯ:

Предсѣдатель проф. Н. А. Геркенъ, открывая пренія, въ краткой рѣчи указалъ на громадное значеніе туберкулеза для патологии человека и просилъ отнестись какъ къ докладу проф. Каземъ-Бека, такъ, и къ трудамъ д-ра Непорожнева съ полнымъ вниманіемъ.

Проф. В. Ф. Орловскій: Признавая данныя докладчика въ высокой степени интересными и доказательными, позволю себѣ однако высказать нѣсколько соображеній по поводу пригодности сыворотки д-ра Непорожняго. Напомню прежде всего Обществу, что первые неудачныя попытки примѣненія какъ стараго туберкулина Koch'a (T), такъ и послѣдующихъ туберкулиновыхъ его препаратовъ—TR и BE—въ значительной мѣрѣ обуславливались неправильной дозировкой. Koch, какъ извѣстно, предлагалъ при туберкулезѣ легкихъ начинать съ дозы въ 0,001 см<sup>3</sup>. Эта доза, какъ показали наблюденія, вызываетъ нѣрѣдко сильную общую и мѣстную реакцію, обуславливая часто рѣзкое обостреніе процесса, появленіе кровохарканья, пораженіе сердца, даже развитіе общей просовидной бугорчатки. Этими наблюденіями была подорвана надолго слава туберкулиновыхъ препаратовъ, какъ лечебнаго средства. Только въ сравнительно недавнее время туберкулинъ сталъ опять входить въ число специфическихъ лечебныхъ средствъ при туберкулезѣ легкихъ. Такъ, Sötsch и особенно Sahli получаютъ при туберкулезѣ легкихъ хорошіе результаты, но они принимаютъ дозы, въ 10—100 разъ меньшія, чѣмъ рекомендованная Koch'омъ. Подъ влияніемъ этихъ результатовъ нѣкоторые сторонники Koch'a стали примѣнять такъ же меньшія дозы, а приверженцы Sahli'евского способа даже съ дозъ въ 10—100 разъ меньшихъ, чѣмъ Sötsch—Sahli, т. е.  $\frac{1}{10 \cdot 000 \cdot 000}$ — $\frac{1}{5 \cdot 000 \cdot 000}$  см<sup>3</sup>. Итакъ, мы видимъ, что примѣненіе туберкулина въ очень малыхъ дозахъ даетъ результаты, отличные отъ начальныхъ и во всякомъ случаѣ побуждающіе къ дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ. Ошибка д-ра Непорожняго, быть можетъ, также отчасти состоитъ въ примѣненіи несоотвѣтственныхъ дозъ. Отъ докладчика мы слышали, что сыворотка д-ра Непорожняго оказывала хорошее дѣйствіе на туберкулезныя пораженія слизистыхъ оболочекъ; по крайней мѣрѣ, язвы слизистой полости рта въ наблюденія докладчика очищались и рубцовались. Для легочной ткани, какъ ткани болѣе нѣжнаго строенія, дозы, предлагаемыя д-ромъ Непорожнимъ, быть можетъ, представляются большими. Вообще я думаю, что, имѣя дѣло съ живымъ организмомъ, нельзя не индивидуализировать, нельзя у всѣхъ больныхъ примѣнять одинаковыя дозы; надо имѣть въ виду, что реакція различныхъ организмовъ существенно отлична въ зависимости отъ условій наслѣдственныхъ, перенесенныхъ болѣзней и т. д. Такимъ образомъ, мнѣ кажется, только проведя наблюденія съ меньшими дозами, чѣмъ рекомендуетъ Непорожскій, мы въ правѣ будемъ поставить окончательно крестъ на его сывороткѣ. При дальнѣйшемъ изученіи ея влияния слѣдуетъ, кромѣ того, по моему, обратить вниманіе также и на болѣе

точное обследованіе случаевъ съ бактериологической стороны. Проматривая наблюденія докладчика, я вижу, что въ нѣкоторыхъ изъ случаевъ впрыскиваніе сыворотки вызвало рѣзкую температурную реакцію, въ другихъ т<sup>о</sup>-ной реакціи не поступало. Надо бы выяснитъ, не обуславливается ли подобная разниа участіемъ смѣшанной инфекціи. Наконецъ, слѣдуетъ въ будущихъ изслѣдованіяхъ точнѣе изучить и характеръ обуславливающихъ каждое отдѣльное заболѣваніе туберкулезныхъ палочекъ, имѣемъ ли мы дѣло съ зараженіемъ туберкулезными палочками человѣческаго или бычачьяго типа, такъ какъ, какъ извѣстно, туберкулезъ, вызываемый послѣдними, протекаетъ благопріятнѣе; подобныя наблюденія легли даже въ основу леченія туберкулеза туберкулиномъ, полученнымъ изъ туберкулезныхъ палочекъ рогатаго скота (РТО Sprengler'a).

Д-ръ А. А. Мелкихъ. Проф. Орловскій сказалъ, что слѣдовало бы попытаться дѣйствіе сыворотки Непорожняго въ меньшихъ дозахъ, чѣмъ это рекомендуется авторомъ, можетъ быть тогда удалось бы избѣгать такихъ рѣзкихъ реакцій, какія наблюдались докладчикомъ; но вѣдь разъ мы имѣемъ дѣло съ сывороткой, она, чѣмъ меньше мы ее впрыснемъ, тѣмъ меньше и поможемъ.

Д-ръ Лурья. По даннымъ докладчика сыворотка Непорожняго вызываетъ очень рѣзкую реакцію, а потому должна быть оставлена какъ лечебное средство; для туберкулезныхъ больныхъ вообще долженъ быть примѣняемъ въ возможно широкомъ смыслѣ слово гигиено-діететической методъ леченія.

Проф. В. Ф. Орловскій: Я согласенъ съ д-ромъ Мелкихъ, что активная и пассивная иммунизация—вещи, совершенно разныя. Но при объясненіи дѣйствія сыворотки д-ра Непорожняго я, какъ объективный наблюдатель, предпочитало исходить не изъ отвлеченныхъ соображеній, а изъ положительныхъ данныхъ, сообщенныхъ докладчикомъ. Напомню д-ру Мелкихъ, что въ рядѣ своихъ работъ Magliano являющийся въ терапіи бугорчатки инициаторомъ принципа пассивнаго иммунизированія, объясняетъ дѣйствіе своей сыворотки не только антитоксическими ея свойствами, но и тѣмъ, что его сыворотка побуждаетъ организмъ къ самостоятельной выработкѣ противотѣля. Аналогичное можно предположить и для сыворотки Непорожняго. Д-ръ Лурія правъ, утверждая, что туберкулиновое леченіе при туберкулезѣ легкихъ даетъ нелучшіе результаты въ сравненіи съ испытан-

нымъ гигиено-діететическимъ способомъ леченія, но съ выводомъ его, что въ виду этого туберкулиный методъ леченія представляется излишнимъ, я согласиться не могу; я того мнѣнія, что оба метода могутъ быть съ пользою сочетаемы.

Проф. А. Н. Каземъ-Бекъ. Когда я начиналъ работать съ сывороткой Непорожняго, то ждалъ отъ нея большаго, чѣмъ она дала; во всякомъ случаѣ эта сыворотка получается отъ собаки и слѣдовательно вѣроятно далеко не безразлична для человѣка.

Проф. В. Ф. Орловскій: Для меня несомнѣнно, что первые два Ваши случая должны быть отнесены къ смѣшанной инфекціи; что же касается остальныхъ случаевъ, гдѣ температура представляется сравнительно не высокою постояннаго типа, то я затруднился бы при рѣшеніи вопроса, куда ихъ отнести, къ группѣ ли чистой инфекціи туберкулезными палочками или къ категоріи смѣшанной инфекціи. Вѣдь и зараженіе одними лишь туберкулезными палочками можетъ дать лихорадочную кривую; такъ, напр. общая просовидная буторчатка протекаетъ при т-ной кривой, напоминающей тифозную.

## II. Административная часть:

- 1) Рѣшено созвать комиссію изъ А. Н. Каземъ-Бекъ, А. И. Шибкова и М. В. Казанскаго чтобы, рѣшить вопросъ, объ участіи денегъ, собранныхъ по подпискѣ въ память проф. К. М. Леонтьева.
- 2) Выражено желаніе о совмѣстномъ засѣданіи О-ва врачей съ О-вомъ невропатологовъ по сексуальному вопросу.
- 3) Выражена благодарность студ. Фортунатову, Еремѣеву и д-рамъ Котешову и Десятову за рассылку писемъ и брошюръ по поводу повторительныхъ курсовъ для врачей.

Предсѣдатель Геркенъ.

Секретарь Фаворскій.

---

# ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ  
Казанскомъ Университетѣ

15-го мая 1908 годъ.

Предсѣдательствовалъ проф. Н. А. Геркенъ при секретарѣ д-рѣ  
А. В. Фаворскомъ.

Присутствовали—Казанскій, Владиміровъ, Островскій, Рожде-  
ственскій, Горяевъ, Кутлубаевъ, Гликманъ, Любенецкій, Чалусовъ,  
Десятовъ, Сухаревъ, Первушинъ, Котеловъ, Кутлубаевъ, Копыловъ,  
Пичугинъ, Татарская и около 45 человекъ посторонней публики.

I) Демонстрація двухъ больныхъ *Н. А. Геркеномъ* — мужчи-  
ны съ злокачественной эндотелиомой носоглотки съ обширнымъ мета-  
стазомъ на шеѣ; и женщины—карцинома носовой полости съ обшир-  
нымъ метастазомъ на шеѣ.

II) Дѣйств. членъ *М. В. Казанскій* и *А. А. Десятовъ*. «Об-  
ластный противохолерный съѣздъ въ г. Самарѣ»

## ПРЕНІЯ.

Е. М. Идельсонъ. Желательно было бы выяснитъ вопросъ  
объ изоляціи, который представляетъ несомнѣнную практическую важ-  
ность, такъ какъ народъ боится изоляціи; изоляція вызываетъ панику  
въ населеніи. Мнѣ думается, что въ наше время изоляція утрируется  
Не говорили-ли по поводу изоляціи и на съѣздѣ?

1-й Докладчикъ. Доклады по этому вопросу были.

2-й Докладчикъ. Организациа Съезда была не совсѣмъ удачная, почему многіе доклады не попали въ надлежащее время. Многіе интересные доклады не были обсуждаемы. По поводу изоляціи Съездъ высказался въ томъ смыслѣ, чтобы принудительной изоляціи не было. На Съездъ попалъ даже такой докладъ, въ которомъ авторъ предлагалъ закрыть въ деревняхъ всѣ колодны и оставить для употребленія только одинъ, наливъ въ него предварительно соляной кислоты, а деревенскимъ женщинамъ раздать сѣру и курить ею въ избахъ для дезинфекціи.

Сухаревъ. Съездъ до нѣкоторой степени осудилъ изоляцію, постановивъ, чтобы не было отдѣльныхъ барачковъ для холерныхъ больныхъ.

2-й Докладчикъ. Я считаю излишнею научную секцію. Правда, она была оживленная, но передъ холерой надо обсуждать практическія мѣропріятія. Научная секція дала только сужденіе о сывороткѣ. Она отняла 5 засѣданій, на которыхъ большая часть времени была потеряна бесполезно. Благодаря этому мы не заслушали важныхъ докладовъ.

