

# КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

---

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ  
Университетѣ,

издаваемый подъ редакцію

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ ОБЩЕСТВА  
Проф. Ф. Я. ЧИСТОВИЧА.

---

**ТОМЪ XII.**

№ 4.

1912 Г.

---

КАЗАНЬ  
Типо-литографія Императорскаго Университета.  
1912.

## Содержаніе.

*Стр.*

Д-ръ П. Перфильевъ. Эпидемическій периброспинальный менингитъ у дѣтей (Клиническія наблюденія). . . . . 233.

Д-ръ П. П. Дениковъ. Къ казуистикѣ альвеолярнаго эхинококка печени. . . . . 255.

Д-ръ В. Перимовъ. По поводу свободной пересадки фасцій. 262.

Д-ръ А. И. Шибковъ. Случай аневризмы грудной аорты, вскрывшейся въ пищеводъ . . . . . 269.

ПРИЛОЖЕНИЕ. Дневникъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ. Засѣданія 15 декабря 1911 г., 19 января, 9 февраля, 16 февраля, 1 марта, 15 марта, 12 апрѣля, 26 апрѣля 1912. . . . . 1—29.

Объявленіе.

---

# КАЗАНСКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

---

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ  
Университетѣ,

идаваемый подъ редакцію

Предсѣдателя Общества

Проф. Ф. Я. ЧИСТОВИЧА.

---

**ТОМЪ XII.**

№ 4.

1912 Г.

---

КАЗАНЬ.  
Типо-литографія Императорскаго Университета  
1912.



## Содержаніе.

	<i>Стр.</i>
Д-ръ П. Перфильевъ. Эпидемическій цереброспинальный менингитъ у дѣтей (Клиническія наблюденія). . . . .	233.
Д-ръ П. П. Денике. Къ казуистикѣ альвеолярнаго актиноккока печени. . . . .	255.
Д-ръ В. Перимовъ. По поводу свободной пересадки фасцій. . . . .	262.
Д-ръ А. И. Шибковъ. Случай аневризмы грудной аорты, вскрывшейся въ пищеводъ . . . . .	269.
ПРИЛОЖЕНІЕ. Дневникъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ. Засѣданія 15 декабря 1911 г., 19 января, 9 февраля, 16 февраля, 1 марта, 15 марта, 12 апрѣля, 26 апрѣля 1912. . . . .	1—29.

Объявленіе.

---

шаго предсказаніе при ней, диагностическія ошибки или несвоевременное распознаваніе болѣзни являются тѣмъ болѣе нежелательными.

Мы не задаемся цѣлью изложить всѣ симптомы этой болѣзни, а только тѣ изъ нихъ, которые наблюдались въ описываемыхъ нами случаяхъ эпидемическаго цереброспинальнаго менингита, установленнаго бактериологическимъ изслѣдованіемъ, подчеркивая тѣ, которые описываются, какъ наиболѣе постоянныя и которые настолько по нашимъ наблюденіямъ характерны, что ими можно руководствоваться при постановкѣ діагноза въ тѣхъ условіяхъ, гдѣ произвести бактериологическое изслѣдованіе по какимъ бы то ни было причинамъ представляется невозможнымъ.

Помимо указаннаго общаго интереса одинъ изъ наблюдавшихся нами случаевъ эпидемическаго цереброспинальнаго менингита представляетъ еще интересъ казуистическій въ томъ отношеніи, что это заболѣваніе появилось у больного въ теченіе скарлатинозныхъ у него осложненій.

Случай скарлатины съ клиническими проявленіями менингита безъ дѣйствительнаго менингита встрѣчаются довольно часто.

H. Sachs наблюдалъ ихъ въ 16 случаяхъ скарлатины изъ 400 (4%).

Не рѣдкость также совпаденіе цереброспинальнаго менингита со скарлатиной. Оно поражало своей частотой L. Lavergna, который считалъ таковой менингитъ скарлатиной мозговыхъ оболочекъ, наблюдалось и многими другими авторами Lemoine, E. Weill et Schaller, René Denard и проч.)

Однако — въ тѣхъ случаяхъ, когда бактериологическимъ и патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ съ несомнѣнностью было установлено менингитъ при скарлатинѣ, возбудителемъ его являлся или пневмококкъ (Hutinel, Netter), или стрептококкъ (Weil et Schallerig), или, рѣже, другіе микроорганизмы, но ни въ одномъ изъ до сихъ поръ опубликованныхъ случаевъ менингита при скарлатинѣ не было найдено признаваемый въ настоящее время почти всеми, какъ единственный возбудитель эпидемическаго цереброспинальнаго менингита — *micrococcus intracellularis meningitidis* Weichselbaum'a (менингококкъ).

Слѣдовательно, всѣ наблюдавшіеся до сихъ поръ случаи менингита при скарлатинѣ должны быть отнесены къ вторичному менингиту, который вообще имѣетъ мѣсто, какъ осложненіе различныхъ инфекціонныхъ заболѣваній, при чемъ возбудителями являются или тѣ же самые микроорганизмы, которые вызвали первичное инфекціонное заболѣваніе, или другіе. Такъ, при менингитѣ осложнившемъ инфлюэнцу, въ цереброспинальной жидкости находили *bac. Pfeifferi* (Langer, Brem and Zeiler, J. Mya, Zamboni, Davis),

осложнишемъ тифъ—*bac. typhi* (David и Speik) осложнишемъ паратифъ—*bac. paratyphi*, B Schotmüller'a (Cl. Inclin, Voopacher и Gorteg) осложнишемъ гонооррею-гонококкѣ (*Josselin de Jong*) и проч.

Въ нашемъ случаѣ цереброспинальнаго менингита, появившагося въ теченіе скарлатины, вмѣсто ожидаемаго стрептококка мы получили въ цереброспинальной жидкости внутриклеточнаго диплококка, случай, какъ уже упомянуто, не встрѣчавшійся въ литературѣ, а потому первый и пока единственный.

Исторія болѣзни, касающаяся этого случая, вкратцѣ такова.

Сергея П., 5½ лѣтъ, сынъ мясника, живетъ съ родителями на Дегтярной улицѣ г. Казани въ плохихъ гигиеническихъ условіяхъ, именно: квартира состоитъ изъ одной комнаты около 6 куб. саж., освѣщаемой однимъ обломъ, низкой, грязной и сырой, причѣмъ въ ней помѣщаются трое взрослыхъ и трое дѣтей.

23 Января 1912 года поступилъ въ скарлатинный баракъ Дѣтской клиники съ ясно выраженнымъ симптомокомплексомъ скарлатины на 3-ій день заболѣванія.

Питаніе больного выше средняго, тѣлосложеніе правильное, развитіе среднее. Вѣсъ тѣла 14.900,0.

Леченіе назначено симптоматическое.

Въ теченіе скарлатины у больного уже очень рано появляются осложненія.

На 5-ый день болѣзни (25/1) видоизмѣнить и одновременно опуханіе лимфатическихъ зачелюстныхъ железъ.

На 7-ой день замѣтно увеличеніе печени, на 16-ый день (5/II) присоединяется нефритъ, на 30-ый день (20/II) появляется кровь въ мочѣ.

Температура въ первые дни болѣзни не представляетъ особенностей; она, какъ видно на кривой, держится на высокихъ цифрахъ до 13 дня болѣзни, поддерживаясь наступившими осложненіями. На 13-ый день  $t^0$  падаетъ до 37,5, характеризуетъ этимъ превращеніе остраго періода эндокардита. Черезъ три дня вновь повышается, что соотвѣтствуетъ новому осложненію (нефриту).

Вторично  $t^0$  падаетъ до 37,5° на 35-ый день болѣзни, во черезъ три дня (на 38-й день), 27/II повышается до 40°.

Повышеніе  $t^0$  сопровождается рвотой, сильной головной болью; ребенокъ кричитъ тѣмъ своеобразнымъ крикомъ, при которомъ нѣтъ слезъ и который представляетъ изъ себя громкій протяжный стопъ. Выраженіе лица страдальческое. Брови сморщены. Ребенокъ раздражителенъ настолько, что сердится на нянь, когда тѣ ухаживаютъ за нимъ, гонитъ отъ себя всѣхъ, даже мать. При разспросахъ жалуется на головную боль, на всѣ другіе вопросы не отвѣчаетъ. Отъ пищи отказывается. Со стороны кишечника

запоръ. Сонъ безпокойный. Большой тяжело бредить. Контрактуры затылка нѣтъ. Симптомъ Кернига отсутствуетъ.

28/II. Явленія тѣ же. Рвота 4 раза. Наблюдается незначительная ригидность шейныхъ мышцъ.

29/II. Рѣзко выраженная контрактура затылка.

Рвота 3 раза. Въ остальномъ явленія тѣ же.

1/III. Рвоты не было. Головная боль приступами, — крикъ. Appetitъ плохой.

2/III. Наблюдалось 3 приступа сильной головной боли, сопровождающейся крикомъ.

3/III. 4 приступа сильной головной боли продолжительностью отъ  $\frac{1}{2}$  ч. до 1 часа.

4/III. Опуханіе лѣваго колѣннаго сустава. Животъ впалый. Положеніе лягавой собаки. Обнаруживается симптомъ Кернига. Симптомъ Brugginsk'аго отсутствуетъ. Состояніе апатичное.

5/III. Гиперестезія кожи.

При попыткѣ исследовать, больной кричитъ, жалуется на боли.

6/III. Присоединилось опуханіе праваго локтевого сустава. Опуханіе лѣваго колѣннаго значительно меньше.

Зрачковые рефлексы нормальны, на свѣтъ зрачки реагируютъ хорошо.

При проведеніи пальцемъ по кожѣ быстро выступаютъ красныя подошвы. На мѣстахъ кожи соприкасающихся съ постелью красныя пятна. Сухожильные и кожные рефлексы нормальны. Симптомъ Кернига на лицо. Симптомъ Бруггинскаго отсутствуетъ.

Температура за все указанное время (съ 27/II) держится на высокихъ цифрахъ. Пульсъ правильный учащенный. Дыханіе нѣсколько учащено, правильно.

Въ теченіе 9 дней (съ 27/II по 6/III) больной потерялъ въ вѣсѣ 1600,0, между тѣмъ какъ въ пре минушіе 31 день скарлатины съ ея тяжелыми осложненіями только 400,0.

Произведенное 6/III исследованіе крови обнаружило лейкоцитозъ. Оно дало слѣдующія цифры:

Нб . . . . .	85 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Красныхъ кров. тѣлецъ . . . . .	4.300.000
Бѣлыхъ " " . . . . .	22.500

Изъ нихъ:

Полиуклеаровъ . . . . .	71 8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
(въ томъ числѣ эозинофиловъ . . . . .	10,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> )
Моновуклеаровъ . . . . .	29,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
(въ томъ числѣ лимфоцитовъ . . . . .	17,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> )



Паразитовъ малярии нѣтъ. Клиническая картина съ несомнѣнною указывала на менингитъ, а потому. 7/ш въ 10 часовъ утра произведена люмбальная пункция. Выпущено около 30 куб. ст. жидкости. Жидкость вытекаетъ подъ повышеннымъ давлениемъ, мутная (по виду въ пробиркѣ она похожа на поду, въ которой приближено нѣсколько капель молока).

Послѣ выпусканія жидкости замѣненія въ температурѣ не наблюдается. Самочувствіе больного улучшилось. Головная боль утихла. Ребенокъ уснулъ спокойно. Но съ 9 часовъ вечера снова появляется головная боль. Ночью безпокойный сонъ, бредъ.

8/ш. Жалобы на головную боль и боль въ животѣ.

Исслѣдованіе цереброспинальной жидкости обнаружило, что осадокъ состоитъ преимущественно изъ полинуклеаровъ съ включенными въ нихъ диплококками, напоминающими по своей формѣ гонококковъ, т. е. обращенныя другъ къ другу поверхности парныхъ кокковъ нѣсколько сплюснуты или даже вогнуты, что позволяетъ сравнивать ихъ по виду съ кофейными зернами или вѣскими булочками.

Найденный диплококкъ хорошо окрашивается основными анилиновыми красками, по Gramm'у обезцвѣчивается. При посѣвѣ на агаръ съ аспитической жидкостью (2 % агара 3 ч. — аспитич. жидкости 1 ч.) далъ хорошій ростъ. Колоніи его представляются видѣ прозрачныхъ капель съ перламутровымъ блескомъ.

Въ мазкахъ изъ колоній при микроскопическомъ изслѣдованіи онъ даетъ ту же морфологическую картину, какъ и въ цереброспинальной жидкости, располагаясь то попарно, то въ формѣ тетрады. Отношеніе къ краскамъ такое же.

При дальнѣйшихъ пересѣвахъ диплококкъ далъ ростъ на простомъ агарѣ, на бульонѣ, на свернутой сывороткѣ. Между прочимъ, при посѣвѣ на агаръ съ содержаніемъ гемоглобина человѣческой крови онъ далъ ясно выраженный гемолизъ.

Для дифференціального распознаванія диплококка мы воспользовались предложеннымъ Lingelsheim'омъ способомъ: сдѣлали посѣвъ на аспитическій агаръ съ винограднымъ сахаромъ и лакмусовымъ растворомъ. По Lingelsheim'у изъ всѣхъ сходныхъ по вѣшнему виду диплококковъ, каковы: gonococcus, micrococcus catarrhalis, diplococcus pharyngis flavus и meningococcus Weichselbaum'a, только одинъ менингококкъ способенъ вызывать броженіе сахара съ образованіемъ кислоты, что выражается покраснѣніемъ среды.

Полученный нами изъ цереброспинальной жидкости диплококкъ, какъ показалъ этотъ способъ, броженіе вызываетъ, а потому діагнозъ эпидемическаго цереброспинальнаго менингита долженъ считаться установленнымъ.

О случаяхъ заболѣванія дѣтей эпидемическимъ цереброспинальнымъ менингитомъ въ г. Казани мы не имѣемъ свѣдѣній за исключеніемъ наблюдавшихся въ Дѣтской клиникѣ.

Въ послѣдней же за все время существованія ея онъ былъ диагностированъ только въ 3 случаяхъ, которые всѣ относятся къ послѣднимъ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> годамъ.

1-ый случай. Зоя П., 2 лѣтъ 11 мѣсяцевъ, дочь пекаря, живетъ съ родителями въ плохихъ гигиеническихъ условіяхъ на Дегтярной ул.

Поступила въ Дѣтскую клинику 29 октября 1909 года на 4-й день заболѣванія, начавшагося внезапно рвотой, сильной головной болью, лихорадкой, безпокойнымъ состояніемъ; по временамъ наблюдалось затемненное сознаніе. Объективное изслѣдованіе показало, что дѣвочка питанія хорошаго, костный скелетъ представляетъ рахитическія измѣненія (перѣакія). Со стороны кожи и внутреннихъ органовъ отклоненій отъ нормы нѣтъ. Въ зѣвѣ наблюдается легкая гиперемія.