1-й Докладчикъ. Научная секція была необходима, но многіе участники съезда интересовались вопросомъ о прививкахъ и бактериальныхъ изслѣдованіяхъ.

2-й Докладчикъ. По существу я ничего не имѣю противъ научной секціи, но на Съездѣ самарскомъ она ничего не дала новаго противъ Пироговскаго Съезда 1905 года. Единственно новое—это сывороточное леченіе.

Сухаревъ. Я былъ неудовлетворенъ научной секціею, такъ какъ многіе вопросы остались неразрѣшенными.

Предсѣдатель. Во всѣхъ недочетахъ Съезда, очевидно, играла не послѣднюю роль позднее разрѣшеніе Съезда.

Въ заключеніе предсѣдатель благодаритъ докладчиковъ.

III. Дѣйств. членъ *И. С. Рождественскій*: „*Sarcoma giganteo-cellulare* влагалища *m. sartorii*“ (съ демонстраціей препаратовъ).

П Р Е Н І Я.

Геркенъ. Какъ часто развиваются костныя опухоли въ кожѣ?

Докладчикъ. Это—явленіе очень рѣдкое, такъ какъ такія опухоли встрѣчаются только въ тканямъ съ надкостницею.

Геркенъ. Ваше изслѣдованіе доказываетъ возможность развитія саркомы съ костными включеніями и изъ сосудистаго и мышечнаго влагалища.

Предсѣдатель благодарить докладчика за докладъ.

IV. Административная часть не состоялась за отсутствіемъ надлежащаго по уставу числа членовъ Общества.

Предсѣдатель *Н. Геркенъ*.

Секретарь *А. Фаворскій*

---

# ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ  
Казанскомъ Университетѣ

15-го октября 1908 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Н. А. Геркенъ, при секретарѣ д-рѣ  
А. В. Фаворскомъ.

Присутствовали—Орловскій, Владимировъ, Заболотновъ, Осиповъ,  
Котеловъ, Чалусовъ, Вульфійусъ, Цыпкинь, Зуевъ, Надель-Пружанская,  
Меншиковъ, Панъ, Сурковъ, Быстренинъ, Гиммель, Соколовъ, Николь-  
ская, Идельсонъ, Чарушинъ, Лепскій, Копыловъ, Любенецкій, Перву-  
шинъ, Казанскій, Лурія, Кунидоновъ и человекъ тридцать посторон-  
ней публики.

1) Дѣйств. членъ *И. П. Васильевъ*: «Pneumosis cystoides intes-  
tini hominis» (съ демонстраціей препаратовъ).

## ПРЕНІЯ.

В. Ф. Орловскій. Я пополнию собранный Вами казуистическій  
матеріалъ работой проф. Цехановскаго; эта работа содержитъ подроб-  
ное описаніе собственнаго наблюденія автора съ патолого-гистологиче-  
скими изслѣдованіями, а также его опыты, имѣвшіе своей задачей  
искусственно вызвать у животныхъ воздушныя кисты кишечника \*).

---

\*) Во время доклада зазначивалась къ печати еще одна статья, посвящен-  
ная вопросу о pneumosis intestinalium cystoides у человека. именно, работа  
Nowick'аго, содержащая описаніе 3 собственныхъ наблюденій (Lwowski Tygodnik  
lekarski 1909, № 41—43).



Что касается инфекціоннаго происхожденія воздушныхъ кистъ кишечника, то при бактериологическомъ изслѣдованіи матеріала, взятаго изъ только что вырѣзанныхъ частей кишечника, пораженныхъ пневматозис'омъ, до сихъ поръ, насколько мнѣ извѣстно, получить положительный результатъ не удалось. Одно изъ двухъ: или мы имѣемъ дѣло съ инфекціоннымъ заболѣваніемъ, но современными методами выкультивировать соответствующій микроорганизмъ не можемъ, или пневматозисъ является заболѣваніемъ не заразнаго характера. Рѣшеніе этого вопроса—дѣло будущаго.

Докладчикъ. Я согласенъ, что инфекціонной теоріи здѣсь значенія придавать нельзя. Съ работою Цехановскаго я не знакомъ. Нужно замѣтить, что послѣ заболѣванія дизентеріей встрѣчаются кисты, а равно и при заболѣваніи матки, но онѣ имѣютъ острое происхожденіе, такъ что ихъ причислить сюда нельзя.

Заболотновъ. Очевидно, есть причина, которая поддерживаетъ постоянное образованіе газа. Быть можетъ, мы не можемъ выкультивировать инфицирующее начало не обладая подходящими средами или онъ, можетъ быть, такъ малъ, что мы его не видимъ подъ обыкновеннымъ микроскопомъ.

Предсѣдатель, указывая, что подобные случаи представляютъ большой интересъ и большую рѣдкость, предложилъ Обществу благодарить докладчика за интересное сообщеніе.

II. Посѣтительница, Д-ръ *О. И. Никифорова*, «Къ вопросу объ этиологіи «инфантилизма» Langdon Down'a (монголизмъ авторовъ)».

## П Р Е Н І Я.

Осиповъ. Я выслушала съ интересомъ Вашъ обстоятельный докладъ, который посвященъ очень сложному вопросу. Когда выслушиваешь характеристику монголизма, то видишь, какъ мало дифференціальныхъ признаковъ, позволяющихъ отличить его отъ микседемы. Возьмемъ хотя бы зубы; вѣдь такіе зубы бывають и у микседематика.

То же самое можно сказать и относительно толстаго, высунутаго языка, и недоразвитія половыхъ железъ, и изогнутаго позвоночника. Если возьмемъ литературу, то увидимъ, что и здѣсь дифференціально монголизмъ не выдѣленъ. Указывая на недостаточное изслѣдованіе монголизма, я не возражаю противъ его клиническаго обособленія. Что касается этиологіи, то мы думаемъ, что этиологія микседемы заключается въ аномаліи щитовидной железы. Есть авторы, которые говорятъ противъ заболѣванія щитовидной железы, какъ причиннаго момента въ происхожденіи микседемы. Мнѣ кажется недоказательнымъ ихъ опроверженіе «щитовидной» теоріи микседемы. Вѣдь существуетъ еще *gl. parathyreoideae*, дѣятельность которыхъ намъ не вполне извѣстна, но которыя, весьма возможно, принимаютъ участіе въ происхожденіи микседемы. Здѣсь отрицалось вліяніе наследственности. По моему, нельзя сказать, что она не имѣетъ существенно важнаго значенія въ этиологіи монголизма. Этиологія монголизма, по словамъ докладчицы заключается въ нравственныхъ потрясеніяхъ матери; но здѣсь обычная ошибка: *post hoc ergo propter hoc*, и съ Вашимъ выводомъ согласиться нельзя.

Докладчица. Я старалась выдѣлить общій видъ монголиковъ по описаніямъ авторовъ и своимъ личнымъ наблюденіямъ. Я натуралистка и не могу отрицать наследственности вообще, но въ данномъ случаѣ она не играла роли, по крайней мѣрѣ не играло роли кровное родство. Что касается этиологіи, то она выведена по анамнезу.

Владиміровъ. Въ числѣ причинъ инфантилизма Fournier указываетъ и сифилисъ. Вы, между прочимъ, говорите, что у матерей монголиковъ бывали геморрагіи, каковыя часто и встрѣчаются у сифилитическихъ матерей. Весьма возможно, что въ такихъ случаяхъ можно подозрѣвать я *lues*, который и былъ причиною монголизма.

Докладчица. Тогда всѣ дѣти были бы монголиками, а между тѣмъ это бываетъ рѣдко.

Предсѣдатель благодарилъ докладчицу за интересное сообщеніе.

## II. Административная часть.

1) Постановлено: поручить г. предсѣдателю обратиться къ кому нибудь изъ членовъ общества съ предложеніемъ прочесть рѣчь на годичномъ собраніи.

2) Предложены въ дѣйствительные члены Общества В. А. Барыкинъ и И. А. Чуевскій.

3) Постановлено просить Правленіе Университета погасить долгъ Общества въ 958 рублей.

4) Полученные отвѣты относительно организаціи повторительныхъ курсовъ постановлено передать В. П. Первущину.

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Фаворскій.

# ПРОТОКОЛЬ

## засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

отъ 12 Ноября 1908 годъ.

Предсѣдательствовалъ проф. Н. А. Геркенъ при секретарѣ В. В. Владиміровѣ.

Присутствовали: Блишштейнъ, Быстренинъ, Горяевъ, проф. Груздевъ, Тимофеевъ, Зуевъ, Идельсонъ, Панъ, Климовичъ, Котеловъ, Чебоксаровъ, Копыловъ, Лурья, Надель-Пружанская, Фофоновъ, Кулаевъ, проф. Осиповъ, Островскій и около 100 человекъ посторонней публики.

### Порядокъ Засѣданій.

I. 1) Сообщение дѣйств. члена *А. Д. Суркова*: «Анатомія червеобразнаго отростка» (съ демонстраціей анатомическихъ препаратовъ).

2) Сообщение дѣйств. члена *И. С. Рождественскаго*: «Гистологія и физиологія червеобразнаго отростка» (съ демонстраціей препаратовъ).

3) Сообщение дѣйств. члена *Е. М. Идельсона*: «По вопросу о причинахъ заболѣваемости червеобразнаго отростка».

Преній за позднимъ временемъ не было.

### II. Административная часть.

1) По болѣзни д-ра В. П. Первушина его докладъ объ организаціи при Университетѣ повторит. курсовъ для врачей отложенъ до слѣдующаго засѣданія.

2) Баллотировали новыхъ членовъ О-ва: Проф. И. А. Чувскаго и Д-ра В. М. Барыкина—оба получили по 16 избирательныхъ и ни одного неизбирательнаго.

3) Предложены въ члены О-ва 1) О. I. Никифорова и 2) В. В. Чирковскій.

Предсѣдатель *Геркенъ.*

Секретарь *Фаворскій.*

# ПРОТОКОЛЬ

## засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

10-го Декабря 1908 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Н. А. Геркенъ при секретарѣ д-рѣ  
А. В. Фаворскомъ.

Присутствовали—Праксинъ, Надель-Пружанская, Блудштейнъ,  
Орловскій, Меньшиковъ, Клячкинъ, Чуевскій, Побѣдимскій, Лепскій,  
Шоломовичъ, Сурковъ, Зуевъ, Лурія, Горяевъ, Цыпкинъ, Идельсонъ,  
Разумовскій, Десятовъ, Енохинъ, Осиповъ, Наумовъ, Островскій,  
Вульфюсъ, Соколовъ, Сухаревъ, Опокинъ, Быстренинъ, Наумовъ,  
Груздевъ и человекъ 100 посторонней публики.

1) Пренія по поводу выслушанныхъ въ прошломъ засѣданіи док-  
ладовъ объ аппендицитѣ.

Послѣ того какъ желающихъ принять участіе въ преніяхъ никого  
не оказалось, предсѣдатель благодарилъ докладчиковъ за сдѣланные  
ими доклады и просилъ разрѣшить печатать ихъ въ Журналъ Обще-  
ства.

2) Затѣмъ, посѣтителемъ д-ромъ *Б. П. Енохинымъ* была демон-  
стрирована больная, оперированная имъ по поводу аппендицита.