Голова запрокинута назадъ. Ригидность шейныхъ мышцъ. Кожные и сухожильные рефлексы нормальны. Симптомъ Кернига отсутствуетъ. Сознаніе ясное. Пульсъ учащенъ, правильный. Со стороны кишечника—запоръ.

30/х. Ночь провела безпокойно. Бредила. Утромъ рвота. Отъ пищи отказывается. Кричитъ, жалуется на головную боль. Рѣзко выражена контрактура затылка. Не позволяетъ изслѣдовать себя. Раздражительна, напрягается. Стоитъ только войти къ ней въ палату, кричитъ: „не тронь, я спать хочу“.

31/х. Безъ перемѣнъ. Рвота 2 раза.

1/хI. Рвоты не было. Опуханіе лѣвого локтевого и лучезапястного суставовъ, гиперестезія кожи нижнихъ конечностей. Сильная головная боль, и крики.

2/хI. Самочувствіе лучше. Аппетитъ удовлетворительный. Паденіе  $t^0$  при обильномъ потѣ. Пульсъ 160 при  $t^0$  37,4. Съ 9 часовъ вечера сильная головная боль, крикъ, высокая  $t^0$ .

3/хI. Колебаніе  $t^0=3^0$ . Паденіе  $t^0$  сопровождается обильнымъ потомъ.

4/хI. Самочувствіе хорошее. Головной боли нѣтъ. Пассивное движеніе головы свободнѣе.  $T^0$  безлихорадочная. Пульсъ 120 при  $t^0$  36<sup>0</sup>С.

5/хI. Головная боль, крикъ. Животъ впалый, мягкій.

6 хI. Положеніе лягавой собаки. Симптомъ Кернига отсутствуетъ. Головная боль и крикъ.

7 хI. Самочувствіе лучше. Головная боль меньшей интенсивности. Крика нѣтъ.

8/хI. Безъ перемѣнъ.

9/xi. Рѣзко выраженная ригидность затылка. Головная боль и крикъ. Опуханіе суставовъ незначительно. Возможны движенія въ вѣхъ. Сознаніе ясное.

10/xi. Безъ переменъ.

11/xi—12. Самочувствіе удовлетворительно.

13/xi. Рвота. Сильная головная боль. Лицо страдальческое.

14/xi. Рвота и головная боль. Движенія въ суставахъ свободны. Опуханія ихъ нѣтъ.

15/xi. Самочувствіе лучше.

16/xi. Головная боль. крикъ.

17/xi. Улучшеніе самочувствія. больная спокойна.

18/xi. Больная кричитъ. Жалуеться на боль.

19 xi. Спокойна.

20/xi. Головная боль и крикъ. На кожѣ нижнихъ конечностей и туловища пузырьчатая сыпь, нѣсколько эффоресценцій пустулезныхъ.

При наслѣдованіи глазного дна специалистомъ найдено: контуры соска не ясны, вены расширены. Наблюдается внутреннее косоглазіе.

21/xi и 22/xi. Спокойна.

23/xi. Головная боль и крикъ.

24/xi. Спокойна.

25/xi. Слабый пульсъ, учащенъ. Головная боль и крикъ.

26/xi и 27/xi. Самочувствіе удовлетворительно.

28 xi. Головная боль, крикъ. Сознаніе помрачено. Въ мочѣ появился бѣлокъ — (слѣды).

Рвота 1 разъ. Клонические судороги верхнихъ и нижнихъ конечностей. Ptosis правого вѣка.

29/xi. Спокойна. Пульсъ частый (144 при  $t^{\circ}$  36,9).

30 xi. Головная боль. Крикъ. Рвота и судороги.

1/xi. Взята родителями изъ клиники.

Больная за время пребыванія въ клиникѣ потеряла въ вѣсѣ 1500,0. Все время наблюдался запоръ.

Температура, какъ видно на кривой *b*, продержавшись 4 дня на высокихъ цифрахъ, въ дальнѣйшемъ принимаетъ перемежающийся характеръ, причемъ бросаются въ глаза рѣзкія колебанія ея. Каждое паденіе  $t^{\circ}$  сопровождается обильнымъ потомъ.

Послѣ взятія изъ клиники больная была потеряна для наблюденій. Но черезъ 2 года 4 мѣс. мы снова встрѣтили ее въ амбулаторіи Дѣтской клиники. Изъ разспросовъ матери больвой выяснилось, что въ тяжеломъ состояніи дѣвочка послѣ взятія изъ клиники находилась втеченіе около мѣсяца, а потомъ быстро начала поправляться: прекратился жаръ, появился аппетитъ, стала сидѣть, а недѣли черезъ 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> начала ходить по комнатѣ.

Послѣ перенесенной болѣзни дѣвочка, по словамъ матери, стала „не нормальной“. Бываютъ моменты, когда она совершенно не понимаетъ, что ей говорятъ, „сколько съ ней ни бейся“. Иногда смотритъ „во всё глаза, не мигая, и ничего не говоритъ. Очень пуглива, внезапный стукъ вызываетъ у нея настолько продолжительный плачъ, что „унять нельзя“.

Въ настоящее время дѣвочкѣ 6 лѣтъ. При объективномъ изслѣдованіи констатировано: питаніе хорошее, мѣшцы развиты удовлетворительно. Внутренніе органы уклоненій отъ нормы не представляютъ. Сухожильные рефлексы живые. Со стороны зрѣнія и слуха расстройствъ не замѣтно. Ведетъ себя спокойно: вертится, изгибается, руки все время въ движеніи.

Въ умственномъ развитіи дѣвочка замѣтно отстала отъ своихъ сверстниковъ. Выраженіе лица тупое. Прежде, чѣмъ отвѣтить на заданный вопросъ, она начинаетъ смѣяться, смотритъ на мать; на большинство вопросовъ отвѣчаетъ: „не знаю“. Говоритъ вяло, медленно. Вниманіе ее постоянно отвлекается чѣмъ нибудь, и она быстро выбываетъ, о чемъ ее спрашивали. Когда предлагается сосчитать пальцы, она перебираетъ ихъ своей рукой, но считать не можетъ; подсказываніе несколько не помогаетъ ей въ этомъ.

Несомнѣнно, въ данномъ случаѣ мы имѣемъ ослабленіе умственныхъ способностей, какъ послѣдствіе перенесеннаго эпидемическаго переносивающаго менингита.

2-ой случай. Шура Б. 1<sup>1/2</sup> лѣтъ, сынъ вучера, живетъ съ родителями на Подлужной ул. въ плохихъ гигиеническихъ условіяхъ. Заболѣлъ внезапно при явленіяхъ сильного жара, частой рвоты, безпокойнаго состоянія. 3-ій день запоръ.

Отвѣтъ отъ груди 3 мѣсяца тому назадъ. Съ 6-го мѣсяца начали приваривать манной кашей, тюрькой, коровинымъ молокомъ. Ходить началъ X мѣсяцевъ. Полгода тому назадъ заболѣлъ скарлатиной. Лечили дома. Родители здоровы.

Принятъ въ Дѣтскую клинику 16-го сентября 1911 года на 3-ій день болѣзни.

При объективномъ изслѣдованіи найдено:

16/ix. Питаніе удовлетворительное, развитіе среднее. Костный скелетъ уклоненій отъ нормы не представляетъ. Лимфатическія железы не увеличены. Со стороны легкихъ и сердца перкуторныхъ и аускультаторныхъ измѣненій нѣтъ.

Животъ мягкій. Селезенка не увеличена. Печень по I. matil-laris выдается изъ подъ края реберъ на 2 пальца.

Языкъ обложенъ бѣловатымъ налетомъ; зѣвъ гиперемированъ нервно. Наблюдается насморкъ и ларингическій кашель. Ребенокъ безпокоенъ, врычить. Моча бѣлка не содержитъ. T° до 40°.

18/ix. Появилось незначительное напряжение шейныхъ мышцъ. Гиперэстезія кожи.

19/ix. При возникшемъ подозрѣнн на менингитъ, произведена люмбальная пункция. Выпущено 15 куб. сант. Жидкость вытекаетъ подъ большимъ давленіемъ, мутная. Въ осадкѣ цереброспинальной жидкости обнаруженъ при микроскопическомъ исследованн выутриклѣточный диплококкъ, давшій въ культурахъ характерныя особенности менингококка.

Леченіе проводилось пункциями при внутреннемъ назначенн уротропина.

Всего сдѣлано шесть пункций съ промежутками отъ 2-хъ до 12 дней.

Выпускалось заразъ отъ 15 до 25 куб. сант. цереброспинальной жидкости. Каждый разъ жидкость вытекала подъ большимъ давленіемъ. Каждая послѣдующая пункция давала болѣе прозрачную жидкость, но всегда съ содержаніемъ менингококковъ, преимущественно расположенныхъ выутриклѣточно.

1-я пункция произведена 19/ix. Выпущено 15 куб. сант. жидкости.

Весь день послѣ пункции ребенокъ спокоенъ. Appetitъ хорошій.

На другой день 20/ix рѣзко выраженная ригидность затылка, ребенокъ кричитъ, при исследованн его отбивается руками и ногами. Appetitъ хорошій.

21/ix. 2-я пункция. Выпущено 20 куб. сант. жидкости. Послѣ пункции ребенокъ весь день спалъ.

Сонъ спокойный.

22/ix. Ночь провелъ спокойно. Послѣ 2-хъ часовъ дня снова беспокоенъ, кричитъ, раздражается, когда подходятъ къ нему.

23/ix—25/ix. Безъ перемѣнъ.

29/ix. 3-я пункция. Выпущено около 25 куб. сант.

Послѣ пункции ребенокъ снова спокоенъ. Спалъ 6 часовъ. Сонъ спокойный. Послѣ сна appetitъ хорошій. Контрактура затылка выражена не такъ рѣзко. Симптомъ Брудзинскаго получаетъ. Симптомъ Кернига отсутствуетъ.

30/ix. Состояніе удовлетворительное. Appetitъ хорошій.

1/x. Расширенные зрачки. Внутреннее косоглазіе. Взглядъ неподвижный, сильно выраженная контрактура затылка. Appetitъ плохой. Ребенокъ кричитъ. Пульсъ частый, слабый.

2/x. Безъ перемѣнъ.

3/x. Рвота, ничего не ѣсть.

4/x. Рвота.

5/x. 4-я пункция. Выпущено 20 куб. сант. жидкости. Послѣ пункции спокойный сонъ. Послѣ сна appetitъ удовлетворительный. Пульсъ хорошій.

6/х. Аппетитъ хорошій. Состояніе удовлетворительное, въ вечеру ухудшилось. Ребенокъ кричитъ.

7/х. Зрачки расширены. На свѣтъ не реагируетъ. Клоническія судорги нижнихъ конечностей.

8/х. Состояніе безъ переменъ.

При офтальмоскопированіи глазного дна, произведенной спеціалистомъ (д-ромъ А. І. Кулебякинымъ) обнаружены перѣзко выраженные застойныя явленія соска въ томъ и другомъ глазу; артеріи сужены, вены расширены.

9/х. Рвота 1 разъ.

10/х. Рвота 2 раза. Офтальмоскопированіе дало тѣ же результаты. Зрачки на свѣтъ реагируютъ. Внутреннее косоглазіе ясно выражено.

11/х. Рвоты нѣтъ. Болѣе спокойное состояніе больного.

12/х. Снова тяжелое состояніе. Неподвижный взглядъ.

13/х—17/х. Безъ переменъ; наблюдается xerosis роговицы.

18/х. 5-я пункция. Выпущено 25 куб. савт. жидкости. Послѣ пункции спокойный сонъ въ теченіе 2-хъ часовъ. Аппетитъ удовлетворительный.

19/х. Кричатъ. Аппетитъ плохой, Клоническія судорги верхнихъ и нижнихъ конечностей.

20/х. Stratus idem.

21/х. Судорогъ нѣтъ.

24/х. Рвота 1 разъ.

25/х. Рвоты нѣтъ. Судороги верхнихъ и нижнихъ конечностей.

26/х. Рвота 4 раза. Судорги.

27/х. Рвота 4 раза. Судорги.

28/х. Рвота 2 раза. Судорги.

29/х. 6-я пункция. Выпущено 20 куб. савт. жидкости. Ребенокъ спокоенъ. Судорогъ нѣтъ. Рвоты нѣтъ. Ригидность затылка менѣе выражена. Появился аппетитъ.

30/х. Судорогъ и рвоты нѣтъ. Аппетитъ удовлетворительный. Большой спокоенъ.

31/х. Взятъ изъ клинки родителями. Потеря въ вѣсѣ равна 3,327 грм., что составляетъ  $\frac{1}{3}$  вѣса при поступленіи въ клинику.

Температура (кривая с) въ теченіе первыхъ 10 дней пребыванія въ клиникѣ даетъ рѣзкія колебанія. Суточные колебанія до 3°.

Максимумъ температуры наблюдается въ различныя часы. Паденіе t° каждый разъ сопровождается потомъ. Съ 11-го дня t° принимаетъ характеръ волнообразный, или, какъ иначе называютъ, толчкообразный (Feer). Люмбальныя пункции замѣтнаго вліянія на температуру не оказываютъ.

Черезъ 3 дня послѣ взятія изъ клинки больной умеръ.

3-й случай описатьъ вначалѣ, какъ казуистическій.

Общее для всѣхъ трехъ случаевъ то, что они относятся къ дѣтямъ бѣдняковъ, живущихъ въ тѣсныхъ, темныхъ, грязныхъ и сырыхъ квартирахъ, на грязныхъ и низменныхъ улицахъ.

Въ спорадическихъ случаяхъ эпидемическаго цереброспинальнаго менингита установить связь между отдѣльными случаями обычно не удается. Küster, напримѣръ, описываетъ цѣлый рядъ спорадическихъ случаевъ, при которыхъ были найдены въ цереброспинальной жидкости менингококки, но установить связи между отдѣльными случаями ему не удалось.

Намъ также не удалось установить связь между всѣми тремя случаями, но между первымъ и третьимъ, она несомнѣнно существуетъ: во 1-хъ оба они наблюдались въ районѣ одной улицы (Дегтярной.). Во 2-хъ Зоя и Сережа родственники, квартиры ихъ родителей не задолго до заболѣванія Сережи скарлатиной были въ сосѣднихъ домахъ и дѣти большую часть дня проводили вмѣстѣ, посѣщая другъ друга въ квартирахъ ихъ родителей.

Во 3-хъ, еще большимъ и несомнѣннымъ подтвержденіемъ существованія связи служитъ то, что Зоя до настоящаго времени, т. е. спустя болѣе 2-хъ лѣтъ послѣ выздоровленія, является носителемъ менингококка, что установлено нами бактериологическимъ изслѣдованіемъ слизи зѣва и носа у Зои, произведеннымъ 16-го апрѣля с. г.

Необходимо допустить такое предположеніе, что менингококкъ задолго или незадолго до заболѣванія Сережи скарлатиной находился у него какъ сапрофитъ до тѣхъ поръ, пока не наступило заболѣваніе скарлатиной съ рѣзко выраженными воспалительными явленіями зѣва, вслѣдствіе чего вирулентность менингококка усилилась, онъ проникъ въ мозговую оболочку и вызвалъ ихъ воспаление.

Это предположеніе имѣетъ свое основаніе въ многочисленныхъ сообщеніяхъ различныхъ авторовъ (Schiff, Heubner, Councilmann, Malborg и Wright, Albrecht, Ghon и др.), что менингококкъ встрѣчается въ носовыхъ полостяхъ совершенно здоровыхъ лицъ и что вовсе не рѣдкость, когда на одного больного насчитывается 60 здоровыхъ носителей менингококка (Wassermann und Leber), на основаніи чего Weichselbaum высказалъ предположеніе, что менингококкъ произрастаетъ въ носовой слизи сапрофитически, но при случайныхъ предрасполагающихъ условіяхъ, напр., охлажденіи, или катарральныхъ явленіяхъ со стороны носа вирулентность этихъ сапрофитовъ усиливается и они проникаютъ въ мозговую оболочку и вызываютъ менингитъ.

Носоглоточная область, какъ входныя ворота для менингококка, признаются почти всѣми авторами. Катарральное состояніе

этой области наблюдается въ громадномъ большинствѣ случаевъ, какъ одинъ изъ начальныхъ симптомовъ эпидемическаго цереброспинальнаго менингита. Westenhöffer при патолого-анатомическихъ вскрытіяхъ умершихъ отъ этой болѣзни въ большинствѣ случаевъ находилъ воспаление задней-носоглоточной полости и сосѣднихъ частей, причемъ воспаление было выражено рѣзче у умершихъ скоро послѣ заболѣванія. Отсюда онъ дѣлаетъ выводъ, что менингококкъ по расширеннымъ лимфатическимъ сосудамъ вмѣстѣ съ лейкоцитами, въ которыхъ онъ заключенъ, проникаетъ въ мелкіе кровеносные сосуды, находящіеся съ лимфатическими въ тѣсномъ соприкосновеніи, а отсюда въ мягкую мозговую оболочку.

Воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, по утвержденію Westenhöffer'a, начинается съ основанія въ области *hypophysis*.

Относительно леченія эпидемическаго цереброспинальнаго менингита въ описанныхъ случаяхъ необходимо сказать, что въ 1-мъ случаѣ, вслѣдствіе противодѣйствія со стороны родителей больной, не было произведено люмбальной пункции даже съ диагностической цѣлью, диагнозъ долгое время оставался невыясненнымъ, поставленъ онъ былъ на основаніи клинической картины и только спустя болѣе 2-хъ лѣтъ произведенное бактериологическое изслѣдованіе слизи зѣва и носа больной подтвердило этотъ диагнозъ. Больная получала исключительно *antipevina*.

Во 2-мъ случаѣ на выборъ лечебныхъ средствъ оказала вліяніе случайность. Диагнозъ былъ установленъ въ первые дни болѣзни, было намѣреніе провести сывороточное леченіе, но въ Казани недѣля было въ то время достать противоменингококковой сыворотки и леченіе проводилось люмбальными пункциями и назначеніемъ внутрь уротропина.

Въ послѣднемъ случаѣ была примѣнена противоменингококковая сыворотка Ruppel'a, приготовляемая фабрикой Meister Lucius und Bruning Hoechst am Main.

По вопросу о сывороточномъ леченіи эпидемическаго цереброспинальнаго менингита въ настоящее время имѣется довольно обширная литература, въ которой этотъ методъ леченія подвергается различной оцѣнкѣ.

Одни авторы совершенно отрицаютъ значеніе ея какъ лечебнаго средства (Matthes), другіе заявляютъ, что они не видѣли ухудшеній отъ примѣненія сыворотки, но не видѣли и значительныхъ улучшеній (Grosso).

Нѣкоторые, наблюдая хорошіе результаты послѣ впрыскиванія сыворотки, приписываютъ ихъ не самой сывороткѣ, а связанному съ этимъ методомъ леченія выпусканію цереброспинальной жидкости (Mann).

Нѣкоторые отрицаютъ специфическое вліяніе на болѣзненный процессъ противоменингококковой сыворотки (Friesinger und Ma-



гю), объясняя дѣйствіе ея (по сравненію съ нормальной сывороткой) антипротозойтической ея силой. Другіе придаютъ ей такое же значеніе, какъ и всякой другой сывороткѣ простой лошадиной или противодифтерійной.

Встрѣчаются сообщенія и о томъ, что сыворотка одного приготовления оказываетъ благоприятное вліяніе на болѣзненный процессъ, сыворотка другого приготовления такого дѣйствія не оказываетъ (Merle, J. Comby).

Всѣ перечисленныя сообщенія, однако, или малочисленны, или елиничны, въкоторыя изъ этихъ сообщеній стоятъ въ противорѣчій съ болѣе многочисленными аналогичными наблюденіями другихъ исследователей.

Большинство авторовъ даегъ въ высшей степени благоприятныя отзывы о лечебномъ дѣйствіи специфической сыворотки (Flexner, Dopter, Wassermann und Leber, Baecher, Orth, Debre, Latelines, Waillard, Smidt, Schepelmann, Fischer и др.).

Одни изъ авторовъ, признавая значеніе для терапіи только специфической противоменингококковой сыворотки, отрицаютъ какое-либо вліяніе всякой другой сыворотки; на примѣръ, обыкновенной лошадиной, благоприятное дѣйствіе которой на организмъ больного все таки самое большее, по ихъ мнѣнію, можетъ быть, объяснено усиленіемъ лейкоцитоза (Baecher).

Относительно способа дѣйствія специфической сыворотки противъ менингококковой инфекціи во взглядахъ авторовъ вѣтъ полного согласія. Одни (Kolle и Wassermann) на первый планъ выставляютъ бактерицидные свойства сыворотки, другіе (Kraus и Doerg) ея антитоксическія свойства и третьи (Neufeld) бактериотропныя.

Самый принципъ приготовления сыворотки состоитъ въ томъ, что для полученія антиинфекціонныхъ свойствъ животное (лошадь) иммунизируютъ, вводя подкожно вначалѣ убитыя нагрѣваніемъ до 60°С культуры менингококка въ видѣ эмульсіи въ физиологическомъ растворѣ поваренной соли, постепенно повышая дозы, затѣмъ жиизя; далѣе замѣняютъ подкожныя впрыскиванія интравенными въ томъ же порядкѣ.

Для полученія polyvalentной сыворотки пользуются культурами различныхъ породъ менингококка.

Для полученія антитоксическихъ (антиантотоксическихъ) свойствъ пользуются вытяжками изъ культуръ. Смертельная доза вытяжки передъ началомъ иммунизации опредѣляется на морскихъ свинкахъ, вѣсомъ въ 150,0. Иммунизацию лошади начинаютъ съ впрыскиванія 10 смертельныхъ для морской свинки дозъ вначалѣ подкожно, потомъ внутривенно (Wassermann und Leber).

Большимъ тормазомъ при приготовленіи противоменингокок-

ковой сыворотки служить быстрое понижение вирулентности менингококка въ культурахъ.

Опредѣленіе достоинства полученной сыворотки встрѣчаютъ также большія препятствія, потому что нѣтъ метода, который былъ бы для этого пригоденъ.

Методъ провѣрки на лабораторныхъ животныхъ оказывается непригоднымъ, потому что съ одной стороны лабораторныя животныя неодинаково воспримчивы къ менингококковой инфекціи, съ другой—различныя колоніи менингококка не представляютъ постоянной величины въ отношеніи ихъ вирулентности.

Kolle и Wassermann пользуются для опредѣленія достоинства сыворотки реакціей отклоненія комплемента, но работы другихъ авторовъ показываютъ, что эта реакція не идетъ параллельно съ содержащемъ въ сывороткѣ бактериотропныхъ (Neufeld), агглютинирующихъ (Neufeld, Krumbein und Schatloff) и антитоксическихъ (Krumbein und Diehle) свойствъ.

На этомъ же основаніи опредѣленіе достоинства сыворотки по реакціи агглютинаціи не можетъ считаться достаточнымъ.

Вообще всѣ методы, примѣнявшіеся съ этой цѣлью имѣютъ значеніе лишь приблизительное, съ чѣмъ необходимо считаться при терапевтическомъ примѣненіи сыворотки.

Имѣющіяся въ литературѣ свѣдѣнія о терапевтическомъ примѣненіи сыворотки указываютъ во 1-хъ на то, что она совершенно безвредна, т. е. не вызываетъ расстройствъ въ организмѣ больного, если не считать сывороточныхъ явленій, которыя наблюдались какъ при подкожномъ, такъ и при интрадуральномъ введеніи противоменингококковой сыворотки (Netter et Debre).

Во 2-хъ, сыворотка понижаетъ  $\frac{0}{10}$  смертности.

Процентъ смертности при эпидемическомъ цереброспинальномъ менингитѣ въ различныхъ эпидеміи различенъ, колеблется въ очень широкихъ предѣлахъ. Средняя цифра равна приблизительно  $60\frac{0}{10}$ . Въ Россіи во время эпидеміи 190 $\frac{5}{10}$  года проф. Н. Я. Чистовичемъ вычисленъ  $\frac{0}{10}$  смертности равнымъ 56,5.

При примѣненіи сыворотки  $\frac{0}{10}$  смертности значительно пала.

Wassermann und Leber сообщаютъ, напр., что смертность въ Рейнской провинціи, доходившая безъ специфическаго леченія до  $78\frac{0}{10}$ — $80\frac{0}{10}$ , пала до  $12\frac{0}{10}$ — $15\frac{0}{10}$  при примѣненіи большихъ дозъ специфической сыворотки.

Fischer сообщаетъ, что примѣненіе Flexner'овской сыворотки въ Нью-Йоркѣ понизило  $\frac{0}{10}$  смертности съ  $64$ — $80\frac{0}{10}$  до  $20$ — $25\frac{0}{10}$ ;

Во 3-хъ, сыворотка сокращаетъ продолжительность болѣзни.

По продолжительности болѣзни эпидемическій цереброспинальный менингитъ дѣлается на 3 формы: \*)

а) молниеносная или злокачественная, при которой смерть наступаетъ въ 1-ыя же сутки, рѣже на 2-я.

б) обыкновенная, острая или подострая форма; болѣзнь въ острой формѣ продолжается отъ 1—3 недѣль, въ подострой—отъ 3—6 недѣль.

в) затяжная—отъ 1½ до 6 мѣсяцевъ. Необходимо отмѣтить, что форма заболѣванія не даетъ надлежащихъ признаковъ въ смыслѣ предсказанія: и случай, начавшійся тяжелыми явлениями, можетъ кончиться выздоровленіемъ и случай, начавшійся легкими явлениями можетъ кончиться смертью (Брейтманъ). По Dopter'у сыворотка сокращала продолжительность болѣзни до 8—12 дней.

Въ 4-хъ, сыворотка уменьшаетъ тяжелыя осложненія.

Среди осложненій какъ самыя тяжелыя и неважечныя отмѣчаются—потеря зрѣнія и слуха. Если потеря слуха развилась у ребенка, не научившагося говорить, то послѣдствіемъ этого будетъ глухонѣмота.

Изъ другихъ осложненій наблюдаются: слабоуміе, душевныя болѣзни, падучая, потеря рѣчи, стойкіе параличи.

Процентъ осложненій у выздоровѣвшихъ опредѣляется различно. По однимъ авторамъ онъ равенъ 30% и менѣе, по другимъ составляетъ 100%.

По статистическимъ даннымъ Dopter'a % осложненій при примѣненіи сыворотки палъ до 6,2—7,5% съ 23% наблюдавшихся ранѣе. То же паденіе % осложненій отмѣчаютъ и другіе авторы (Netter, Flexner).

Какъ необходимое условіе дѣйствія сыворотки большинствомъ авторовъ указывается ея интрадуральное или интравенозное примѣненіе. Превосходство интрадурального впрыскиванія объясняютъ тѣмъ, что наряду съ общимъ дѣйствіемъ происходитъ при этомъ ближайшее мѣстное дѣйствіе на возбудителя болѣзни.

Статистическая таблица Dopter'a, составленная по наблюденіямъ различныхъ авторовъ, указываетъ, что подкожное примѣненіе сыворотки нисколько не вліяетъ на % смертности.

\*) Abortивная и амбулаторная форма не упоминаются здѣсь, какъ не типичныя.

ТАБЛИЦА Dopter'a

Смертность по	безъ сывороточ. лечения.	при подкожн. примѣнен. сывор.
Schulz	53,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	50,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Tobben	56,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	54,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Huber	—	55,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Ch. Muller	73,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	78,0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
G. Robb	72,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	74,0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Currie	70,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	64,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Первоначальные не особенно поощрительнаго свойства результаты, полученные съ сывороткой при подкожномъ ея примѣненіи, сторонники сывороточнаго леченія объясняютъ именно подкожнымъ ея примѣненіемъ (Wassermann und Leber).

2-ое условіе — необходимо возможно раннее примѣненіе сыворотки.

Изъ собраннаго Dopter'омъ статистическаго матеріала видно, что при примѣненіи сыворотки въ первые 3 дня смертность наблюдалась = 7,14—14,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> отъ 4—7 дней = 11,1—22<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и послѣ 1-ой недѣли = 23,5—36,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

3-е условіе: сыворотку слѣдуетъ примѣнять повторно.

Обязательное явленіе, наблюдаемое всѣми, примѣнявшими сыворотку, состоитъ въ томъ, что наступившее послѣ впрыскиванія сыворотки улучшеніе непостоянно, черезъ вѣсколько дней оно смѣняется ухудшеніемъ, которое исчезаетъ послѣ 2-го впрыскиванія и вновь наступаетъ и т. д., а потому впрыскиванія сыворотки необходимо производить до тѣхъ поръ, пока не получится стойкое улучшеніе.

Руководясь этими данными, послѣ точнаго установленія діагноза, мы и примѣняли въ нашемъ послѣднемъ случаѣ противоменингококковую сыворотку, причемъ считаемъ необходимымъ упомянуть, что одновременно съ этою больноу получала игоггипин.