Демонстрація вызвала оживленные пренія, въ которыхъ приняли  
участіе Разумовскій, Осиповъ, Донсковъ, Праксинъ и Зимницкій.

За позднимъ временемъ докладъ дѣйствит. члена А. А. Деся-  
това отложенъ до 13-го Декабря.

II. Административная часть.

1) По поводу доклада председателя Комиссии по организации при Университетѣ повторительныхъ курсовъ для врачей, дѣйств. члена *В. П. Первушина*, постановлено поручить ему составить соотвѣтствующее мотивированное ходатайство для направленія въ медицинскій факультетъ Казанскаго университета.

2) Баллотировкой избраны въ дѣйств. члены Общества врачей—*Н. Д. Бушмакинъ*: 21 избир.; 1 неизб. *О. И. Никифорова*: 19 избир.; 3 неизб. *В. В. Чирковскій*: 24 избир.; 1 неизб.

Предложенъ въ члены Общества врачей *Н. И. Дамперовъ*.

3) По поводу предложенія дѣйств. члена *В. П. Первушина* прикинуть къ ходатайству передъ М-вомъ Нар. Просвѣщенія родительскаго комитета Екатеринбургской гимназiи объ уничтоженiи экзаменовъ постановлено избрать комиссию для разработки затронутого вопроса. Въ комиссию избраны—*Чуевскій, Шулеръ, Шабковъ, Первушинъ, Сурковъ, Зуевъ, Быстренинъ, Идельсонъ*.

Предсѣдатель *Н. Геркенъ*.

Секретарь *А. Фаворскій*.

---

# ПРОТОКОЛЬ

голичнаго засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

12 февраля 1909.

Предсѣдательствоваль проф. Н. А. Геркенъ при секретарѣ д-рѣ А. В. Фаворскомъ.

Присутствовали—Заболотновъ, Орловскій, Чусвскій, Осиповъ, Первушинъ, Кузнецовъ, Вульфійусъ, Васильевъ, Быстренинъ, Гиммель, Бушмакинъ, Барыкинъ, Котеловъ, Чебоксаровъ, Чалусовъ, Островскій, Цыпкинъ, Троицкій, Хитрово, Трубина, Никифорова, Надель-Пружанская, Вормсъ, Клячкинъ, Зуевъ, Меньшиковъ, Аргутинскій, Горяевъ, Захарьевскій, Сурковъ, Осокинъ, Мелкихъ, Пичугинъ, Чирковскій, Лурія, Казанскій, Тимофеевъ, Идельсонъ, Панъ, Побѣдямскій, Миславскій, Дамперовъ.

1) Дѣйств. членъ *Е. М. Ленскій*. Рѣчь: «О дѣтской смертности». По окончаніи рѣчи послѣдовали апплодисменты.

2) Секретарь Общества А. В. Фаворскій. Отчетъ о дѣятельности Общества за 1908-й годъ.

3) Библиотекаръ Общества М. В. Казанскій прочиталь отчетъ о состояніи библиотеки въ 1908 году.

4) Отчетъ казначея Общества О. Г. Пана отложенъ слушаніемъ до слѣдующаго засѣданія, такъ какъ члены Ревизіонной комиссіи еще не закончили провѣрки денежныхъ суммъ Общества. По про-

вѣркѣ суммъ членами Бюро Общества оказалось, что всѣ онѣ находятся въ должномъ порядкѣ.

При выборѣ должностныхъ лицъ на 1909-й годъ записками были намѣчены въ:

Предсѣдатели—Геркенъ—43 записки, Праксинъ 1 записка, Каземъ-Бекъ—1 зап.

При баллотировкѣ избранъ Н. А. Геркенъ (41 изб. и 5 неизб.).

1-е товарищи предсѣдателя—Заболотновъ—30 записокъ, Первушинъ—6 записокъ, Орловскій—7 записокъ, Чуевскій—2 зап.

Выразилъ желаніе баллотироваться П. П. Заболотновъ, получившій 43 изб. и 3 неизб. Остальные отъ баллотировки отказались.

2-е товарищи предсѣд. — Первушинъ—20 зап., Заболотновъ—8 зап., Орловскій—4 зап., Чуевскій—3 зап., Идельсонъ—2 зап. Казанскій—1 зап., Захарьевскій—1 зап., Фаворскій—1 зап.

Выразилъ желаніе баллотироваться В. П. Первушинъ, получившій при баллотировкѣ 44 изб. и 2 неизб. Остальные отъ баллотировки отказались.

Секретари Общества. Фаворскій получилъ 41 записку, Мелкихъ—6 зап., Вормсъ—1, Гиммель—1.

Постановлено считать избраннымъ А. В. Фаворскаго.

Библиотекари—Казанскій—41 записку, Сурковъ—1, Шибковъ—1, Чалусовъ—1.

Считается избраннымъ М. В. Казанскій.

Помощники библиотекаря.—Шибковъ—31 зап., Зуевъ—1, Панъ—1.

Считается избраннымъ А. И. Шибковъ.

Секретари редакцій—Заболотновъ—1, Побѣдимскій—1; Владиміровъ—15; Сурковъ—16; Горяевъ—2; Чирковскій—1; Фаворскій—1; Чуевскій—1; Чалусовъ—1; Климовичъ—1; Мелкихъ—1; Идельсонъ—1; Меньшиковъ—1; Вульфюсъ 1;

Выразили желаніе баллотироваться А. Д. Сурковъ, получившій 35 изб. и 10 неизб. и В. В. Владиміровъ, получившій 26 изб. и 19 неизб. Считается избраннымъ А. Д. Сурковъ.

Казначей — Панъ 35 зап., Климовичъ—2, Владиміровъ—2, Вормсъ—1, Неболюбовъ—2, Чебоксаровъ—1.

Считается избраннымъ О. Г. Панъ.

Въ члены ревизіонной комиссіи оказались избранными—Каземъ-Бекъ, Идельсонъ, Захарьевскій.

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Фаворскій.



### Отчетъ секретаря Общества врачей.

Въ истекшемъ 1908 году Общество врачей при Императорскомъ Казанскомъ университетѣ вступило въ 39-й годъ своего существованія. Въ теченіе этого года Общество состояло изъ 190 членовъ, изъ коихъ 187 было дѣйствительныхъ и 3 почетныхъ.—Дѣятельность Общества въ истекшемъ году выразилось въ устройствѣ 17 научныхъ засѣданій. Изъ нихъ въ первомъ—годичномъ засѣданіи была произнесена рѣчь дѣйств. членомъ М. А. Чалусовымъ на тему: «Значеніе Х—лучей, какъ метода изслѣдованія въ медицинѣ». Въ остальныхъ 16 засѣданіяхъ было сдѣлано 26 докладовъ и 5 демонстрацій. Изъ нихъ 11 падало на хирургию, 4-на внутреннія болѣзни, 3-на офтальмологію, 2-на патологическую анатомію, 1-цитологию, 1-на дѣтскія болѣзни, 1 на антропологию, 1-на неврологию, 1-на гигиену, 1-на общественную медицину.

Доклады были слѣдующаго содержанія:

- 1) Посѣтитель М. М. Хомяковъ: «Небный валикъ у инородцевъ Поволжья» (съ демонстраціей препаратовъ).
- 2) Дѣйств. чл. Н. А. Геркенъ: «О двухъ случаяхъ аппендицита» (съ демонстраціей препаратовъ).
- 3) Дѣйств. членъ Н. В. Копыловъ: «Леченіе по способу проф. Bier'a (съ демонстраціей препаратовъ).
- 3) Дѣйств. членъ И. С. Рождественскій: «О злокачественныхъ опухоляхъ носоглотки» (съ демонстраціей больного),
- 4) Дѣйств. членъ Н. К. Горяевъ: «Къ методикѣ счисленія лейкоцитовъ» (сравнительная оцѣнка камеръ Thomas'a Zeiss, Предтеченскаго, Turch, Bürgene).
- 5) Посѣт. студ. Н. С. Мокинъ: «Три случая врожденныхъ аномалій почекъ» (съ демонстраціей препаратовъ).
- 6) Дѣйств. членъ И. М. Тимофеевъ: «Случай резекціи верхней челюсти съ примѣненіемъ протеза» (демонстрація больной и препаратовъ).
- 7) Посѣтитель Е. М. Лепскій: «О серодиагностикѣ по способу связыванія Комплекмента».
- 8) Дѣйств. чл. Н. К. Горяевъ: «Polycythaemia megalosplenica» (съ демонстраціей больныхъ).
- 9) Дѣйств. членъ А. Г. Агабабовъ: «О циклодіализѣ при глаукомѣ» (съ демонстраціей больного).

10) Дѣйств. членъ М. Н. Чебоксаровъ: «Діагностическое значеніе глазной реакціи Wolf-Eisner-Calmett'a при легочной бугорчаткѣ».

11) Дѣйств. членъ А. Г. Агабабовъ: «О вылушеніи глазного яблока».

12) Дѣйств. членъ Г. Г. Вульфійусъ: «Значеніе кожной реакціи Pirquet» для распознаванія туберкулеза въ дѣтскомъ возрастѣ.

13) Почетн. членъ В. И. Разумовскій: «Къ казуистикѣ обширныхъ резекцій желудка» (съ демонстраціей препаратовъ).

14) Посѣтитель Е. А. Зеньковичъ: «Атрофія зрительныхъ нервовъ вслѣдствіе употребленія киндеръ-балъзамовъ».

15) Дѣйств. чл. М. В. Казанскій: «Областной противохолерный сѣздъ въ г. Самарѣ въ 1908 г.

16) Дѣйств. членъ. И. С. Рождественскій: «Sarcoma giganteocellulare влагалища m. sartorisi».

17) Дѣйств. членъ И. П. Васильевъ: «Pneumatosis cystoides intestinorum hominis».

18) Посѣт. О. И. Никифорова: «Къ вопросу объ этиологіи «инфанглизма»—Langdown—Down'a (монголизмъ авторовъ).

19) Дѣйств. членъ А. Д. Сурковъ: «Анатомія червеобразнаго отростка» (съ демонст. препаратовъ).

20) Дѣйств. чл. И. С. Рождественскій: «Гистологія и физиологія червеобразнаго отростка».

21) Дѣйств. чл. Е. М. Идельсонъ: «По вопросу о причинахъ заболѣваемости червеобразнаго отростка».

22) Дѣйств. чл. А. А. Десятовъ: Искусственная біологическая очистка сточныхъ водъ,

23) Дѣйств. членъ А. Н. Каземъ-Бекъ: «Клиническія наблюденія надъ дѣйствіемъ противотуберкулезной сыворотки д-ра Непорожняго».

24) Дѣйств. членъ В. И. Котеловъ: «О нарывахъ при аппендицитѣ».

25) Дѣйств. членъ Н. В. Колыловъ: «Субдифрагмальный нарывъ».

26) Дѣйств. членъ Г. Г. Вульфійусъ: «О нарывахъ печени».

Въ началѣ отчетнаго года Общество по предложенію своего председателя проф. Н. А. Геркена избрало изъ своей среды комиссію для разработки вопроса объ аппендицитѣ.