Впрыскиванія сыворотки производились въ позвоночный каналъ послѣ выпусканія соответствующаго количества цереброспинальной жидкости въ сидячемъ положеніи ребенка. Игла вводилась между 3 и 4 поясничными позвонками. Сыворотка передъ впрыскиваніемъ нагревалась до 37—40°С.

1-ое впрыскиваніе произведено 9/III, на 12-ый день болѣзни. Выпущено 30 куб. сант. цереброспинальной жидкости. Введено 22 куб. сант. противоменингококковой сыворотки.

Черезъ 10 минутъ послѣ впрыскиванія ребенокъ жалуется на сильную головную боль, кричить. Черезъ 20 минутъ боль утихаетъ.

Ребенокъ спокоенъ.  $T^{\circ}$  съ  $39,7^{\circ}$  (кривая „а“) въ 1-мя полчаса пала на  $1^{\circ}$ , а черезъ 4 часа была  $35,9^{\circ}$ . Паденіе  $t^{\circ}$  сопровождалось обильнымъ потомъ. Состояніе ребенка улучшилось настолько, что онъ началъ обращать вниманіе на игрушки, охотно разговаривалъ со всѣми, аппетитъ улучшился настолько, что онъ съ удовольствіемъ съѣлъ супъ и манную кашу и просилъ еще киселя. Словомъ, ребенокъ сдѣлался неузнаваемъ.

Ригидность затылка безъ измѣненіи. Симптомъ Кернига получается.

10/III. Ночь провелъ спокойно. Самочувствіе удовлетворительное. Аппетитъ тоже удовлетворительный. На боли не жалуется.

11/III. При разспросахъ жалуется на головную боль. Однако, интенсивность боли менѣе значительна, чѣмъ ранѣе. Это боль не вызываетъ крика. Аппетитъ удовлетворительный. Сонъ спокойный.

12 III. Головной боли нѣтъ. Жалуется на боль въ животѣ.

13/III. Жалобъ на боли нѣтъ. Контрактура затылка менѣе значительна. Можетъ самъ производить движеніе головой.

14/III. Безъ перемѣнъ.

15/III. Ночью былъ бредъ. Сонъ безпокойный. Контрактура затылка выражена рѣзко. Больной кричитъ, жалуется на головную боль. Аппетитъ отсутствуетъ. 2 раза была рвота. Симптомъ Кернига на лицо.

И слѣдованіе крови обнаружилъ лейкоцитозъ умеренный. Бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ найдено 18000 въ 1 куб. милл. Температура, начиная съ 1-го дня впрыскиванія, принимаетъ характеръ ремиттирующий; паденіе  $t^{\circ}$  каждый разъ сопровождается потомъ. Наблюдаются значительныя суточные колебанія  $t^{\circ}$ .

Вѣсъ тѣла съ 9—14 марта постоянный.

Въ виду наступившаго рѣзкаго ухудшенія въ состояніи больного. 16/III произведено 2-ое впрыскиваніе.

Послѣ предварительнаго выпусканія 35 куб. сант. цереброспинальной жидкости введено 30 куб. сант. сыворотки.

Сильная головная боль и крикъ тотчасъ послѣ впрыскиванія. Черезъ 15 минутъ боль утихла, ребенокъ уснулъ. Спалъ 3 часа. Сонъ спокойный. Послѣ сна самочувствіе хорошее. Аппетитъ удовлетворительный. Температура въ теченіе первыхъ 6-ти часовъ повышается съ  $37,8^{\circ}$  до  $38,7^{\circ}$ , затѣмъ при обильной потѣ падаетъ до  $36,2^{\circ}$  и въ послѣдующіе 3 дня держится на не высшихъ цифрахъ. Максимумъ ея въ эти дни  $37,4^{\circ}$ .

17/III. Самочувствіе хорошее. Аппетитъ удовлетворительный. Жалобъ на боли нѣтъ. Контрактура затылка выражена не рѣзко. Больной самъ можетъ сгибать голову. Симптомъ Кернига отсутствуетъ.

18/III и 19/III. Самочувствіе хорошее. Никакихъ жалобъ.

Исслѣдованіе глазного дна, произведенное Д-ромъ А. І. Кулебякинымъ, обнаружило: контуры соска зрительнаго нерва ясны. Сосокъ розоватаго цвѣта. Вены значительно наполнены.

Исслѣдованіе крови дало слѣдующія цифры:

Нъ . . . . .	85% <sub>0</sub> .
Красныхъ кровяныхъ тѣлецъ	
въ 1 куб. миллим. . . . .	4,200.000
Бѣлыхъ кровян. тѣлецъ . . . . .	22.850
Изъ нихъ	
полинуклеаровъ . . . . .	86,6% <sub>0</sub>
(въ томъ числѣ	
возинофиловъ . . . . .	1,2% <sub>0</sub> )
Мононуклеаровъ . . . . .	13,4% <sub>0</sub>
(въ томъ числѣ	
лимфоцитовъ . . . . .	7,8% <sub>0</sub> )

20/III. Вечеромъ жалобы на головную боль, которую больной перепоситъ безъ крика.  $t^{\circ}$  повысилась до  $39^{\circ}\text{C}$ . Наблюдается сухой кашель и насморкъ. Въ легкихъ жесткое дыханіе и сухіе хрипы. Пульсъ слабый, аритмичный.

21/III. Пульсъ аритмичный, частый и малый. Рѣзкое колебаніе  $t^{\circ}$  (на  $3^{\circ}\text{C}$ ). При паденіи  $t^{\circ}$  обильный потъ. Контрактура затылка не значительная. Симптомъ Кернига отсутствуетъ.

22/III. Кашель сильнѣе. Въ остальномъ безъ перемѣнъ.

23/III. Status idem.

24/III. Status idem. Больной взятъ изъ клиники родителями, опасавшимися, что онъ умретъ.

Наступившія осложненія ввидѣ катарральныхъ явленій со стороны дыхательныхъ путей несомнѣнно происхожденія инфекціознаго, а потому оказали вліяніе на  $t^{\circ}$ , пульсъ и состояніе больного. Появленіе этого осложненія мы склонны объяснить присоединеніемъ гриппа, которымъ около этого времени заболѣло въ клиникѣ нѣсколько дѣтей.

Несмотря на тяжелое состояніе больного, у него не было тѣхъ рѣзкихъ менингеальныхъ явленій, которыя наблюдались при ухудшеніи, бывшемъ на 7-ой день послѣ 1-го впрыскиванія. Не было сильной головной боли, не было рвоты, не было усиленія ригидности шейныхъ мышцъ, а напротивъ наблюдалось нѣкоторое уменьшеніе ея.

Черезъ 3 дня послѣ взятія изъ клиники  $t^{\circ}$  у болного окончательно пала, контрактура затылка исчезла совершенно, черезъ 2 дня послѣ этого онъ началъ сидѣть, а еще 2 недѣля спустя онъ

пѣшкомъ пришелъ въ амбулаторію Дѣтской клиники, причемъ какъ единственное осложненіе перенесенной болѣзни у него наблюдалась гиперэкстензія въ колѣнномъ суставѣ лѣвой ноги съ пониженіемъ электровозбудимости мышцъ голени и бедра лѣвой ноги на фарфадическій и гальваническій токъ и съ повышеніемъ колѣняго рефлекса на той же ногѣ.

У насъ нѣтъ достаточныхъ данныхъ, чтобы приписать выздоровленіе въ данномъ случаѣ примѣненію специфической сыворотки, но благотворное вліяніе сыворотки не подлежитъ сомнѣнію.

Если сравнить между собою вліяніе люмбадныхъ пункций и тѣхъ же пункций съ введеніемъ противоменингококковой сыворотки въ указанныхъ нами случаяхъ, то замѣтимъ, что какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ, наступало улучшеніе. Но въ 1-мъ случаѣ улучшеніе не было такъ рѣзко замѣтно и не было такъ продолжительно, какъ во 2-мъ.

Песомѣнно, что выпусканіе цереброспинальной жидкости дѣйствуетъ благотворно путемъ уменьшенія давленія на мозгъ, но какъ только жидкость снова накопится, улучшеніе исчезаетъ и болѣзненный процессъ идетъ впередъ, прибавляются все новые и новые симптомы. При примѣненіи же сыворотки, несмотря на наступавшія ухудшенія, мы не видали этого нарастанія симптомовъ: не было измѣненій со стороны глазъ, не было судорогъ. Если сравнить паденіе вѣса тѣла въ томъ и другомъ случаѣ, получится колоссальная разница. При леченіи пункциями вѣсъ тѣла неудержимо падалъ, при сывороточномъ леченіи между 1-мъ и 2-мъ вырсыкиваніемъ онъ оставался постояннымъ.

Излишне, конечно, говорить, какъ велико значеніе сохраненія вѣса тѣла (питанія) при леченіи эпидемическаго цереброспинальнаго менингита, при которомъ большинство больныхъ умираетъ отъ истощенія.

На основаніи наблюдаемыхъ нами явленій при сывороточномъ леченіи мы можемъ сказать, что сыворотка улучшаетъ состояніе больныхъ, уменьшая болѣзненные симптомы.

Сократила ли сыворотка въ данномъ случаѣ продолжительность болѣзни?

Полагаемъ, что да. Къ какой бы формѣ ни отнести болѣзнь въ данномъ случаѣ: къ ятяжной или обыкновенной полострой, выздоровленіе черезъ 2 недѣли отъ начала вырсыкиваній можно считать быстрымъ.

Оказала ли сыворотка вліяніе на осложненія?

Наблюдавшіяся у нашего больного: гиперэкстензія колѣннаго сустава и пониженіе электровозбудимости мышцъ должно считать осложненіемъ эпидемическаго цереброспинальнаго менингита. Но сказать на основаніи этого, что сыворотка не вліяетъ на осложненія,

велья. Необходимо считаться съ тѣмъ, что 1-ое впрыскиваніе сыворотки было произведено на 12-й день заболѣванія, а потому вполне допустимо предположеніе, что осложненія появились вслѣдствіе позднаго примѣненія сыворотки.

Благотворное вліяніе сыворотки въ данномъ случаѣ становится еще болѣе очевиднымъ, если принять во вниманіе, что мы имѣли больного ослабленнаго предшествующей скарлатиной съ ея тяжелыми осложненіями.

Полученные результаты по вашему мнѣнію вполне достаточны для того, чтобы высказаться за цѣлесообразность специфическаго сывороточнаго леченія эпидемическаго цереброспинальнаго менингита, которое слѣдуетъ примѣнять немедленно послѣ установленія диагноза.

Послѣдній съ несомнѣнно тью устанавливается люмбальной пункцией и бактериологическимъ изслѣдованіемъ цереброспинальной жидкости.

Изъ клиническихъ же симптомовъ большинство является общими какъ для эпидемическаго, такъ и для менингита другого происхожденія.

Съ большимъ вѣроятіемъ за эпидемическій цереброспинальный менингитъ, какъ указываютъ нѣкоторые авторы (Feeg и др.) и какъ можно судить по описаннымъ случаямъ, говорить при наличности общихъ менингеальныхъ явленій:

- 1) внезапное начало болѣзни при высокой  $t^{\circ}$ ,
- 2) вскорѣ наступающія очень рѣзкія колебанія  $t^{\circ}$  (до  $3^{\circ}$ ) и обильный потъ при паденіи  $t^{\circ}$ ,
- 3) въ высшей степени сильная раздражимость больныхъ,
- 4) гиперестезія,
- 5) катарральныя явленія со стороны зѣва въ началѣ болѣзни.
- 6) Пузырчатая сыпь на кожѣ.
- 7) Опуханіе суставовъ.

Припошу глубокую благодарность многоуважаемому профессору Виктору Константиновичу Мельшикову за руководительство, разъясненія и софты при производствѣ наблюденій и изслѣдованій и многоуважаемымъ товарищамъ по клиникѣ за ихъ помощь при этомъ.

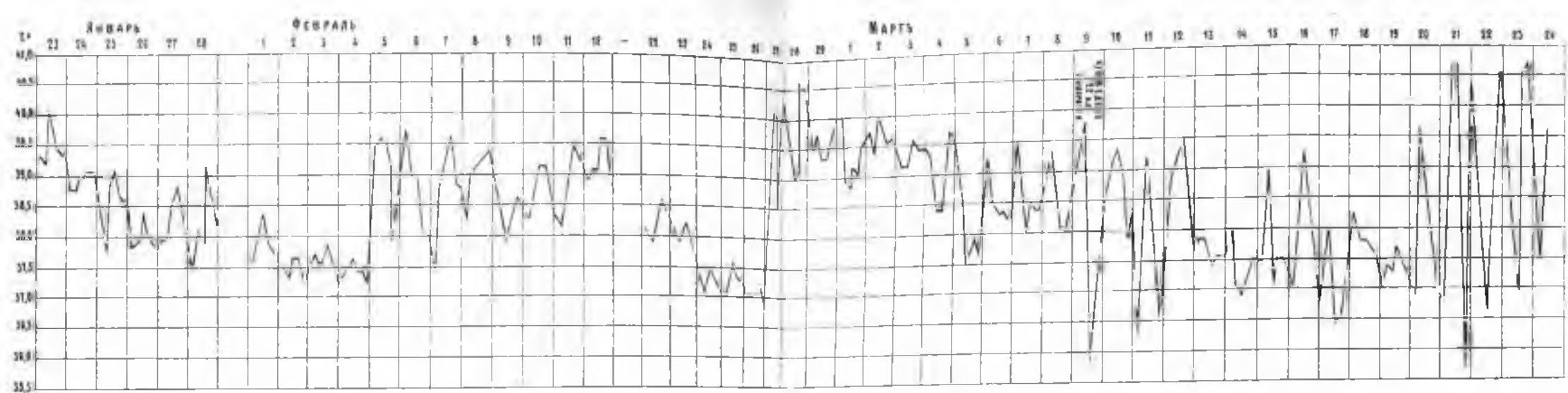


## Л и т е р а т у р а .

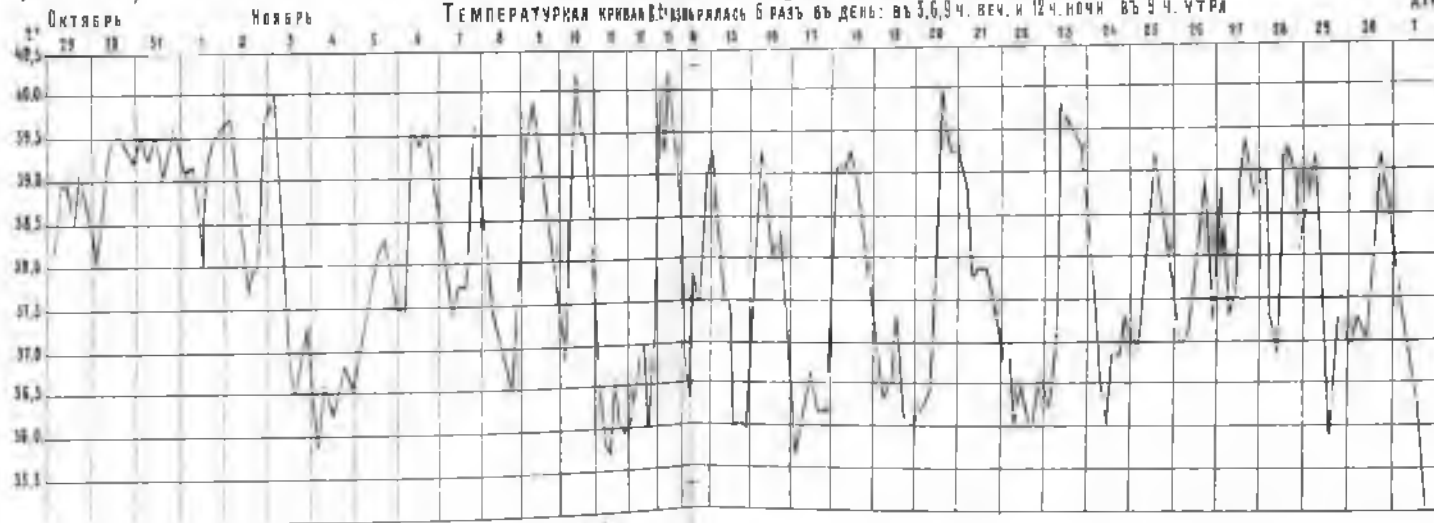
- Baecher.** Meningokokkenserum. Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforsch. 1910.
- H. Sachs.** Meningismus bei Scharlach. Jahrb. für Kinderheilk. Bd 23.
- R. Benard.** Die Meningen beim Scharlach (Revue de medec 1909) Peф. Arch. f. Kinderheilkunde Bd 54.
- Hutinel.** Uraemische und scarlatinoöse Meningitis (La pathol. infant. VI 8) Peф. Arch. f. Kinderheilk. Bd 54.
- Brem and Zeiler.** Two cases of Influenzal meningitis patients treated with Hexamethylenamin (Amerik Journ. of diseases of children 1911).
- J. Mya.** Ein neuer Fall von Meningitis cerebrospinalis durch Infection mit dem Influenzabacill. Rivista di clinica Pediatr 1903. (Peф. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 54.
- Zamboni.** Sulla meningite cerebrospinale de bacillo di Pfeiffer. Rivista di Clinica pediatr. 1911.
- Davis.** Influenzalmeningitis With especial reference to its pathology and bacteriology. Amer. Journ. of diseases of children 1911.
- David und Speik.** Meningitis typhosa. Journ. of the Amer. med. Assoc. 1911.
- Cl. Jnclan.** Paratyphöse Meningitis. Prensa medica de la Habana 1910.
- Josselin de Jong.** Ein Fall von Meningitis gonorrhoea. Centralblatt für Bacteriologie, 1907.
- Kuster.** Münch. med. Wochenschrift 1906.
- Langer.** Jahrb. f. Kinderheilk. Bd 53.
- Crocco.** Sopra dieci casi di meningite cerebrospinale epidemica. Gazzdegli ospedali 1909.
- Ghon.** Meningokokken und verwandte Bacterien. Wiener klin. Wochenschr. 1907.
- Wassermann und Leber.** Серотерапія эпидемическаго менингита Соврем. клиника и терапия. 1910.
- Wechselbaum.** Über die Aethiologie der acuten Meningitis cerebrospinalis. Fortschr. d. Med. 1887. V.
- Westenhöffer.** Pathologische Anatomie und Infectionsweg bei der Genickstarre. Berl. Wochenschr. 1905.
- Nicolaier.** Experimentelles und Klinisches über Urotropin. Zeitschr. f. Klinisch. Medic. 1899.
- Weinrich.** Beitrag zur Kenntniss der Urotropinsecretion und Resorption im Liguor cerebrospinalis u. s. w. Monatschr. f. Kinderh. 1912. XI.
- Matthes.** Medicinisch. Klinik. 1908.
- Friesinger und Marie.** Le ferment potolytique etc. Compt. rendde la societ. de Biol. 1909.
- H. Koplik.** Die Serumtherapie der cerebrospinalmeningitis n. s. w. (Medical Record 1908) Peф. Arch. f. kinderheilk. Bd 54.

- Fischer.* Klinische Beobachtungen über Meningitis cerebrospinalis und die Resultate der Behandlung mit *Fleischer-serum* in New York. Arch. f. Kinderheilkunde Bd 52.
- J. Comby.* Meningite cérébrospinale epidémique. Arch. de medec. des enfants 1910. Bd XIII.
- E. Merle.* Sur deux cas de meningite cerebrospinale. Arch. de medec. des enfants. 1910. Bd XIII.
- Fleischer.* Concerning a serum Therapy for experimental infection with diplococcus intracellularis. The Journ. of experim. med. 1907.
- Dopter.* Action antidotique du serum antimeningococcique etc. Compt. rend de la Soc. de Biol. 1909.
- Orth.* Beitrag Zur Serumtherapie der Meningit. Cerebrosp. epidemie Munch. med. Wochenschr. 1908.
- Debré.* Le principaux Caraderes clinique de la mening. cerebrosp. Presse med. 1909.
- Lateiner.* O leceniu nadmieno do Zapolaniu opan mozgowo-rdzeniowych. Za pomoca surowicu swoistej. Tigodu. Lek 1910.
- Waillard.* Sur l'emploi de la serotherapie dans le traitement de la meningite cerebrospinale. Arch. de Med. et de Pharmacie 1909.
- Smidt.* Ein mit Serum behandelter Fall von Genickstarre. Deutsch Militärärztl. Zeitschr. 1907.
- Schepelmann.* Genickstarre und Heilserum. Wilner klinische Wochenschr. 1911.
- Kolle und Wassermann.* Versuche zur Gewinnung und Werbestimmung eines Meningokokken—serums. Deutsch. med. Wochenschr. 1906.
- Netter et Debré.* Les eruptions serique apres injections intrarachidiennes de serum antimeningococcique. C. R. de la soc. de Biol. t. LXVI—LXVII
- Kraus und Doerr.* Ueber Meningokokkengifte und Gegengifte. Wien. klin. Wochenschr 1908.
- Neufeld.* Ueber die Wirkungsweise und die Wertbestimmung des Genickstarreserums. Med. Klinik 1908.
- Krumbein und Schatloff.* Untersuchungen über das Meningokokkenserum. Deutsch. med. Wochenschr. 1908.
- Baecker und Hachia.* Nur Kritik der Prüfungsmethoden des Meningokokkenserums. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. 1910. Bd. V
- Krumbein und Dichtl.* Neue Untersuchungen zur Wertbestimmung des Meningococcenserums. Arb. aus dem Institut. zur Erforsch. der Infectiouskrankh. in Bern. 1908 Bd. II.
- Mann.* Klinische Beobachtungen bei Genickstarre. Munch. med. Wochenschr. 1911 № 36.
- Feer.* Lehrbuch der Kinderheilkunde. 1911.
- Лазенъ-Горнъ.* Примѣненіе поясничнаго прокола при эпид. цереброспина менин. Русск. Врачъ. 1906.
- Проф. Черновъ.* Врачебн. Газ. 1906.
- Брейтманъ.* эпидемия цереброспинальной менингитъ. Прил. къ Врач. Газ. 1905.

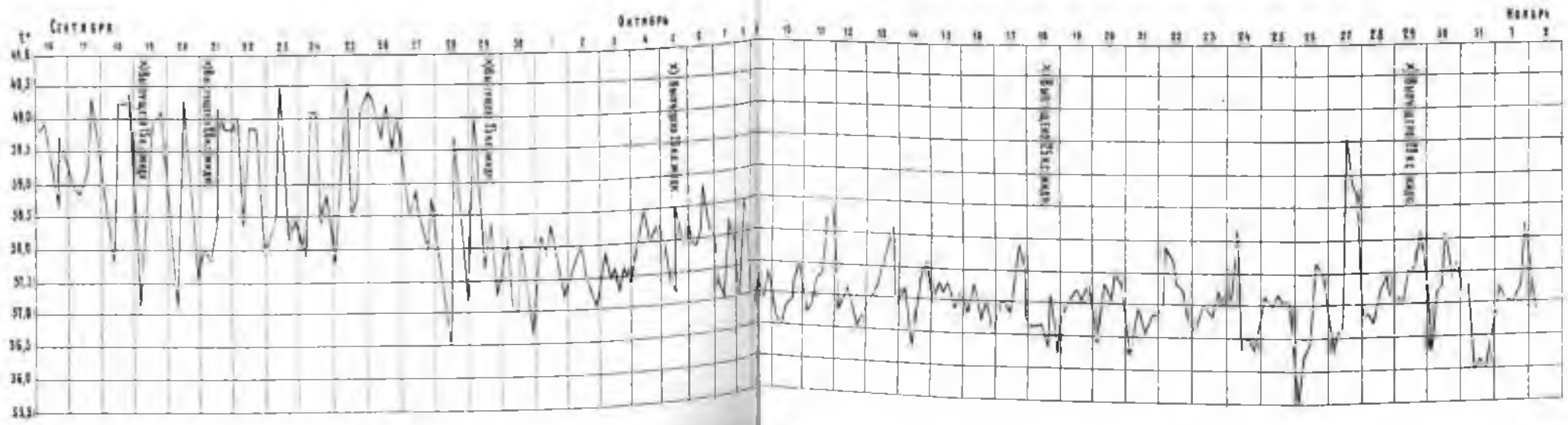


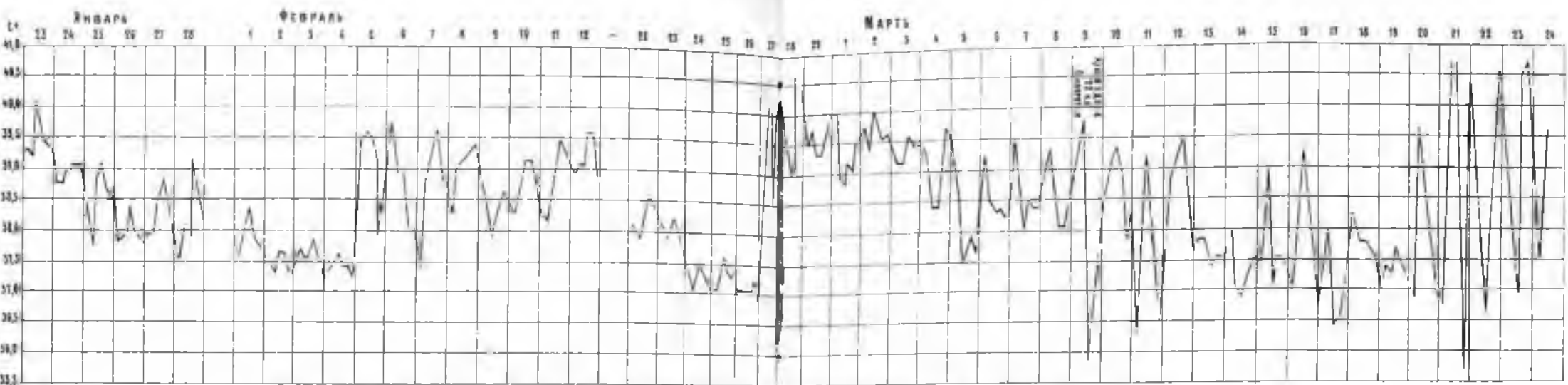


(23/1 в 10 ч. у.) Т. Б. ШУРА 5½ СЕРЕЖА Зоя И. Златя Ивко. Scarlatina. Meningitis cerebrospinalis epidemica  
 ДЕНЬ      ДИНАРЬ

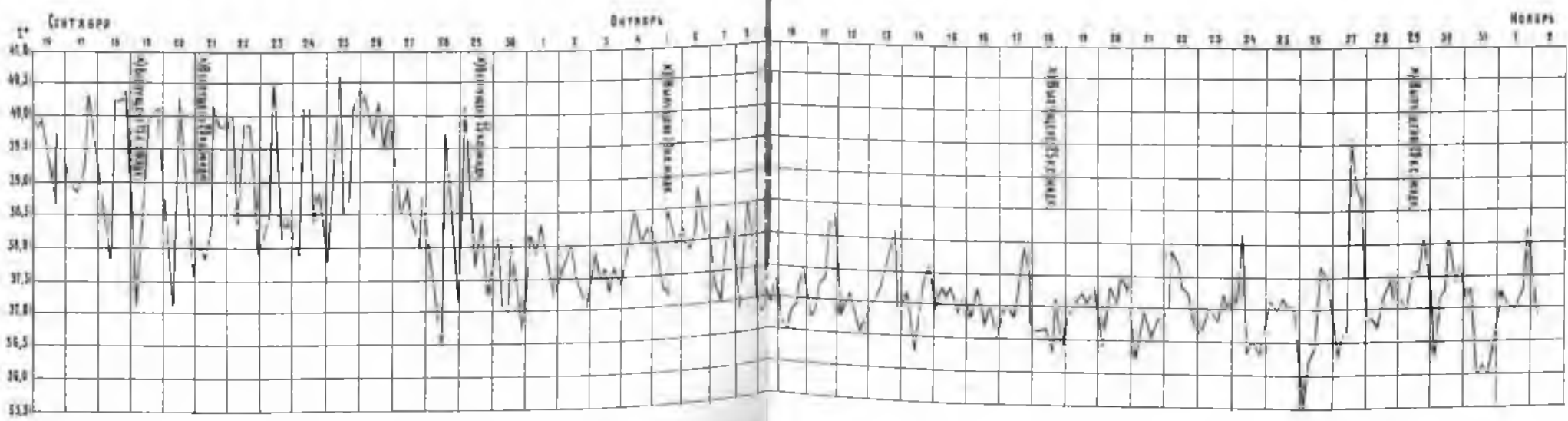
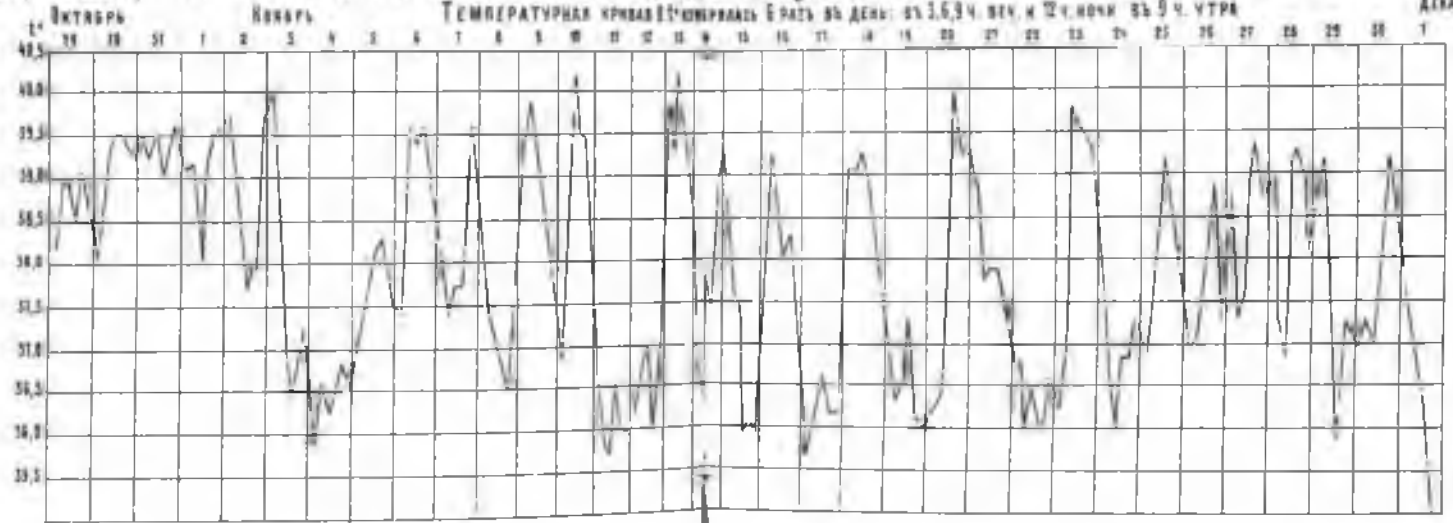