Комиссія выработала программу, которой должно Общество руководиться при рассмотрѣннн постановленнаго вопроса, причеиъ весь вопросъ подраздѣлила на 27 отдѣловъ. Для каждаго изъ отдѣловъ былъ избранъ особый докладчикъ. Кроме того, эта программа была разослана всѣмъ врачамъ Волжско-Камскаго района съ просьбою принять участие, на основаннн личнаго опыта, въ разработкѣ поднятаго вопроса. Однако, до сихъ поръ Обществу удалось исчерпать только 4 отдѣла. Такая медленность отчасти объясняется тѣмъ, что мѣстные молодые члены Общества, на которыхъ главнымъ образомъ возложена разработка этого вопроса, несутъ не мало черной работы въ учебно-вспомогательныхъ учрежденнхъ университета, а потому физически лишены возможности удѣлнть вопросу столько времени, сколько это было бы желательно. Что касается врачей Волжско-Камскаго района, то до сихъ поръ ихъ откликнулась на призывъ очень немного, что можно объяснить бывшей въ 1908 г. эпидемией холеры въ В. К. районѣ, что опять таки отчасти понятно, если припомнить условия нашей общественной жизни, и, наконецъ, здѣсь могла сыграть не послѣднюю роль бывшая въ 1908 году эпидемія холеры, куда было отвлечено не мало силъ врачей.

Выражу увѣренность, что въ новомъ году О-во съ должной энергiей доведетъ начатое дѣло до конца.

Печатнымъ Органомъ Общества попрежнему былъ «Казанскiй Медицинскiй Журналъ», на который Общество получило въ отчетномъ году пособiя 300 рублей отъ министерства народнаго просвѣщенiя. Количество печатнаго матерiала въ отчетномъ году поднялось настолько, что число выпусковъ журнала пришлось увеличить съ 4-хъ до 6-и, которые и выходили аккуратно въ назначенный срокъ.

### Очетъ по насѣ Общества за 1908 годъ.

#### Приходъ,

Оставалось къ 1 Января 1908 г. . . . .	2453 р. 84 к.
Вновь поступило: членскихъ взносов . .	452 р. —
» субсидiи отъ Министерства . . . .	300 р. —
« % по сбереженiямъ и бумагамъ . .	79 р. 15 к.
« за продажу книжекъ въ память проф. Н. М. Любимова и за подписку на журналъ отъ Брокгауза и Эфрона . . . . .	15 р. 50 к.
	<hr/>
	Итого 3300 р. 49 к.

Расходъ:

Типографскіе расходы . . . . .	100 р. 80 к.
Жалованіе служашей въ библіотекѣ . . .	120 р. —
«    служащему . . . . .	60 р. —
Награды къ праздникамъ имъ же и служите- лямъ университета . . . . .	39 р. —
На книги и журналы . . . . .	107 р. 7 к.
Переплеть книгъ . . . . .	30 р. —
Столярныя работы . . . . .	61 р. 60 к.
	<hr/>
	Итого 628 р. 89 к.
Осталось къ 1 Января 1909 года . . . . .	2771 р. 60 к.
Кромѣ того у Общества имѣется капиталъ, собранный по подпискѣ на стипендію имени проф. К. М. Леонтьева . . . . .	450 р. въ серіяхъ.

Казначей *О. Г. Панъ*

**Отчетъ о состояніи библіотени Общества врачей, состоящаго при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, за 1908 годъ.**

(Читано въ годичномъ засѣданіи Общества 12 февраля 1909 г.).

Въ теченіе отчетнаго года въ библіотеку общества поступило періодическихъ изданій 95; изъ нихъ: журналовъ и газетъ, почти исключительно медицинскихъ, — 40 названій, Протоколовъ и Трудовъ, Извѣстій и под. различныхъ Обществъ и учреждений — также 40, а изданій городскихъ и земскихъ учреждений — 15.

Отдѣльныхъ сочиненій получено около 150 названій.

За исключеніемъ 5 русскихъ и 2 иностранныхъ медицинскихъ газетъ и журналовъ, всѣ остальные періодическія изданія, также какъ и почти всѣ отдѣльныя сочиненія получены были въ библіотеку Общества или въ обмѣнъ на издаваемый Обществомъ «Казанскій Медицинскій Журналъ», или въ даръ отъ различныхъ лицъ и учреждений.

Пользованіе библіотекой въ отчетномъ году было въ еще болѣе скромныхъ размѣрахъ, чѣмъ въ предшествовавшемъ году: по записямъ, брали книги изъ библіотеки 22 члена Общества и имъ сдѣлано было 113 выдачъ различныхъ изданій, изъ которыхъ на долю журналовъ и газетъ падаетъ 58% записей, диссертаций — 31% и разныхъ книгъ — 7%.

Въ самой библиотекѣ, въ читальнѣ ея, пользовались тѣми или другими изданіями немногіе члены Общества.

Сравнительно малое пользованіе нашей библиотекой объясняется какъ отдаленностью помѣщенія ея отъ центра города, такъ и, можетъ быть, еще больше—запущенностью библиотеки вслѣдствіе невозможности поддерживать порядокъ въ ней изъ за тѣсноты помѣщенія и другихъ неудобствъ библиотеки, о чемъ подробно говорилось въ отчетѣ по библиотекѣ за предшествовавшіе 1905—1907 годы (См. Январь-Февральскую книжку «Казанскаго Медицинскаго Журнала» за 1908 г.)

Нынѣ отведенное, но еще не занятое, въ главномъ зданіи Университета (восточная половина его, верхній этажъ, двѣ комнаты—7 и 8 Зоотомическаго Кабинета) болѣе обширное и удобное помѣщеніе для нашей библиотеки, надѣюсь, дастъ намъ возможность привести библиотеку въ должный порядокъ и увелечить пользованіе ею.

Секретарь—Библиотекаръ Общества *М. Казанскій.*

---

# ПРОТОКОЛЬ

## засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

26-го Февраля 1909 года.

Предсѣдательствовали проф. Н. А. Геркенъ при секретарѣ д-рѣ А. В. Фаворскомъ.

Присутствовали—Осиповъ, Заболотновъ, Первушинъ, Вульфійусъ, Лепскій, Чалусовъ, Горяевъ, Шибковъ, Бушмакинъ, Никифорова, Миславскій, Котеловъ, Васильевъ, Чарушинъ, Барыкинъ, Идельсонъ, Панъ, Казанскій.

1) Дѣйств. членъ *А. И. Шибковъ* демонстрировалъ внутренніе органы больной, умершей отъ отравленія уксусной эссенціей.

2) Посѣтитель, студ. *Яхонтовъ*: «Къ анатоміи почки» (съ демонстраціей препаратовъ).

### ПРЕНІЯ.

Посѣт., проф. Тонковъ. Въ Вашей работѣ представляется несомнѣнно интереснымъ выясненіе взаимнаго отношенія сосудовъ, а равно и вопросъ о дѣленіи артерій. Съ своей стороны я могу выразить пожеланіе, чтобы Вы указали діаметръ сосудовъ. Затѣмъ, я надѣюсь, что при окончательной отдѣлкѣ Вашей работы, Вы пополните литературу и, быть можетъ, доведете число Вашихъ наблюденій до 100, что дастъ Вамъ возможность выразить Ваши наблюденія въ болѣе точныхъ процентахъ. Нужно однако сознаться, что послѣднее мое пожеланіе выполнить не такъ легко, такъ какъ мы въ Казани очень

стѣснены въ анатомическомъ матеріалѣ. Изъ вашей работы можно сдѣлать несомнѣнный выводъ, что классическая схема отношеній сосудовъ и мочеточника также имѣется на лицѣ, но она требуетъ нѣкоторыхъ весьма важныхъ измѣненій и добавленій.

Обращаю вниманіе также и на то обстоятельство, что Ваша работа показываетъ, какъ иногда анатомическія данныя, цитируемыя въ теченіе столѣтій, бываютъ далеки отъ истины.

Осиповъ полагаетъ, что число процентовъ, приведенныхъ докладчикомъ, можетъ повыситься, если число наблюденій будетъ доведено до 100. Нужно признать, что выводы докладчика ближе къ истинѣ, такъ какъ число наблюденій у него очень велико по сравненію съ числомъ другихъ авторовъ. Для собиранія матеріала Осиповъ рекомендуетъ обратиться въ Окружную лечебницу, гдѣ вскрытій бываетъ очень много.

Заболотновъ. Нѣтъ-ли разницы въ расположеніи артерій и вень на той и другой сторонѣ?

Докладчикъ. Симметріи не наблюдается.

Предсѣдатель подчеркнул значеніе анатомическихъ занятій для хирургіи и привѣтствовалъ появленіе докладовъ изъ анатомическаго Института университета, что свидѣтельствуетъ о начавшейся энергичной научной жизни этого учрежденія.

3) Дѣйств. членъ *Г. Г. Вульфійусъ*: «Къ казуистикѣ мультилокулярнаго эхинококка печени».

## П Р Е Н І Я .

Посѣт. проф. Чистовичъ. Изъ доклада я не уяснилъ себѣ: былъ-ли выясненъ микроскопически характеръ нагноенія эхинококковой полости или простое размягченіе. Затѣмъ, я полагаю, что Вы преувеличили, сравнивая казеозное перерожденіе съ перерожденіемъ эхинококковымъ.

Вульфійусъ. Центральныя части эхинококковой гранулемы иногда перерождаются казеозно.

Котеловъ. При произведенномъ мною пробномъ проколѣ оказалось достаточное количество гноя, а равно и при операциі, произведенной мною чрезъ 2 дня послѣ этого. Я не помню, было-ли сдѣлано микроскопическое изслѣдованіе гноя.

Заболотновъ. Данный случай несомнѣнно отличается отъ обыкновеннаго: здѣсь имѣются полости, какъ при абсцессѣ. Кромѣ того, здѣсь некротическіе участки вокругъ полости, какъ это бываетъ при мультилокулярномъ эхинококкѣ.

Весьма возможно, что въ данномъ случаѣ, благодаря гнойному поражению брюшины (appendicitis) при хроническомъ теченіи заболѣванія, имѣлось осложненіе эхинококка въ видѣ гнойнаго его пораженія.

Предсѣдатель остановилъ вниманіе на трудностяхъ клиническаго распознаванія подобныхъ случаевъ и благодарилъ докладчика за интересное сообщеніе.

## II. Административная часть.

- 1) Баллотировкою въ дѣйств. члены избраны:
  - а) Варвара Димитріевна Черноярова—19 изб. и 1 неизб.
  - б) Михайль Антоновичъ Крыловъ —12 изб. и 6 неизб.
- 2) Предложены въ дѣйств. члены—В. Н. Осипова, Ф. Я. Китаевъ, Н. И. Горизонтовъ, Ф. Я. Чистовичъ.
- 3) Прочитанъ отчетъ казначея Общества О. Г. Пана за 1908 годъ.
- 4) Доложено и принято къ свѣдѣнію приглашеніе на Всероссийскій съѣздъ гинекологовъ и акушеровъ въ г. Кіевѣ, въ 1909 году.
- 5) Доложено обращеніе Комитета имени Ген.-адъютанта М. Д. Скобелева для выдачи пособій потерявшимъ на войнѣ способность къ труду воинамъ. Постановлено: циркулировать подписной листъ между членами Общества.