ТЕМПЕРАТУРНАЯ КРИВАЯ ВЪЗНИКЛА 6 РАЗЪ ВЪ ДЕНЬ: ВЪ 3, 6, 9 Ч. ВЕЧ. И 12 Ч. НОЧИ ВЪ 9 Ч. УТРА





(23/с на 10.4.7) г. Б. Шира 5%. Селена 300 М. Гартль 5мл. Scarlatina Meningitis cerebrospinalis epidemica  
 Температурная кривая 11-дневная брать в день: в 16,34, 8ч и 12ч ночи в 9 ч утра





Изъ Факультетской хирургической клиники профессора Н. А. Герцена  
въ Казани.

## Къ казуистикѣ альвеолярнаго эхинококка печени.

П. П. Денино.

Заболѣваніе альвеолярнымъ эхинококкомъ встрѣчается вообще рѣдко. Впервые въ медицинской прессѣ описано оно Вил'емъ въ 1852 году подъ названіемъ „альвеолярнаго коллоида“. Истинная природа заболѣванія была установлена Virchow'омъ въ 1856 году. Съ тѣхъ поръ въ медицинской литературѣ описано всего 288 случаевъ. Въ распространеніи альвеолярнаго эхинококка по мѣстностямъ имѣются особенности въ зависимости отъ географическаго положенія; въ однихъ странахъ онъ встрѣчается относительно часто, въ другихъ же почти никогда не наблюдается. Россія какъ разъ принадлежитъ къ тѣмъ странамъ, гдѣ альвеолярный эхинококкъ попадается чаще, особенно въ нѣкоторыхъ районахъ.

Первый русскій случай описанъ Boettcher'омъ изъ г. Дерпта въ 1858 году въ Virchow's Archiv. Въ русской же медицинской печати впервые заболѣваніе альвеолярнымъ эхинококкомъ описано въ 1882 году д-ромъ Альбрехтомъ. Съ тѣхъ поръ случаи заболѣваній альвеолярнымъ эхинококкомъ описывались чаще и чаще, такъ что въ 1900 году Мельниковъ-Разведенковъ могъ насчитать всего 76 случаевъ. Послѣ описано еще: Еленевскимъ въ 1904 году 7 случаевъ, Мироллюбовымъ въ 1910 г.—12; Терепенскимъ и Крыловымъ прибавлено по одному и наконецъ Казанскими врачами описанъ рядъ случаевъ. Въ 1889 году въ засѣданіи Общества врачей при Казанскомъ Университетѣ были демонстрированы 4 случая альвеолярнаго эхинококка, найденные случайно на вскрытіяхъ покойнымъ профессоромъ патологической анатоміи Н. М. Любимовымъ и описанные въ Дневникѣ Об-ва врачей д-ромъ Брайдтомъ. Послѣ того подъ руководствомъ проф. Н. М. Любимова неоднократно описывались случаи альвеолярнаго эхинококка, такъ что Мельниковъ-Разведенковъ насчиталъ изъ Казани всего 17 случаевъ

въ 1899 году. Съ тѣхъ поръ до 1909 года д-ръ Вудльфусъ насчиталъ еще 12 случаевъ и въ 1910 году былъ описать д-ромъ Добротиннымъ одинъ случай. Такимъ образомъ въ Казани было всего не мѣнѣе 30 случаевъ, всего же по Россіи было 110 случаевъ. Изъ этихъ цифръ видно, что районъ средней Волги съ Казанью въ центрѣ принадлежитъ къ мѣстностямъ особенно частаго распространенія альвеолярнаго эхинококка. Ниже мы позволяемъ себѣ привести еще одинъ случай, наблюдавшійся въ Факультетской хирургической клиникѣ профессора Н. А. Геркена въ весеннемъ семестрѣ 1911—12 учебнаго года.

Больной К., крестьянинъ Ардатовскаго уѣзда Симбирской губерніи обратился въ клинику 18 января 1912 года съ жалобой на опухоль въ правомъ подреберьѣ. Опухоль неболезненная и не болитъ; больной замѣтилъ ее пять лѣтъ назадъ; съ тѣхъ поръ она постепенно увеличивается, года  $1\frac{1}{2}$ —2 назадъ начала увеличиваться мощнока. Больной чувствуетъ себя въ общемъ удовлетворительно. Лишь временами бываютъ головныя боли и головокруженія; иногда по ночамъ кашель съ мокротой, но кровохарканья не было, парѣдка бываютъ одышка и сердцебиенія. Со стороны органовъ пищеваренія никакихъ разстройствъ не замѣчалъ и не замѣчаетъ. Желтухи не было. Мочениспусканіе правильно. Моча не окрашена. Женатъ 17 лѣтъ, имѣетъ 5 чел. дѣтей. Изъ болѣзней указываетъ на гоноррею и малярию. Патологической наследственности нѣтъ. При объективномъ изслѣдованіи находимъ: больной средняго роста, развитъ правильно, достаточнаго питанія. Вѣсъ его 66.6 kilo. Кожа гладка, чиста, нѣсколько желтоватаго оттѣнка. Видимыя слизистыя оболочки нормальны. Поджелудочныя лимфатическія железы нѣсколько увеличены, прощупываются отдѣльно, остальные—не увеличены. Разстройствъ со стороны нервной системы нѣтъ. Со стороны грудныхъ органовъ—то же. Границы легкихъ нѣсколько выше: по *lin. axil. dextra*: на верхнемъ краѣ 7 ребра, и по *scapul. dextra*: на верхнемъ краѣ 10 ребра. Животъ увеличенъ въ верхней части. Когда больной стоитъ, то нижнія межреберья съ правой стороны выдаются, *hurochondrium* тоже рѣзко выдается. При лежаніи больного межреберья и *hurochondrium* выдаются не такъ рѣзко. При перкуссии живота печеночная тупость оказывается значительно увеличенной. Область тупости влѣво на палецъ не доходить до *lin. mamil. sin.*, отъ края реберъ простирается по *lin. parastern. sin.* на 13 сант. по средней линіи на 22 сант. отъ *proc. xiphoid.* по *lin. mamil. dext.*—13 сант. по *lin. axil. med. dextra*—у края реберъ. Въ остальной части живота—тимпанитъ. При перемѣнѣ положенія со спины на бокъ, а также при лежаніи и встананіи по *lin. axil. lat.* и надъ лобкомъ перкуторный звукъ не мѣняется. При ощупываніи на мѣстѣ притупленія находимъ опухоль, несвязанную съ



брюшной стѣнкой, подвижную при дыханіи вверхъ и внизъ и безболѣзненную. На поверхности опухоли прощупываются узлы величиною отъ орѣха до гусиного яйца; наиболѣе крупныя узлы находятся въ epigastrium нѣсколько вправо отъ средней линіи и по lin. axil. ant. dextra. Узлы изолированы одинъ отъ другого, консистенція ихъ туго эластическая. Флуктуаціи нигдѣ нѣтъ. По границѣ тупого звука прощупывается край печени, который нѣсколько заостривъ. Селезенка не прощупывается. Грыжевыя отверстія нормальны. Penis тоже. Scrotum нѣсколько увеличена, вены ея правой половинны расширены и переходятъ на промежность.

Моча кислой реакціи, уд. вѣсъ—1018, Бѣлка, сахара—нѣтъ, индикантъ—въ предѣлахъ нормы. Въ крови найдено: возинофиловъ—8,5%, Нб.—40%. Произведена реакція Weinberg'a. Получена задержка гемоліза. Какъ антигенъ взята была жидкость эхинококковой кисты. При производствѣ реакціи примѣнялся методъ Neisser-Brücke. \*)

Продолжительность заболѣванія, значительныя размѣры опухоли, отдѣльныя узлы, совершенно не характерныя для кистъ однокамернаго эхинококка позволяли предположить заболѣваніе печени алвеолярнымъ эхинококкомъ; но этому противорѣчило отсутствіе желтухи и характерной для алвеолярнаго эхинококка печени твердости узловъ. Но, ввиду положительнаго результата реакціи Weinberg'a, проф. Н. А. Геркенъ остановился на діагнозѣ: *Echinococcus alveolaris (multilocularis) hepatis*. 23 января 1912 года профессоромъ Н. А. Геркеномъ была произведена операція. Съ мѣстной анестезіей стоиваюномъ былъ сдѣланъ разрѣзъ въ 5—6 сант. справа отъ средней линіи, надъ узломъ въ epigastrium. Разрѣзъ прошелъ кожу, подкожную вѣтчатку и мышцу. Потомъ была вскрыта брюшина. Ввиду болѣзненности и необходимости болѣе широкаго разрѣза перешли на общій наркозъ хлороформомъ. Разрѣзъ былъ продолженъ внизъ на 2—2½ сант. Рана расширена крючками. Показалась передняя поверхность печени. Печень сильно измѣнена. Нормальной ткани не видно. Поверхность печени представляется шероховатой, слегка желтоватаго цвѣта; спереди вазадъ по поверхности идутъ рубцы, которыми печень какъ бы дѣлится на отдѣльныя части. Узлы оказались множественными, не рѣзко отграниченными, такъ что ни вылущить ихъ, ни удалить въ здоровыхъ частяхъ не представлялось возможнымъ. Ввиду этого отказались отъ радикальнаго оперированія. Изъ одного изъ узловъ былъ вырѣзанъ кусочекъ въ 1 куб. сант. для изслѣдованія. Рана узла оказалась блѣдно желтаго цвѣта, пористою, какъ черный хлѣбъ,

\*) Подробно о методѣ реакціи сообщилъ лаборантъ клиники д-ръ Д. Б. Игнатовичъ въ засѣданіи Об-ва врачей 9 февраля 1912 года.

векровоточащую. Небольшое кровотеченіе изъ капсулы печени было остановлено Raquelin'омъ и приступлено къ зашиванію раны брюшной стѣнки. Брюшина и мышцы зашты послѣодно катгутомъ, на кожу и подкожную клетчатку положены три шва флорентійскими нитями, и на кожу—8 серфіанъ. Наложена повязка съ viologin'омъ.

Послѣоперационный періодъ пришелъ гладко. На второй день послѣ операциіи появилась небольшая желтуха, которая прошла черезъ 14 дней. На шестой день были сняты серфіаны, на десятый—флорентійскія нити. На одиннадцатый день разрѣшено сидѣть, на четырнадцатый—вставать и наконецъ 10 февраля, на девятнадцатый день послѣ операциіи, больной выписанъ изъ клиники. Предъ выпиской онъ свѣшанъ. Вѣсъ его—66,4 kilo. Въ виду удовлетворительнаго общаго состоянія и хорошаго самочувствія больному рекомендовано лѣчиться фармацевтическими препаратами, примѣняемыми при эхинококкѣ на ряду съ укрепляющимъ лѣченіемъ. Больному рекомендовано по приѣздѣ домой обратиться къ врачебной помощи и дано письмо къ врачу съ просьбою наблюдать за нимъ и сообщить о дальнѣйшей его судьбѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе вырѣзаннаго кусочка дало типичную картину алвеолярнаго эхинококка, которую въ виду ея типичности мы описывать не будемъ. Препараты были просмотрѣны профессоромъ патологической анатоміи, Ф. Я. Чистовичемъ.