Предсѣдатель Н. Геркенъ.

Секретарь А. Фаворскій.

---



# ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ  
Казанскомъ Университетѣ

12 Марта 1909 г.

Предсѣдательствовалъ тов. пред. Первущинъ при секретарѣ Сурковѣ, замѣнившемъ Фаворского.

Присутствовали—Клячкинъ, Кушинскій, Зуевъ, Лепскій, Черноярова, Енохинъ, Котеловъ, Десятовъ, Соколовъ, Кузнецовъ, Казанскій, Панъ, Барыкинъ, Быстренинъ, Чалусовъ, Бушмакинъ, Гиммель, Горяевъ, Меньшиковъ, Вульфѳусъ, Ципкинъ, Левханьянцъ, Климовичъ, Чуевскій, Островскій, Чирковскій, Лурія, Идельсонъ, Рождественскій, Надель-Пружанская, Миславскій и человекъ 200 посторонней публики.

Заслушано:

1) Демонстрація дѣйствительнаго члена *И. М. Гиммеля* «О риносклеромѣ» (микроскопическіе и бактериологическіе препараты и больная)

Предсѣдатель, указавъ на важность подобнаго рода демонстрацій, благодарить докладчика за интересное сообщеніе.

2) Сообщеніе дѣйствит. члена *Б. П. Енохина*: «Случай обширной резекціи тонкой кишки». Демонстрируется препаратъ резецированной кишки» (214 см.) и больной, перенесшій операцію.

Пренія возбуждены не были.

Предсѣдатель благодарить докладчика.

3) Сообщение дѣйств. члена *В. А. Барыкина* «О противохоле-  
рныхъ прививкахъ».

Предсѣд. предлагаетъ желающимъ высказаться по поводу доклада.

Десятовъ. Дѣйствіе прививокъ, какъ показываютъ статистическія данныя, не является безусловно положительнымъ. Производитъ прививки среди рабочихъ классовъ неудобно, такъ какъ это отрываетъ отъ работы иногда (въ зависимости отъ реакціи организма) на продолжительное время. По почину Каз. Окр. Путей Сообщ. были предприняты прививки среди рабочихъ; практика показала невозможность провести ихъ какъ главную мѣру. На первый планъ необходимо поставить задачу объ улучшеніи санитарно-гигіеническихъ условій.

Казанскій съ своей стороны высказалъ, что внѣ всякаго сомнѣнія, въ противоположность взгляду докладчика, санитарно-гигіеническія мѣры въ борьбѣ съ холерой должны быть постановлены на первомъ планѣ: въ нихъ—наше спасеніе отъ нашествія и распространенія у насъ холеры; предохранительныя-же противъ холеры прививки, при всей ихъ пользѣ, могутъ служить только дополненіемъ къ санитарно-гигіеническимъ мѣрамъ. Въ этомъ какъ нельзя болѣе убѣждаетъ насъ Англія, которая вотъ уже около 40 лѣтъ не знаетъ у себя холеры, и этого Англія достигла исключительно благодаря строго проводимымъ санитарно-гигіеническимъ мѣрамъ; къ предохранительнымъ же противъ холеры прививкамъ въ Англіи не прибѣгали и не прибѣгаютъ. Мнѣ кажется, что и спору быть не можетъ, что санитарно-гигіеническія мѣры должны стоять на первомъ планѣ въ борьбѣ съ холерой, а предохранительныя противъ холеры прививки должны быть лишь дополненіемъ къ гигиеническимъ мѣрамъ; и если я выскажу нѣсколько соображеній по поводу этихъ прививокъ, то именно только съ этой точки зрѣнія на нихъ.

Вопросъ о безусловной пользѣ предохранительныхъ прививокъ противъ холеры нельзя еще считать вполне рѣшеннымъ. Приведенныя докладчикомъ статистическія данныя въ пользу прививокъ страдаютъ тѣмъ существеннымъ недостаткомъ, что въ нихъ нѣтъ указаній, какому классу населенія больше дѣлались прививки: интеллигентному-ли и состоятельному, обычно наиболѣе подвергающемуся предохранительнымъ прививкамъ, но въ то же время и безъ всякихъ прививокъ очень мало страдающему отъ холеры, или, напротивъ,—бѣдному и совершен-

но некультурному люду, который, являясь всегда страшной жертвой холеры, обычно не позволяет дѣлать себѣ прививки. При такомъ положеніи дѣла, статистика прививокъ можетъ дать неправильные выводы.

Для правильности выводовъ слѣдовало-бы указывать въ статистическихъ данныхъ и время заболѣваній холерой среди привитыхъ отъ момента прививокъ, въ виду сравнительно непродолжительнаго искусственнаго иммунитета, получаемого отъ прививокъ,—менѣе года.

Далѣе, реакція отъ противохолерныхъ прививокъ получается у привитыхъ людей, очень различная—отъ очень слабой до очень сильной, что далеко не безразлично, такъ какъ для полученія болѣе или менѣе стойкаго искусственнаго иммунитета противъ холеры слѣдуетъ дѣлать прививки не одинъ разъ, а два, а лучше и 3 раза.

Между прочимъ, при производившихся лично мнѣ въ сентябрѣ 1907 г. въ здѣшнемъ Бактеріологическомъ институтѣ предохранительныхъ противъ холеры прививкахъ реакція у меня была слабая, ограничивавшаяся почти одними мѣстными явленіями. Дѣлавшій прививки д-ръ А. И. Бердниковъ сообщилъ мнѣ, что наблюдалъ и сильную реакцію отъ прививокъ, въ виду чего онъ начинаетъ прививки лишь съ 0.5 куб. сант. холерной вакцины (убитой разводки холерныхъ бактерій), предпочитая лишній разъ сдѣлать прививку, чѣмъ впрыскивать сразу 1 куб. сант. вакцины, а затѣмъ 2 куб. сант. какъ-то рекомендуется дѣлать. Лично мнѣ д-ръ Бердниковъ сдѣлалъ 4 прививки холерной вакцины: сначала въ дозѣ 0.5 куб. сант., чрезъ 5 дней—0.8 к. с., чрезъ 4 дня—1.4 к. с. и чрезъ 19 дней (уѣзжалъ изъ Казани)—1.0 куб. сант. Три прививки сдѣланы были въ область живота и одна—вторая—въ лѣвое плечо; въ послѣднемъ случаѣ мѣстныя явленія выражены были значительно сильнѣе, чѣмъ при остальныхъ прививкахъ.

Противопоказанія противохолерныхъ прививокъ также имѣютъ значеніе, особенно это относится къ туберкулезнымъ больнымъ, беременнымъ женщинамъ и страдающимъ поносомъ и лихорадочными болѣзнями. Послѣднее, я думаю, не безусловно, судя по личному наблюденію: третью прививку я сдѣлалъ себѣ въ разгаръ у меня инфлюэнцы, вызвавшей въ ночь послѣ прививки сильный жаръ; всю ночь не спалъ и утромъ уѣхалъ изъ Казани въ Пермь. Во все время поѣздки и прививка почти ничѣмъ не давала себя чувствовать.

Различная реакція у людей послѣ прививки холерной вакцины объясняется какъ особенностями организма привитыхъ людей, такъ и свойствами впрыскиваемой противохолерной вакцины. Болѣзнетворность

холерныхъ бактерій, какъ извѣстно бываетъ очень различная; поэтому и холерная вакцина можетъ получиться различной силы. Неодинаковымъ приготовленіемъ вакцины д-ръ Бердниковъ объяснялъ на Самарскомъ противохолерномъ сѣздѣ въ апрѣлѣ 1908 г. различную реакцію у привитыхъ холерной вакциной.—Въ виду важности дѣла, бактериологическимъ институтомъ настоятельно необходимо выработать однообразный способъ приготовленія холерной вакцины, найти какойнибудь, хотя бы и условный, критерій для опредѣленія силы холерной вакцины, чтобы вприскиваемые дозы ея соответствовали извѣстной опредѣленной силѣ вакцины.

Докладчикъ почему-то ограничился одними иностранными статистическими данными относительно противохолерныхъ прививокъ; между тѣмъ для насъ-русскихъ особенно важны наблюденія относительно прививокъ, производившихся въ нашемъ, русскомъ населеніи. Такія наблюденія уже опубликованы и сообщены были и на Самарскомъ противохолерномъ сѣздѣ, какъ о томъ сообщено было мною Обществу въ моемъ докладѣ о сѣздѣ, напечатанномъ въ нашемъ «Казанскомъ Медицинскомъ Журналѣ» 1908 и 1909 г. г. куда и отсылаю интересующихся прививками. О весьма благоприятныхъ результатахъ противохолерныхъ прививокъ сообщилъ на сѣздѣ проф. Заболотный, производившій прививки въ 1907 г. въ Астрахани 4400 чел.—Изъ доклада земскаго врача Симбирской губерніи И. С. Федоренко видно, что въ 1907 г. во время эпидеміи привито было въ губерніи 8-ю земскими врачами 1492 чел. Никто изъ привитыхъ не заболѣлъ холерой. Интересныя наблюденія относительно противохолерныхъ прививокъ, производившихся въ Саратовской губерніи опубликованы во «Врачебно-Санитарной Хроникѣ Саратовской губерніи».

Оставленъ докладчикомъ незатронутымъ и вопросъ объ отрицательной фазѣ предохранительныхъ прививокъ, имѣющій немаловажное значеніе. Такъ какъ иммунитетъ противъ холеры получается не тотчасъ послѣ прививки, а чрезъ 4—5 дней; инкубационный же періодъ холеры, при зараженіи ею, обыкновенно короче, то могутъ быть случаи, когда прививка сдѣлана будетъ уже заразившемуся холерой, въ періодъ ея инкубации, а это совпаденіе можетъ ухудшить положеніе больного. Вотъ почему въ холерное время не слѣдуетъ дѣлать прививки страдающимъ поносомъ, который можетъ быть уже холернымъ; слѣдуетъ также остерегаться дѣлать противохолерныя прививки въ домахъ гдѣ есть холерные больные, лицамъ, окружающимъ холернаго больного. Д-ръ Мослаковцевъ (Астрахань), сообщаетъ о слѣдующихъ 5 случаяхъ смерти отъ холеры среди привитыхъ холерной вакциной:

въ одномъ изъ этихъ случаевъ прививка сдѣлана была, оказалось, уже во время поноса, въ другомъ—имѣлось дѣло съ ухаживавшимъ за больной холерою женой; двое умершихъ ассенизаторовъ, вѣроятно, по мнѣнію автора, также привиты были въ періодъ инкубаціи холеры.

Эпидемія холеры 1908-го года дала у насъ, вѣроятно, богатый матеріалъ для предохранительныхъ противъ холеры прививокъ. Весьма важно познакомиться съ результатами ихъ.

Посѣт. Зимницкій. Соглашаясь съ мыслью, высказанной Десятовымъ и Казанскимъ о значеніи санитарно-гигіеническихъ мѣропріятій въ дѣлѣ борьбы съ холерой, указываетъ, что въ Россіи проведеніе въ жизнь таковыхъ мѣропріятій встрѣчаетъ разнообразныя, часто трудно преодолимыя препятствія. Вслѣдствіе чего оппонентъ считаетъ прививки наиболѣе дѣйствительнымъ средствомъ въ борьбѣ съ эпидеміей, т. к. онѣ являются средствомъ повышающимъ сопротивляемость организма, поставленнаго даже въ очень неблагоприятныя гигиеническія условія.

Лурія. Санитарныя мѣропріятія не могутъ принести желательныхъ результатовъ, некультурность массъ, ихъ фанатизмъ всегда тормозятъ дѣло. Эпидемія надвигается и необходимо организовать прививки, какъ средство дающее несомнѣнные результаты.

Десятовъ. Думаетъ что его невѣрно поняли. Онъ не противникъ прививокъ, но возражаетъ противъ теоретическаго положенія, что въ Россіи, которая находится въ скверномъ положеніи съ гигиенической стороны, главная мѣра прививки. По моему, что плохо, съ того и необходимо начинать.

Посѣтитель Зимницкій. Я стою на практической почвѣ: необходимо помочь населенію, помочь немедленно. Какъ это сдѣлать? Улучшеніе гигиеническихъ условій не въ нашихъ рукахъ. Прививки—доступное намъ дѣйствительное средство.

Казанскій: Я совершенно не согласенъ съ мнѣніемъ проф. Зимницкаго, что санитарно-гигіеническія мѣры, какъ являющіяся у насъ, по его словамъ «журавлемъ въ небѣ», отходятъ на второй планъ въ борьбѣ съ холерой, и что долгъ нашъ заботиться о мѣрахъ противъ холеры ad hoc, сейчасъ въ данное время. Напротивъ, по моему мнѣнію, Общество врачей, какъ ученое Общество должно шире

смотреть на дело борьбы съ холерой и принципиально выяснять необходимые мѣры противъ нея. Долгъ Общества, какъ и долгъ, я думаю, каждаго врача неустанно проповѣдовать, настойчиво указывать на существенную важность и неотложную необходимость въ дѣлѣ борьбы съ холерой санитарно-гигиеническихъ мѣръ, возможно скорѣйшее проведеніе которыхъ въ жизнь—понимая ихъ въ широкомъ смыслѣ—единственное спасеніе нашего населенія отъ холеры и не только отъ холеры, но и отъ другихъ эпидемическихъ болѣзней. Отчего такъ жестоко страдаетъ и гибнетъ наше населеніе отъ эпидемическихъ болѣзней? Главнымъ образомъ отъ того, очевидно, что наше населеніе еще мало знакомо съ сущностью заразныхъ болѣзней и мы мало сознаемъ важность и необходимость санитарно-гигиеническихъ мѣръ борьбы съ эпидемическими болѣзнями. Вотъ почему нашъ долгъ и долгъ нашего Общества врачей всегда и вездѣ распространять среди населенія здравыя гигиеническія понятія и указывать на важность и необходимость обще-санитарныхъ мѣръ при каждомъ «ad hoc», хотя я и не считаю, чтобы въ настоящемъ засѣданіи шла рѣчь о мѣрахъ борьбы съ холерой ad hoc, а не вообще, въ чемъ убѣждаетъ насъ самый докладъ, только—что выслушанный. Предохранительнымъ-же прививкамъ противъ холеры мы принципиально должны отвести второстепенное мѣсто и считать ихъ лишь дополненіемъ къ санитарно-гигиеническимъ мѣрамъ.

Лурія. Передъ надвигающейся эпидеміей могутъ быть пренія только о способахъ проведенія въ жизнь прививокъ.

Докладчикъ Барыкинъ. Прививки я не считаю единственнымъ и идеальнымъ средствомъ, но, когда грозитъ опасность, прививки являются наиболѣе дѣйствительнымъ и легче выполняемымъ мѣропріятіемъ.

Предсѣдатель, резюмируя пренія, благодарить докладчика.

#### Административная часть.

Произведены выборы вновь предложенныхъ членовъ о-ва. Избраны Горизонтовъ (22 и 0), Китаевъ (23 и 0), Осипова (22 и 2), Чистовичъ (23 и 3).

З а с л у ш а н о прошеніе Пом. бібліотекаря Бѣляевой о пособіи къ предстоящему празднику; постановлено назначить 15 руб.

Также постановлено выдать служителю Фоминову 7 руб., остальнымъ въ размѣрѣ жалованія.

З а с л у ш а н о письмо Казанскаго врачебнаго инспектора къ предсѣдателю Общества съ предложеніемъ принять участіе въ чествованіе д-ра Борисова по поводу юбилея.

П о с т а н о в л е н о: просить предсѣдателя поздравить юбиляра письмомъ.

Д о л о ж е н о Казначеемъ о поступившемъ счетѣ Университетской Типографіи.

Д-ръ К а з а н с к і й по поводу сообщенія г. Казначая Общества, д-ра Пана, о долгѣ Общества Университетской Типографіи замѣтилъ, что вопросъ этотъ уже обсуждался и въ Бюро О-ва и въ одномъ изъ засѣданій Общества, и тогда имъ—д-ромъ Казанскимъ—сдѣлано было предложеніе обратиться отъ имени Общества, по примѣру прежнихъ, правда не послѣднихъ, лѣтъ въ Правленіе Университета съ мотивированнымъ ходатайствомъ о сложеніи съ Общества накопившагося долга университетской типографіи, тѣмъ болѣе, что при предоставленномъ нашему Обществу совѣтомъ Университета правѣ бесплатнаго печатанія въ Университетской типографіи ежегодно въ размѣрѣ 20 листовъ, Обществомъ отпечатано было въ 1905 г. только 2 выпуска своего Журнала въ размѣрѣ 9 печ. листовъ, а въ 1906 г.—лишь одинъ выпускъ—4 печатныхъ листа.

Не знаю, обращалось-ли Бюро Общества съ указаннымъ ходатайствомъ въ Правленіе Университета; но только я случайно въ мѣстной газетѣ «Вечерняя Почта» отъ 2 марта 1909 г. прочиталъ замѣтку слѣд. содержанія:

«Въ послѣдніе годы Министерство народнаго просвѣщенія, по ходатайству Медицинскаго Факультета, ежегодно ассигновывало состоящему при Университетѣ Обществу врачей 300 рублей въ пособіе на печатаніе его трудовъ и протоколовъ. Въ 1908 году печатный органъ Общества «Казанскій Медицинскій Журналъ» выходилъ аккуратно двухъ-мѣсячными книжками. Судя по имѣющемуся матеріалу, «Казанскій Медицинскій Журналъ» могъ бы значительно расшириться,

если бы тому не препятствовали матеріальныя средства Общества. Поэтому Медицинскій Факультетъ, согласно ходатайству Общества врачей, входитъ въ Министерство народнаго просвѣщенія съ представленіемъ объ ассигнованіи на текущій 1909 годъ въ распоряженіе Общества 500 рублей въ пособіе на изданіе трудовъ его».—Если дѣйствительно Бюро Общества \*) входило съ такимъ ходатайствомъ въ Медицинскій Факультетъ, то объ этомъ слѣдовало бы сообщить въ засѣданіи Общества, чтобы о возбужденномъ ходатайствѣ, въ полной его редакціи, занести въ протоколъ засѣданія и потомъ напечатать въ «Дневникѣ» Общества.

Пользуясь случаемъ въ тѣхъ же цѣляхъ высказать пожеланіе, чтобы въ засѣданіи Общества доложенъ былъ и текстъ того обращенія отъ имени Общества, которое сдѣлано было Бюро его въ Медицинскій Факультетъ по поводу повторительныхъ курсовъ для врачей.

Подобныя факты въ жизни и дѣятельности Общества настолько интересны, что вполне достойны занесенія ихъ на страницы «Дневника» Общества.

Постановлено провѣрить счетъ и выяснить возможность сложить этотъ долгъ черезъ Правленіе Университета.

Заслушано заявленіе женщинъ врачей г. Казани, организовавшихъ О-во борьбы съ дѣтскою смертностью, предлагающихъ О-ву врачей при И. К. У. принять участіе въ обсужденіе этого вопроса.

Постановлено просить дѣйств. члена О-во врачей В. Н. Осипову въ слѣдующемъ засѣданіи сдѣлать сообщеніе по этому вопросу.

Предсѣдатель внесъ предложеніе о желательности устройства засѣданій въ клиникахъ для ознакомленія съ клиническимъ матеріаломъ.

Постановлено обратиться къ директорамъ клиникъ за содѣйствіемъ.

Д-ръ Казанскій обратился къ членамъ Общества съ просьбой оказать посильную матеріальную поддержку недавно возникшему въ Петербургѣ Обществу попеченія о сиротахъ-дѣтяхъ врачей (всѣхъ вѣдомствъ).

\*) Многоуважаемый М. В. Казанскій былъ введенъ въ заблужденіе газетной запиской. По примѣру прошлыхъ лѣтъ Медицинскій Факультетъ ходатайствовалъ объ ассигнованіи 500 руб. пособія Обществу вслѣдствіе единоличнаго представленія предсѣдателя Общества. *Прим. редактора.*



Изъ предлагаемыхъ вниманію присутствующихъ воззваній Казанскаго Окружнаго Военно-Медицинскаго Инспектора В. П. Колодезникова, видно, что дѣло призрѣнія, благодаря предсѣдателю Общества попеченія о сиротахъ врачей, д-ру А. П. Грязнову, его сотрудникамъ и особенно сотрудницамъ, супругамъ врачей, поставлено прекрасно: ко времени посѣщенія В. П. Колодезниковымъ пріюта Общества въ сентябрѣ 1908 г. въ немъ призрѣвалось 12 дѣвочекъ, изъ которыхъ три—уроженки г. Казани. (Это три круглыя сироты врача Балка, трагически погибшаго вслѣдствіе крайне тяжелаго матеріальнаго положенія).

Въ виду стѣсненныхъ средствъ Общества попеченія о сиротахъ-дѣтяхъ врачей, В. П. Колодезниковъ обращается съ покорнѣйшей просьбой содѣйствовать увеличенію средствъ Общества пока вносомъ, возможной для врачей и знакомыхъ имъ не врачей, суммы, хотя бы копѣйками, въ присланную ему кружку Общества, адресуя деньги въ Казань, Окружному Военно-Медицинскому Инспектору. О полученіи денегъ будетъ съ благодарностью объявлено въ отчетѣ Общества и во врачебныхъ журналахъ.

Въ настоящее время, на попеченіи Общества находятся уже 19 дѣвочекъ-сиротъ врачей, изъ коихъ 4 обучаются въ институтахъ и гимназіяхъ за счетъ Общества, а 4 дѣвочки, живя въ пріютѣ Общества, обучаются въ гимназіи Принцессы Е. М. Ольденбургской приходящими. Изъ числа воспитанницъ Общества только одна—дочь Петербургскаго врача, а остальные привезены изъ провинціи.

Къ свѣдѣнію желающихъ быть членомъ Общества сообщая, что членскій взносъ—3 рубля въ годъ. Взносы и пожертвованія въ Общество можно направлять на имя Предсѣдателя Правленія Общества, Александра Петровича Грязнова (Петербургъ, Симбирская ул., д. № 46, кв. 11).

П о с т а н о в л е н о: принять къ свѣдѣнію.

Предсѣдатель Первушинъ.

Секретарь Сурковъ.

# ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ  
Казанскомъ Университетѣ

19-го Марта 1909 года.