Какъ показало патолого-анатомическое изслѣдованіе, клиническій діагнозъ былъ поставленъ правильно. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ алвеолярный эхинококкъ являлся случайной находкой при операцияхъ и при вскрытіяхъ. Чаше другихъ ставятъ діагнозъ при жизни врачи Тироля, Баваріи, Вюртенберга, гдѣ заболѣванія алвеолярнымъ эхинококкомъ относительно часты (По Rosselt'у изъ 176 случаевъ—122 были изъ этой мѣстности). Въ Россіи правильное распознаваніе принадлежитъ къ исключеніямъ. Трудность клиническаго діагноза объясняется неопредѣленностью симптоматологіи алвеолярнаго эхинококка. Точнѣе опредѣляются симптомы при пораженіи этимъ паразитомъ печени. Въ отношеніи симптоматологіи нашъ случай представляетъ значительное отклоненіе отъ обычно описываемой картины заболѣванія. Наиболѣе постоянными симптомами при алвеолярномъ эхинококкѣ печени считаются желтуха, которую Мельниковъ-Разведенковъ встрѣтилъ въ 95 случаяхъ изъ 100, а Rosselt находилъ въ  $\frac{4}{5}$  всѣхъ случаевъ, и увеличенная печень, съ шероховатой поверхностью, хрящевой (и тверже) консистенціи. Менѣе постоянные симптомы—асцитъ и увеличеніе селезенки. Въ нашемъ случаѣ за исключеніемъ увеличенія печени, не было ни одного обычнаго симптома алвеолярнаго эхинококка печени. Такая клиническая картина показываетъ, что кардинальные симптомы страданія могутъ отсутствовать и все же

можно предполагать заболѣваніе алвеоларнымъ эхинококкомъ. Но въ то же время нашъ случай доказываетъ, что даже въ очень сомнительныхъ случаяхъ можно съ большою вѣроятностью ставить діагнозъ, благодаря новому направленію въ распознаваніи эхинококковыхъ заболѣваній въ послѣдніе годы. Въ 1909 году Guedipi предлагалъ воспользоваться реакціей Bordet и Gengou при чемъ какъ антигенъ брать жидкость эхинококковыхъ кистъ. Weinberg въ томъ же году опубликовалъ обстоятельное изслѣдованіе, въ которомъ доказалъ пригодность для діагностики эхинококковыхъ заболѣваній этой реакціи и показалъ, что она значительно постояннѣе, чѣмъ возилофилія. Съ тѣхъ поръ методъ этотъ подъ названіемъ реакціи Weinberg'a и примѣняется при діагностикѣ заболѣваній однокамернымъ эхинококкомъ. Но эхинококковая жидкость оказалась, какъ антигенъ, годной для распознаванія и алвеоларнаго эхинококка. Въ 1910 изъ Факультетской терапевтической клиники проф. А. Н. Каземъ-Бека появилось сообщеніе д-ра Добротина объ успѣшномъ примѣненіи реакціи Weinberg'a и при алвеоларномъ эхинококкѣ. Въ нашемъ случаѣ тоже была продѣлана реакція Weinberg'a и антигеномъ была взята жидкость эхинококковой кисты. Результатъ полученъ положительный, а патолого-анатомическое изслѣдованіе подтвердило пригодность реакціи. Итакъ мы видимъ, что, благодаря реакціи Weinberg'a, открывается возможность діагноза даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ клиническая картина представляетъ мало характернаго. Для терапіи это имѣетъ большое значеніе. Въ той стадіи развитія заболѣванія, когда алвеоларный эхинококкъ діагностировался, леченіе существенной пользы не приносило, такъ какъ леченіе возможно только въ раннихъ стадіяхъ. Изъ всѣхъ случаевъ, оперированныхъ русскими хирургами, наиболѣе удачны случай проф. Боброва (1897 г.) и Дьяконова (1899 г.). Ихъ больные послѣ операціи и послѣдующаго спринцеванія дезинфицирующими растворами въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ выпишались со свечами. Особнякомъ стоитъ случай д-ра Тербенскаго, гдѣ послѣ удаленія алвеоларнаго эхинококка подкожной кѣтчаткѣ, 6-ой выпишлся здоровымъ. Но подкожная кѣтчатка не печень. Совсѣмъ иной терапевтическій эффектъ получается, когда операція производится въ ранней стадіи заболѣванія. Въ литературѣ описаны случаи излеченія послѣ исцѣченія въ здоровыхъ частяхъ печени небольшихъ узловъ алвеоларнаго эхинококка. (Brunn, Bergmann и др.). На это заболѣваніе слѣдуетъ смотрѣть, какъ на злокачественное новообразованіе, и лечить какъ таковое, т. е. исцѣкать въ здоровыхъ частяхъ. А для этого необходима ранняя діагностика. Въ виду неопредѣленной симптоматологіи можно съ большою вѣроятностью предположить, что далеко не всѣ случаи, особенно начальныя стадіи, діагностируются. Случай д-ра До-

бротина и нашъ показываютъ, что быть можетъ въ недалекомъ будущемъ борьба съ альвеолярнымъ эхинококкомъ будетъ значительно успѣшнѣе. Нужно какъ можно шире, даже при отдаленномъ сходствѣ, примѣнять реакцію Weinberg'a и какъ можно шире въ случаѣ подозрѣнія на альвеолярный эхинококкъ производить раннюю лапаротомию. Для Казанскихъ врачей, какъ показываетъ статистика, борьба съ альвеолярнымъ эхинококкомъ имѣетъ большое практическое значеніе.

### ЛИТЕРАТУРА.

- Альбрехтъ. Два случая многокамернаго эхинококка. Врачъ 1882 г. №№ 26 и 27.
- Бобровъ. Альвеолярный эхинококкъ печени. Хирургія 1897 г. т. 1.
- Боголюбовъ. Альвеолярный эхинококкъ печени. Казанскій Мед. Журналъ 1907 г. т. VII.
- Брандтъ. Къ патолого-анатомической казуистикѣ мультилокулярнаго эхинококка. Дневникъ Общества врачей при Каз. Университетѣ 1889, июнь-июль.
- Weinberg. Annales de l'Institut. Pasteur. 1909. XXV.
- Волынецъ. Къ леченію альвеолярнаго эхинококка. Хирургія 1900. т. 7.
- Вульфійусъ. Къ казуистикѣ мультилокулярнаго эхинококка. Каз. Мед. Ж. 1909. июль-августъ.
- Гиммель. Къ казуистикѣ мультилокулярнаго эхинококка печени. Казанскій Медицинскій Журналъ 1904 г. май-июнь.
- Добротинъ. Къ вопросу о распознаваніи многокамернаго эхинококка. Р. Врачъ 1910 № 28.
- Елеонскій. Семь случаевъ мультилокулярнаго эхинококка у людей. Хирургія. 1904. № 85.
- Ienskel. Beitrag zur Pathologie des Alveolarechinokokkus. 1907. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Po Zentralblatt für Chirurgie.
- Hibler. Wiener klinische Wochenschrift. 1910, № 8. Po Z. B. für Chirurgie.

- Крыловъ. Обь алвеолярномъ эхинококкѣ. Медицинское Обзорѣніе 1910. № 13.
- Лукинъ. Многокамерная пузырноглистная опухоль мозга и печени. Врачъ 1886 № 27.
- Мельниковъ-Разведенковъ. Изслѣдованіе алвеолярнаго эхинококка у человѣка и у животныхъ. 1902 г.
- Миролюбовъ. О развитіи алвеолярнаго эхинококка у человѣка. 1910.
- Posselt. Die Stellung des Alveolarechinokokkus. Münch. medic. Wochenschr. 1906. №№ 12 и 13.
- Теребенскій. Случай алвеолярнаго эхинококка подкожной клетчат-ки. Хирургія. 1907. № 137.
- Скачевскій. Докладъ о серодіагностикаѣ эхинококка. По отчету Хи-рург. Архива. 1911 № 2.

## По поводу свободной пересадки фасцій.\*)

Д-ръ В. Перимовъ.

Въ послѣдніе годы вопросъ о пересадкахъ тканей очень интересуетъ хирурговъ, и пластическая хирургія сдѣлала громадныя завоеванія. Въ этомъ побѣдоносномъ шествіи хирургія сравнительно скромное мѣсто занимаетъ вопросъ о свободной пластикѣ фасцій. Вопросъ этотъ появился на свѣтъ Божій въ связи съ болѣе серьезной задачей, которую стремились разрѣшить хирурги, именно — съ задачей свободной пластики сухожилій.

Громадное распространеніе травматизма, какъ въ сельскомъ хозяйствѣ, такъ и въ фабрично-заводской промышленности, особенно въ нашемъ отечествѣ, гдѣ охрана труда находится еще въ зачаточномъ состояніи, объясняетъ важность задачи восстановления разрушенныхъ сухожилій. Но при опытной разработкѣ вопроса о свободной пластикѣ сухожилій выяснилось, что, во-первыхъ, количество сухожилій, которыми возможно воспользоваться для пластики, очень ограничено; во-вторыхъ, что пересаженное сухожиліе часто омертвѣваетъ или срастается съ окружающей клетчаткой и, въ-третьихъ, что оно значительно растягивается на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ наложены швы. Всѣ эти недостатки заставили хирурговъ искать матеріала, способнаго замѣнить сухожиліе. Самымъ выгоднымъ въ этомъ отношеніи матеріаломъ оказались апоневрозы. Уже аргюги были ясны слѣдующія достоинства ихъ: во 1-хъ, неограниченное количество матеріала, во 2-хъ, прочность его и въ 3-хъ, отсутствіе какого-либо расстройства въ той области, откуда онъ вѣтъ.

Экспериментальной разработкой этого вопроса занялся ассистентъ проф. Рауга — д-ръ Kirschner. Его опыты выяснили и другія, чрезвычайныя въ смыслѣ пластики, достоинства фасцій, именно: ихъ нетребовательность, способность легко прививаться на новомъ мѣстѣ и не измѣняться въ своей структурѣ. Онъ произвелъ слѣдующій рядъ опытовъ: на 14-ти животныхъ пересаживалъ зна-

\*) Сообщено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 12 Апрѣля 1912 г.

чительные куски *f. latae* под кожу; во всех случаях—гладкое заживление; под микроскопомъ, черезъ различные сроки, нельзя увидѣть никакого различія между пересаженной и нормальной тканями, лишь небольшое скопление лейкоцитовъ въ мѣстахъ уколовъ швовъ. Далѣе, въ 1-мъ случаѣ Kirschner сдѣлалъ дефектъ въ твердой мозговой оболочкѣ и закрылъ отверстие заплатой изъ *f. latae*. Вскрытіе на 45-й день; мозгъ не пролабируется и не сращенъ съ пересаженной фасціей, которая макроскопически отличается отъ *durae matris* только отсутствіемъ блеска и толщиной; подъ микроскопомъ нормальное строеніе фасціи сохранено. На двухъ собакахъ Kirschner произвелъ замѣненіе вырѣзаннаго куска (2,5) сухожилія—фасціей. На 16-й день было произведено вскрытіе, причемъ оказалось, что кусокъ *fasciae latae*, вросъ на мѣстѣ дефекта и представляетъ изъ себя „*dicken, spulrunden, harten Strang*“; своимъ вѣншимъ видомъ и консистенціей вполне похожъ на сухожиліе, спаявъ съ окружающей влѣтчаткой, но рѣзко ограниченъ и легко вылуцается. При сильномъ растяженіи въ продольномъ направленіи никакого нарушенія цѣлости не наблюдается. Kirschner совѣтуетъ сшивать фасцію съ сухожиліемъ такимъ образомъ, чтобы она образовывала муфту, длиною въ нѣсколько сантиметровъ, около обоихъ концовъ сухожилія.

Благодаря прочности фасцій не только въ продольномъ направленіи, но и въ поперечномъ, онѣ очень удобны для закрытія большихъ дефектовъ въ стѣнкѣ живота, гдѣ давленіе растягиваетъ стѣнку во всехъ направленіяхъ. Съ этой цѣлью произведены три опыта; въ 1-мъ былъ вырѣзанъ кусокъ въ  $\frac{4.0}{\text{см}}$  савт. изъ т. гесті и замѣненъ *f. latae*, во 2-мъ и 3-мъ—сдѣланъ дефектъ не только въ мышечно-апоневропластахъ живота  $\frac{5.0}{\text{см}}$ , но и въ брюшинѣ; полученный дефектъ зашитъ двумя кусками фасціи: сначала вшита заплата въ брюшину, затѣмъ—въ мышцы. Результатъ во всехъ случаяхъ превосходный.

При ранахъ печени, въ виду того, что швы очень легко прорываються, остановка кровотока и соединеніе краевъ раны всегда являлось для хирурга задачей нелегкой. При помощи пересаженнаго куска фасціи эта задача упрощается: безъ всякаго труда, особымъ швомъ, кровотечение изъ печени прочно останавливается (2 опыта) и рана закрывается. Кромѣ опытовъ Kirschner'a опубликованы опыты двухъ американскихъ врачей: Lewis и Davis; мнѣ они извѣстны изъ *Zent. f. Ch.* Опыты эти, произведенные въ 1911 г., вполне подтверждаютъ выводы Kirschner'a. На основаніи этихъ опытовъ были сдѣланы слѣдующіе выводы: во 1-хъ, фасціи, въ ви-

ду своей незначительной толщины, очень хорошо приживаются и приспособляются къ новымъ механическимъ отношеніямъ; во 2-хъ онѣ исключительно прочны: тяжесть въ 1 сант. шириною, въ теченіи нѣсколькихъ часовъ выдерживалъ, не растягиваясь, тяжесть въ 50 ф., и такъ плотны, что тончайшая нить не прорѣзывается при паденіи швовъ; въ 3-хъ, количество матеріала практически почти неограничено: можно пресаживать куски, величиною отъ  $\frac{1 \text{ см.}}{2}$ ; самые прочные куски фасціи вмѣются на 2 сант. ниже и внаружи отъ вершины trochantr'a и вплоть до колѣна; въ 4-хъ, функциональные поврежденія на томъ мѣстѣ, гдѣ вязать лоскутъ, не наблюдаются.

Теоретически Kirschner указалъ, что свободная пластика апоневрозомъ можетъ быть примѣнена: а) при пластикѣ сухожилій; в) суставныхъ связокъ; с) при пластикѣ стѣнокъ полостей тѣла (покрыты живота, перитонеумъ, перикардіумъ, диафрагма, дура, сустав. сумки); д) при швѣ на паренхиматозныхъ органахъ (печень и селезенка) и, наконецъ, е) для прикрытія резецированныхъ суставныхъ концовъ костей.

Свободная пластика фасцій, повидному, очень заинтересовала хирурговъ, такъ какъ въ нынѣшнемъ году была опубликована еще одна очень интересная работа по этому вопросу. Приватъ-доцентъ Hofmeier въ Гренсвальдской клиникѣ проф. Кенига провѣлъ рядъ опытовъ на собакахъ, причемъ онъ употреблялъ фасціи для прикрытія и укрѣпленія швовъ на пищеводѣ и мочевомъ пузырьѣ.

При операціяхъ на пищеводѣ хирурги рѣдко рассчитываютъ на prima intentio. Reichel, Bergmann, Kocher, König прямо совѣтуютъ лѣчить такія раны широкой тампонадой вторично.

Hofmeier продѣлалъ нѣсколько экспериментовъ, въ которыхъ шовъ, послѣ резекціи пищевода, приврывался кускомъ фасціи; во всѣхъ случаяхъ получилась prima, несмотря на то, что собаки съ перваго же дня ѣли твердую пищу. Всѣ контрольныя животныя погибли отъ сепсиса.

Шовъ мочевого пузыря также не всегда заживаетъ гладко. Albert, въ 1895 году, считалъ prima intentio послѣ шва пузыря — утопией; Reichel, Caspar, Bortionelli, Balunescu говорятъ о томъ же Cystopexia проф. Разумовскаго вызвана желаніемъ обойти это неприятое осложненіе. Опыты Hofmeier'a, съ прикрытіемъ пузыря швомъ фасціей, дали прекрасные результаты; эти опыты доказали, что попаденіе мочи подъ пришитую фасцію не нарушаетъ процесса приживленія. Сомнительные выводы дали попытки замѣнить резецированную стѣнку пузыря — фасціей: были удачи и неудачи.