Предсѣдательствовалъ д-ръ В. П. Первушинъ, при секретарѣ  
А. В. Фаворскомъ.

Присутствовали—Шибковъ, Панъ, Сурковъ, Котеловъ, Осиповъ,  
Чалусовъ, Зуевъ, Любенецкій, Меньшиковъ, Грахе, Арнольдовъ, Ба-  
рыкинъ, Лепскій, Пичугинъ, Дамперовъ, Заболотновъ, Десятовъ, Го-  
ряевъ, Идельсонъ, Ципкинъ, Вульфюсъ, Троицкій, Миславскій и че-  
ловѣкъ 50 посторонней публики.

1. Сообщение дѣйств. члена *В. Н. Осиповой*: «Къ вопросу объ-  
организации Общества борьбы съ дѣтской смертностью въ Казани».

## ПРЕНІЯ.

Предсѣдатель отмѣчаетъ важность подобнаго сообщенія, за-  
трагивающаго назрѣвшій вопросъ о помощи бѣдному населенію путемъ  
заботы о дѣтяхъ. Далѣе, предсѣдатель ставитъ вопросъ, въ какой  
формѣ выразится участіе О-ва врачей.

Интересное сообщеніе *В. Н. Осиповой* заслуживаетъ нашего вни-  
манія въ нѣсколькихъ отношеніяхъ.—Указываемый въ докладѣ фактъ  
громадной смертности въ дѣтскомъ возрастѣ въ Россіи, разумѣется,  
не новъ—онъ общеизвѣстенъ; но когда этотъ фактъ выставляется  
выпукло, рельефно, онъ обращаетъ на себя вниманіе своей ужасно-  
стью и производитъ гнетущее впечатлѣніе. Съ этимъ явленіемъ, какъ

мы сейчас слышали, общество уже повело организованную борьбу и за границей, и у насъ въ Россіи. Казань не отстала отъ этого движенія: по инициативѣ женщинъ врачей здѣсь нарождается «Общество борьбы съ дѣтской смертностью»; его задачи, цѣли и программы дѣятельности, скромныя на первыхъ порахъ, изложены въ докладѣ В. Н.—Считаю своимъ долгомъ отъ имени Общества врачей при И. К. У. прежде всего привѣтствовать это благородное начинаніе, эту инициативу Казанскихъ женщинъ врачей, задумавшихъ сьорганизовать Общество для борьбы со смертностью дѣтей, и пожелать имъ полного въ данномъ отношеніи успѣха.—Далѣе въ сдѣланномъ докладѣ имѣется своего рода обращеніе къ Обществу врачей, призывъ къ посильной помощи. Этотъ-то, вотъ, практической вопросъ—отношеніе нашего Общества къ новому предпріятію—и долженъ быть главнымъ предметомъ, подлежащимъ нашему обсужденію сегодня.—О матеріальномъ содѣйствіи со стороны нашего Общества не можетъ быть и рѣчи—средства наши не настолько велики, да и инициаторы новаго Общества, думаю, не имѣли этого въ виду; наша помощь должна быть моральной, интеллектуальной: сочувствіе новому дѣлу, обсужденіе его постановки, выясненіе нѣкоторыхъ его сторонъ путемъ обсужденія представленныхъ его членами докладовъ, быть можетъ, выдѣленіе новой комиссіи, предоставленіе нашей библиотеки и т. д.

Поэтому позволю себѣ просить присутствующихъ (ихъ, къ сожалѣнію, сегодня не много вслѣдствіе недостаточнаго оповѣшенія о днѣ засѣданія) обсудить вопросъ—въ чемъ и какъ можетъ выразиться отношеніе Общества врачей къ новому Обществу?

Арнольдъ проситъ сообщить краткую программу дѣятельности.

Докладчица. Задача О-ва, которое желательно организовать не должна быть обширна; достаточно заняться обезпеченіемъ питанія и медицинской помощи.

Арнольдъ. Какъ организовать раздачу молока.

Докладчица. Необходимо разрабатывать вопросъ путемъ ознакомленія съ дѣятельностью другихъ Обществъ.

Арнольдъ. Смертность среди дѣтей громаднa и объясняется сквернымъ состояніемъ санитарныхъ условій вообще. Въ Казани же

санитарныя условія ниже всякой критики. Отсутствие регистраціи смертныхъ случаевъ затрудняетъ дѣятельность. О «каплѣ молока» необходимо высказаться въ желательномъ смыслѣ. Дезинфекція же едва-ли можетъ быть организована, пока не будетъ кадра подготовленныхъ работниковъ и пока не будетъ хорошо поставлена регистрація заболѣваній.

Докладчица. Антисанитарное состояніе Казани не должно смущать: въ Москвѣ такъ-же обстояло дѣло и комиссія указала городу на дефекты въ санитаріи. Привлеченіе въ свои ряды городскихъ дѣятелей желательно. Я предложила бы вопросъ о желательности учрежденія самостоятельнаго Общества или о присоединеніи къ Петербургскому подобному Обществу.

Меньшиковъ. Успѣшная борьба едва-ли мыслима при скверныхъ санитарныхъ условіяхъ. Идея «капли молока» прекрасна, но гдѣ найти хорошее молоко? Рыночное молоко—экстрактъ бактерій. Необходимо организовать продажу хорошаго молока.

Иичугинъ. Доставка хорошаго молока необходима. Организация можетъ быть таковою: въ разныхъ участкахъ врачи контролируютъ пригодность молока, извѣстныя лица слѣдятъ, чтобы получали молоко бѣдняки. Надъ молочными заведеніями необходимъ контроль. Распространять листки съ правилами кормленія; организовать рядъ популярныхъ лекцій о кормленіи и воспитаніи.

Лепскій. Я полагаю бы необходимымъ выяснитъ самую форму сначала, а потомъ уже детали.

Арнольдовъ. Необходимо полностью выяснитъ вопросъ и намѣтитъ задачи, планъ дѣятельности, а теперь я предлагаю для разработки вопроса выбрать комиссію.

Лепскій. Общество борьбы еще не организовано и всѣ детали будутъ обсуждаться въ Бюро.

Дамперовъ. Пока общество не выльется въ опредѣленную форму нельзя авансомъ выдавать ему обѣщанія на помощь.

О с и п о в ъ. Новому Обществу предстоитъ большая работа по организаціи; членовъ О-ва врачей желательнo привлечь къ обсужденію новаго устава.

А р н о л ь д о в ъ. Изъ кого предлагается собрать членовъ новаго Общества—изъ врачей, или изъ членовъ О-ва Врачей.

Д о к л а д ч и ц а. Изъ членовъ О-ва врачей должно образоваться ядро, которое и займется разработкой вопроса и привлеченіемъ разныхъ дѣятелей.

З а б о л о т н о в ъ. Свѣтуеетъ выдѣлать изъ О-ва врачей группу, не учреждая новаго Общества.

Д о к л а д ч и ц а думаетъ, что такое положеніе дѣла сузить предполагаемую дѣятельность.

З а б о л о т н о в ъ. Если за дѣло возьмется Общество врачей, то легче будетъ привлечь силы, какъ сочленовъ, такъ и постороннихъ общественныхъ дѣятелей.

П р е д с ѣ д а т е л ь. Вопросъ очень простъ: должно-ли быть организовано новое общество или учреждено филиальное отдѣленіе Петербургскаго или Казанскаго. Самостоятельное О-во пѣлесообразнѣе. Необходимо высказаться, какъ выразить свою помощь новому Обществу.

О с и п о в ъ. Привлеченіе массы населенія важно, но эти лица, войдя безъ права голоса, будутъ малодѣтельны. Правильнѣе вступить въ Союзъ борьбы съ дѣтскою смертію на автономныхъ началахъ; комиссія же изъ членовъ нашего Общества, какъ и всѣ комиссіи, мало дѣтельны. Я предложилъ бы просить членовъ О-ва по интересующему насъ вопросу организовать кружокъ, который и займется разработкою, входя по временамъ съ докладами въ О-во.

Л е п с к і й. Новое О-во не должно выступать какъ отдѣлъ О-ва врачей, ибо дѣятельность ихъ можетъ не совпадать.

Ч у е в с к і й. Наше Общество научное, а новое носить общественный характеръ.

Идельсонъ. Вопросъ о борьбѣ съ дѣтской смертностью—вопросъ общественной медицины, и въ Казани всѣ попытки въ этомъ направленіи кончались неудачею вслѣдствіе инертности общественныхъ дѣятелей. Члены нашего Общества или специалисты—теоретики, или индивидуалисты и къ общественнымъ вопросамъ не подготовлены. Борьба же съ дѣтскою смертностью сложна. Капля молока это не помощь, а зло, такъ какъ надо кормить грудныхъ.

Шулеръ удивляется возникновенію разногласій. Надо начать съ магаа, есть много путей для этого.

Осиповъ предложилъ составить организационную комиссію. Когда существуетъ зло, необходимо работать и не сидѣть сложа руки, оправдывая это величиною и неизбѣжностью зла.

Идельсонъ. Наше О-во слишкомъ изолировано отъ общественной медицины и потому всегда его попытка въ этомъ направленіи безрезультатны.

Вульфійусъ предлагаетъ дебатировать вопросъ о боковой вѣтви Всероссийскаго Союза борьбы съ дѣтскою смертностью.

Пичугинъ присоединяется къ предложенію проф. Осипова.

Барыкинъ. Въ вопросѣ объ организациіи вкралось недоразумѣніе: наше Общество не имѣетъ ничего общаго съ задачами новаго Общества.

Заболотновъ. Это сужденіе дѣятельности Общества неправильно.

Идельсонъ. Общество врачей спеціально теоретическое.

Десятовъ. О-во врачей въ 70-хъ годахъ широко развивало свою дѣятельность и если не достигнуто результатовъ, то не по винѣ О-ва. Нашему Обществу необходимо принять участіе путемъ докладовъ.

Предсѣдатель резюмируя пренія, благодарить докладчицу: Позвольте подвести итоги преніямъ. Выказанная однимъ изъ оппонентовъ при обсужденіи доклада В. Н. Осиповой мысль, что обсужденіе доклада не вяжется съ задачами Общ-ва врачей не отвѣчаетъ дѣйствительному положенію вещей: напротивъ, Общество врачей

при И. К. У., по своему уставу, имѣть право обсуждать подобные вопросы, иначе они и не предлагались бы его вниманію.

Слѣдуетъ констатировать безусловно сочувственное отношеніе всѣхъ ораторовъ къ идеѣ и задачамъ «Об-ва борьбы съ дѣтской смертностью въ Казани». Одни изъ говорившихъ внесли нѣкоторыя разъясненія по поводу практическихъ задачъ особаго о-ва (капля молока, совѣты матерямъ и т. д.), другіе высказывали опасенія и сомнѣнія въ осуществимости выдвигаемыхъ о-вомъ задачъ—въ силу крайне неудовлетворительнаго общаго санитарно-гигіеническаго состоянія г. Казани, неотзывчивости его населенія, жалкаго существованія другихъ благотворительныхъ обществъ Казанскихъ и т. д.—Получилось лишь разногласіе во взглядахъ на положеніе будущаго о-ва: одни считали возможнымъ соединить его дѣятельность съ Обществомъ врачей, другіе находили нужнымъ сдѣлать его отдѣленіемъ аналогичныхъ столичныхъ обществъ или лиги борьбы съ дѣт. смертностью въ Россіи.

Лично я смотрю на дѣло такъ: кружокъ лицъ затѣваетъ симпатичное и серьезное предпріятіе, которому мы, врачи, должны оказать кромѣ сочувствія и возможное содѣйствіе—словомъ и дѣломъ. Новое общество, какъ видно и изъ доклада, должно быть самостоятельнымъ: удобно во многихъ отношеніяхъ не подчинять свою дѣятельность указаніямъ извнѣ, а развивать ее по мѣрѣ личныхъ средствъ, силъ, энергіи.—Инициаторы Общества не должны смущаться нѣсколько охлаждающими замѣчаніями по поводу его будущности, конечно, не однѣ розы суждены ему въ дѣлѣ на своемъ пути—больше будетъ терній, но тѣмъ больше должна быть энергія его членовъ. Пожелаемъ же еще разъ успѣха новому Обществу въ достиженіи его цѣли. Позвольте отъ имени Общества выразить признательность В. И. Осиповой, взявшей на себя трудъ, познакомить насъ съ его задачами.

## II. Административная часть.

1) Предложено г. казначеемъ пересмотрѣть списокъ членовъ—должниковъ общества.

Постановлено поручить Бюро разработать этотъ вопросъ и представить по этому поводу докладъ.

2) Доложено обращеніе совѣта московскаго Общества борьбы съ дѣтскою смертностью.

Постановлено: напечатать его въ Казанскомъ медицинскомъ журналѣ.

3) Доложено и принято къ свѣдѣнію извѣщеніе о предполагаемомъ съѣздѣ фабричныхъ врачей въ г. Москвѣ.

4) Д-ръ Дамперовъ сдѣлалъ заявленіе: о желательности, чтобы редакція привѣтствій, исходящихъ отъ Общества какому-нибудь лицу, по возможности, проходила черезъ контроль Общества.

Предсѣдатель Н. Гервель.

Секретарь А. Фаворскій.

---

По прочтеніи настоящаго протокола въ засѣданіи Общества д-ръ М. В. Казанскій заявилъ, что мнѣніе д-ра Идельсона, что наше Общество будто бы чисто теоретическое, не вѣрно, такъ какъ по уставу нашему Общество преслѣдуетъ и общественно-санитарныя задачи.



# ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ  
Казанскомъ Университетѣ

18-го Апрѣля 1909 года.

Предсѣдательствовалъ В. П. Первушинъ при секретарѣ А. В. Оаворскомъ.

Присутствовали—Казанскій, Шибковъ, Горизонтовъ, Котеловъ, Десятовъ, Праксинъ, Чалусовъ, Енохинъ, Идельсонъ, Соколовъ, Цинкъ, Захарьевскій, Вульфюсъ, Трубина, Груздевъ, Ципкинъ, Бушмакинъ, Орловскій, Заболотновъ, Шоломовичъ, Лурія, Любенецкій, Купидоновъ и посторонней публики около 30 человѣкъ.

1) Сообщение дѣйств. члена *И. А. Праксина*: «Случай изсѣченія почки при подкожномъ разрывѣ ея съ исходомъ въ выздоровленіе» (съ демонстраціей больного и препарата).

## П Р Е Н І Я.

Груздевъ. У меня былъ 6 лѣтъ тому назадъ случай, гдѣ у старухи 63 лѣтъ была грыжа послѣ операціоннаго рубца и опухоль въ области праваго hypochondrii. Относительно этой опухоли мы поставили діагнозъ hydronephrosis. Вскрывъ животъ, мы нашли опухоль правой почки; опухоль оказалась нефромою. При вылушеніи опухоли почка разорвалась въ томъ-же мѣстѣ, какъ и въ Вашемъ случаѣ. Осмотрѣвъ другую почку, я нашелъ ее нормальною. Я удалилъ всю большую правую почку. Но представимъ себѣ такой случай, когда

другая почка была бы атрофирована или совсѣмъ отсутствовала, то какой консервативный способъ здѣсь нужно было-бы примѣнить?

Десятовъ. Освобождаетъ-ли такое заболѣваніе больного отъ военной службы?

Докладчикъ. Освобождаетъ.

Бронниковъ. Въ какомъ направленіи шелъ ударъ?

Докладчикъ. Спереди и сбоку.

Бронниковъ. Вѣдь ударъ произошолъ у части почки, ближайшей къ позвоночнику. Какъ же объяснить механизмъ разрыва?

Докладчикъ. Механизмъ разрыва въ такихъ случаяхъ плохо выясненъ. Говорятъ, что почка рвется по ходу интерстиціальнаго промежутка, при этомъ Duplay объясняетъ разрывъ такъ: почка при давленіи къ ребру и на мѣстѣ придавливанія она разрывается, но направленіе реберъ къ длиннику почки не поперечное, а косвенное а потому и разрывъ почки долженъ былъ бы быть косвеннымъ. Küster предлагаетъ такъ наз. теорію гидравлическаго давленія: если вылушенную почку бросить на полъ, то получается разрывъ на задней поверхности. Если бросить на полъ почку, инъсцированную водою и съ перевязанными сосудами, то разрывъ идетъ больше къ hilus'у. (Груздеву) Вашъ вопросъ имѣетъ значеніе. При радикальной операціи мы не можемъ ручаться за здоровье другой почки. Нужно непременно сначала убѣдиться въ состояніи другой почки.

Перимовъ. Въ заключеніе докладчикъ высказался за радикальное леченіе. Тотъ же Küster говоритъ, что если кромѣ почки ничто не повреждено, то смертность, безъ хирургическаго вмѣшательства равна 30%; этотъ % повышается до 50, когда вмѣстѣ съ почкою повреждены и другіе органы. Albagan и Tuffier говорятъ, что это—тяжелая операція. Въ 6 подобныхъ случаяхъ Albagan не удалялъ почку, а перевязывалъ сосуды и дѣлалъ тампонаду и смертныхъ исходовъ не наблюдалъ. По статистикѣ Albagan въ случаяхъ оперативныхъ было 38% смертность. Прежде чѣмъ дѣлать нефректомію мы можемъ шить почку или наложить пинцетъ.

Докладчикъ. Я пришелъ къ своимъ теоретическимъ воззрѣніемъ на основаніи болѣе обширной статистики, чѣмъ та, которую приводитъ Перимовъ. Я бралъ цифры, приводимыя различными авторами, а не однимъ только. Я говорю, что радикальная операція необходима тамъ, гдѣ нѣтъ возможности примѣнить консервативный методъ леченія.

Предсѣдатель резюмируя пренія, благодаритъ докладчика.

2) Сообщенія дѣйств. члена *Давыдова*: «Случай гермафродитизма (съ демонстраціею больной).

### ПРЕНІЯ.

Груздесъ указываетъ на практическое значеніе этого случая: что это: мужчина или женщина? Клинически отвѣтить на это нельзя; хотя въ данномъ случаѣ и прощупываются 2 тѣла, на какія они: мужскія или женскія—сказать нельзя клинически. Возможны только предположенія; правое по конфигураціи напоминаетъ яичникъ, лѣвое—яичко, но возможны и другія предположенія. Окончательно рѣшается вопросъ только чрезосѣченіемъ и гистологическимъ изслѣдованіемъ. Но литература говоритъ, что чаще такіе субъекты—мужчины; и въ нашемъ случаѣ есть данныя, говорящія за то, что это—мужчина. Если такой субъектъ придетъ и скажетъ: сдѣлайте меня способнымъ къ той или другой функціи, то какъ тутъ быть? Въ нашемъ случаѣ можно сдѣлать женщину, разрѣзавъ гарне. Въ литературѣ есть указаніе на такого рода помощь. Однако, въ виду мужскихъ наклонностей демонстрируемаго субъекта здѣсь приходится отказаться отъ подобной операціи.

Предсѣдатель благодаритъ докладчика за интересное сообщеніе.

3) Сообщеніе дѣйств. члена *М. А. Чалусова*: «Первичный ракъ червеобразнаго отростка».

### ПРЕНІЯ.

Студентъ Сафиръ привелъ данныя, говорящія за то, что appendix не есть атрофирующійся органъ.

Докладчикъ, признавая спорность вопроса, считаетъ тѣмъ не менѣе при ракъ appendix атрофическимъ, такъ какъ авторы, видѣвшіе ракъ appendix'a, находили appendix также атрофическимъ.

Праксинъ считаетъ это заболѣваніе очень рѣдкимъ. Онъ встрѣтилъ за 25 лѣтъ хирургической дѣятельности 2 случая рака appendix'a и выражаетъ желаніе, чтобы appendix точно обследовался и при операціяхъ въ области живота и по другому поводу. По его мнѣнію, при развитіи рака играетъ роль хроническое воспаленіе appendix'a.

Заболотновъ ни разу не видѣлъ рака appendix'a на секціонномъ столѣ. Изъ доклада видно, что чаще съ ракомъ appendix'a имѣютъ дѣло хирурги (особенно американскіе). У нѣмцевъ ракъ наблюдается рѣдко. По его мнѣнію, всѣ раки, наблюдавшіеся авторами и приводимые докладчикомъ, должны считаться железистыми, они не могутъ быть ни плоскоэпителиальными, ни какими-нибудь другими.

Ссылаясь на литературу, онъ полагаетъ, что то, что считаютъ за явленія атрофіи въ appendix'ѣ, суть слѣды бывшихъ аппендицитовъ, а не атрофія; на почвѣ этихъ слѣдовъ и развивается ракъ. Нужно замѣтить, что возрастъ больныхъ молодой.

Докладчикъ приводитъ случаи у дѣтей съ атрофическими appendix'ами.

Лурія. Указываются-ли авторами явленія общія: истощеніе, упадокъ силъ и т. д.

Докладчикъ. Авторы говорятъ объ ослабленіи больныхъ, но не подчеркиваютъ этого. Диагнозъ можетъ быть предполагаемъ только на основаніи хроническаго теченія процесса.

Предсѣдатель резюмируя пренія, указываетъ, что докладъ касался программной темы Общества, и благодаритъ докладчика.

4) *И. И. Цыткинъ*: «Грыжевой appendicitis».

## П Р Е Н І Я.

П р а к с и н ъ дѣлаетъ упрекъ докладчику, почему онъ не привелъ случаи, наблюдавшіеся въ Казанской земской больницѣ. Что такіе случаи встрѣчались тамъ, можетъ подтвердить д-ръ Трубина.

П р е д с ѣ д а т е л ь благодарить докладчика за докладъ.

### II) Административная часть.

1) Прочитано «воззваніе къ врачамъ всѣхъ народовъ съ предложеніемъ объединиться для совмѣстностей работы надъ освобожденіемъ народовъ отъ алкоголизма», которое постановлено напечатать въ «Каз. Мед. Журналѣ» а пока циркулировать его между членами Общества.

2) Дѣйств. членъ *Шоломовичъ* отъ имени группы членовъ Общества предложилъ по поводу этого воззванія анкету среди Казанскихъ врачей, чтобы выяснить ихъ отношеніе къ этому воззванію; эту анкету сообщить д-ру Коровину.

Предсѣдатель Геревъ.

Секретарь А. Фаворскій.

---