Наконецъ, Hofmeier применялъ свободную пластинку фасции для закрытiя дефектовъ *trache*'и. Извѣстно, что простой шовъ недостаточенъ для закрытiя этихъ дефектовъ. Дифенбахъ, Вельпо, Нелатовъ, Гютеръ предложили съ этой цѣлью различные методы пластики съ помощью кожаного лоскута. Schimmelbusch и Konig рекомендовали перистальтно-кожные лоскуты изъ грудной востки; Phothiadès, Sardo, Nowakowski — изъ влючицы. Konig, въ 1896 году, применилъ съ этой цѣлью кожно-перихондро-хрящевой лоскутъ изъ щитовиднаго хряща. Всѣ эти способы сравнительно сложны, что и побудило Hofmeier'a испытать пригодность фасции для закрытiя подобныхъ дефектовъ. Оказалось, что фасция представляетъ для этой цѣли очень пригодный материалъ. Н. дѣлалъ отверстие въ трахей, въ размѣрѣ до 2-хъ кв. сант., закрывалъ его кускомъ фасции и получалъ всегда заживленiе *per prima*.

На послѣднемъ съѣздѣ нѣмецкихъ хирурговъ Фрицъ Кенигъ сдѣлалъ сообщенiе о своихъ опытахъ на животныхъ. Передавать ихъ здѣсь я не стану, а перейду къ его выводамъ. Онъ считаетъ свободную пластинку фасции применимой на мочевомъ пузырьѣ, на пищеводѣ, на *pars pendula urethrae*, на прямой кишкѣ и не только для прикрытiя шва, но и для прямого закрытiя дефектовъ; онъ говоритъ: „Изъ моихъ опытовъ слѣдуетъ, что пересаженная фасция приживается, несмотря на то, что остаются открытыя мѣста въ слизистой, и несмотря на то, что слизистая пролабируется, причемъ конечно не можетъ быть сомнѣнiя, что бактерии имѣютъ свободный выходъ изъ пузыря, кишки, пищевода“. Въ послѣдующихъ своихъ опытахъ онъ оставлялъ дефекты величиною въ ноготь и, прикрывая ихъ фасцией, всегда получалъ *prima*.

Въ нашемъ отечествѣ опубликованы на послѣднемъ съѣздѣ хирурговъ двѣ работы: 1) Корнева, который произвелъ 47 опытовъ на животныхъ (въ 30 случаяхъ онъ вырѣзывалъ куски Ахиллова сухожилия и замѣщалъ ихъ *f. lata*; въ 5 случаяхъ закрывалъ фасцией большiе дефекты брюшной стѣнки и въ 12 сл.—дефекты грудной клѣтки); 2) работа Костенки и Рубашева, произведшихъ 2 ряда опытовъ (всего 60): укрѣпленiе фасциею швовъ, наложенныхъ на мочевомъ пузырьѣ, пищеводѣ и трахей—всегда получался весьма удовлетворительный результатъ: другой рядъ опытовъ касался закрытiя дефектовъ тѣхъ же органовъ, причемъ для пищевода получался результатъ всегда отрицательный, а на мочевомъ пузырьѣ и трахей удавалось прикрыть только небольшiе дефекты.

Переходя отъ опытовъ къ операцiямъ на людяхъ, мы должны прежде всего остановиться на сообщенiи того же Kirschner'a. На предпринятомъ съѣздѣ нѣмецкихъ хирурговъ онъ сообщилъ о 8 сл. свободной пластинки фасции. Боясь утомить слушателей, передаю

эти случаи вкратцѣ: 1) врожденный Ptosis, перекинуть мостъ изъ f. отъ m. frontalis до tarsus'a верхняго вѣка;

2) анкилозъ колѣннаго сустава, мобилизація его, фасція подшита подъ колѣнную кость;

3) epilepsia на почвѣ травмы черепа, сращеніе надкостницы съ d. m.; рубецъ вырѣзанъ, дефектъ въ d. величиною въ 1,5 замѣщенъ fascia lata, края фасціи введены между костью и надкостницей;

4) рецидивъ паховой грыжи;

5) пупочная грыжа (рецидивъ);

6) рецидивъ h. epigastricae, 2 куска фасціи.

7) закрытіе дефекта на передней стѣнкѣ живота послѣ операціи.

8) операція kriptorchism'a.

Во всѣхъ случаяхъ результаты операцій были въ высшей степени удовлетворительны.

Кромѣ этихъ 8 случаевъ, имѣется случай проф. Ritter'a, воспользовавшагося свободной пластикой фасціи для шва свѣжей раны печени.

На послѣднемъ съѣздѣ вѣм. хирурговъ Кенигъ сообщилъ о 3-хъ случаяхъ, въ которыхъ онъ употребилъ пластику фасціи: на мочевомъ пузырьѣ, на мочевомъ каналѣ и при резекціи recti. Въ 1909 году тотъ же Кенигъ примѣнилъ совершенно самостоятельно свободную пластику фасціи при 2-хъ камнешъченыхъ. Въ нынѣшнемъ году опубликованы 2 случая Davis et Zelis, касающіеся пластики сухожилій.

Въ Россіи Корневъ съ успѣхомъ примѣнилъ свободную пластику фасціи при радикальной операціи грыжи въ 9 случаяхъ, и въ одномъ случаѣ воспользовался фасціей для закрытія громаднаго дефекта грудной стѣнки—дефекта, пропускавшаго кулакъ, также съ успѣхомъ.

За нынѣшнюю зиму, въ Шамовской больницѣ въ Казани, свободная пластика фасціи была примѣнена 5 разъ. Первый случай. Крестьянинъ Саламихинъ, 48 лѣтъ; паховая лѣвосторонняя грыжа величиною съ голову взрослого человѣка; грыжевой мѣшокъ спускается въ мошонку до середины бедра, грыжевые ворота пропускаютъ 3 пальца; грыжа существуетъ уже 20 лѣтъ и никакимъ бандажемъ не удерживается. Операція подъ хлороформомъ, по способу Феррари-Праксина. Послѣ того какъ f. obliq. ext. была спита, изъ f. l. былъ выкраенъ лоскутъ, величиною приблизительно въ 9 сант. и шириною въ 5 с., наложенъ на область шва и здѣсь укрѣпленъ. Сверху спиты покровы. Гладкое заживленіе. При выпискѣ изъ больницы констатировано, что на мѣстѣ пересаженнаго лоскута опредѣляется плотная стѣнка живота, при кашлѣ нисколько не выступающая.

Второй случай. Ущемленная пупочная грыжа у крестьянки 68 лѣтъ; грыжа существуетъ 35 лѣтъ, представляетъ изъ себя опухоль, величиною съ дѣтскую голову. Операция подь хлороформомъ. Въ грыжевомъ мѣшкѣ лежали ободочная кишка, сальникъ и громадныя жировыя разращенія. Мѣшокъ удаленъ, грыжевое отверстие, очень широкое, зашито, область шва сверху прикрыта кускомъ *fasciae latae*. Больная выписана черезъ 2 недѣли. Я видѣлъ больную черезъ мѣсяць послѣ выписки; никакихъ признаковъ бывшей грыжи, опредѣляется прочная стѣнка живота, не пролабирующая при кашлѣ.

Третій случай. Грыжа, величиною въ кулакъ, въ правомъ *epigastrium'*ѣ, образовавшаяся послѣ раны живота; операция подь хлороформомъ. Послѣ удаленія мѣшка брюшина и мышцы спиты съ большимъ трудомъ; сверху область шва закрыта кускомъ *fasciae latae*. Гладкое заживленіе, больной выписанъ на 18-й день послѣ операціи; на мѣстѣ пересаженнаго куска фасціи при выпискѣ опредѣлялась плотная стѣнка. Но черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи на мѣстѣ пересаженной фасціи снова образовалось выпячиваніе. На этомъ случаѣ пришлось убѣдиться что, при широкихъ дефектахъ недостаточно закрытія отверстия однимъ слоемъ фасціи; въ подобномъ случаѣ необходимо пересаживать, какъ это и сдѣлалъ Киршнеръ, двойной слой фасціи.

Четвертый случай. Большая паховая грыжа у старика 60 лѣтъ. Операция по Феррари-Праксину. Область пахового канала покрыта кускомъ поверхностной фасціи бедра. Этотъ случай окончился неудачно: кусокъ не прижиль и впослѣдствіи былъ удаленъ, не вызвавъ, впрочемъ, особыхъ расстройствъ. Неудача въ этомъ случаѣ зависить однако не отъ недостатковъ способа, а отъ того, что оперированный—старикъ, страдавшій *dementia senilis*, на 2-й и 3-й день послѣ операціи велъ себя крайне безпокойно, ухитрялся не только ворочаться съ боку на бокъ, но и вставать. Вѣроятно, въ силу различныхъ движеній, тѣ спайки, которыя образовались между доскутомъ и окружающей вѣтчаткой, были нарушены, и доскутъ погибъ.

Пятый случай. Ожоги глаза сѣрвой кислотой, остатки глаза удалены; культи прочно спаялись рубцами съ верхнимъ и нижнимъ вѣками, въ результатъ чего нельзя было вставить искусственный глазъ. Рубецъ удалить, и на внутреннюю поверхность вѣка пересажены куски фасціи, которые и замѣнили конъюнктиву. Результаты получились вполне удовлетворительные.

Нашъ опытъ сравнительно малъ; въ общемъ мы присоединяемся къ тѣмъ выводамъ относительно свободной пластики фасціи, которые сдѣланы Kirschner'омъ, Kopig'омъ и Hofmeister'омъ. Выводы

эти слѣдующіе: благодаря своей незначительной толщинѣ, фасціи легко прививаются на новомъ мѣстѣ; ихъ значительная прочность препятствуетъ прорѣзыванію даже тонкаго шелка съ одной стороны, съ другой—гарантируетъ до нѣкоторой степени отъ растяженія даже подъ вліяніемъ значительнаго давленія; количество матеріала почти неограничено, и, наконецъ, на томъ мѣстѣ, откуда берется фасція, не остается никакихъ растройствъ.

---

## Случай аневризмы грудной артерї, вскрывшейся въ пищеводъ \*).

Помощника провектора А. И. Шибкова.

5-го Марта сего года въ часовнѣ при судебна-медицинскомъ кабинетѣ Казан. Университета было произведено вскрытіе трупа, скоропостижно умершаго Виленскаго мѣщанина Іосифа А. Н., причѣмъ оказалось:

### *А.) Наружный осмотръ.*

Трупъ мужчины 53 лѣтъ, роста 172 сант. Объемъ груди  $89\frac{1}{2}$  с., вѣсомъ 60,3 кіло. Тѣлосложение умѣренно-крѣпкое, питаніе слабое, мышцы не особенно объемисты; трупное окоченѣніе сильное, одинаково выражено повсемѣстно. Наружные покровы въ общемъ блѣдны съ желтоватымъ оттѣнкомъ. По задней поверхности туловища разлитая не обширная розовато-красная окраска, мѣстами съ яснымъ фіолетовымъ оттѣнкомъ.... Лицо блѣдно-смугловато, осунувшееся, глаза запали, слизистая ихъ бѣловато-желтовата. Зрачки сужены. Слуховые проходы свободны, чисты. Въ ноздряхъ и въ волосахъ усомъ и бороды значительное количество темно-красной, высохшей, легко крошащейся массы (засохшая кровь). Слизистая губъ бѣло-синевата. На языкѣ помѣщается довольно значительный кровавой сгустокъ, плотноватой уже консистенціи....

### *Б.) Внутренний осмотръ.*

Мягкіе покровы головы тонки, съ внутренней стороны блѣдны, сухи, малокровны. Дурное мѣстами желтоватой окраски. Твердая мозговая оболочка не приращена къ своду; въ ея продольной лазухѣ немного жидкой крови. Оболочка нѣсколько утолщена, сосуды ея слабо налиты. Мягкая оболочка прозрачна, блѣдна, мелкіе ея сосуды слабо выражены, немногочисленны.... Мозгъ блѣденъ; красныхъ точекъ незначительное количество.... Въ полости сердечной сорочки около 30 граммъ красновато-желтоватой жидкости. Сердце въ полурастянутомъ состояніи; обложено жиромъ; въ полостяхъ его немного жидкой крови.

\*.) Сообщено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 26 апрѣля 1912 г.

Сердечная мышца вяла, какъ бы выварена, буро-краснаго съ желтымъ оттънкомъ, цвѣта, мягка. На наружной оболочкѣ небольшія млечныя пятна. Клапаны двухстворки утолщены, грубы, бородавчаты по краямъ, клапаны аорты воду держатъ; аорта отъ мѣста выхода сильно увеличена въ калибрѣ; стѣнки ея утолщены; внутренняя оболочка также утолщена, неровно бугриста, мѣстами изъязвлена. Въ нисходящей части аорты, идѣ имѣла также измѣнена, какъ и выше сказано, помѣщается отверстие въ десяти-копѣечную серебрянную монету, неправильно круглой формы, съ зубчатыми въсколко краями. Отверстие это ведетъ въ аневризматическій мѣшокъ, помѣщающійся въ клѣтчаткѣ между аортой и пищеводомъ. Мѣшокъ наполненъ частью рыхлыми, частью же болѣе плотными кровяными сгустками и фибринозными свертками ввидѣ пластинокъ. Величина мѣшка нѣсколько превышаетъ большое куриное яйцо. Въ прилежащей къ мѣшку части пищевода на пространствѣ нѣсколко большемъ, чѣмъ большой бобъ, такой же, какъ послѣдній, формы, ткань истончена, темно-грязно-красноватаго цвѣта, съ мелкими темно-красными пятнами подъ слизистой оболочкой. Въ описанномъ мѣстѣ помѣщается отверстие въ серебряный пятакъ, ведущее въ аневризматическій мѣшокъ. Границы истонченнаго мѣста пищевода довольно рѣзки; такое измѣненіе отмѣчается на протяженіи около 4 см. сверху внизъ... Легкія суховаты... Въ верхушкѣ праваго легкаго небольшіе узлы, состоящіе изъ собранія мелкихъ сыровидныхъ узелковъ. Полости гортани и дыхательнаго горла свободны; слизистая въ нихъ блѣдно желтовата, мѣстами покрыта маленькими кусочками кровяныхъ сгустковъ... Всѣ внутренніе органы крайне малокровны. Желудокъ сильно растянутъ, вмѣстѣ съ содержимымъ вѣситъ 2540 граммъ, при чемъ самъ желудокъ вѣсомъ 230 граммъ. Въ полости желудка помѣщается сплошной темно-красный кровяной сгустокъ, представляющій точный слѣпокъ фигуры желудка, начиная отъ входа и кончая выходомъ. Длина слѣпка 34 с., ширина въ наиболѣе расширенной части (около два) 15 сант. и толщина 5 с. Слизистая желудка туплю измѣнена, окрашена въ грязно-лиловый цвѣтъ, безъ особыхъ другихъ измѣненій. Слизистая двѣнадцатиперстной и прилегающей тонкой кишки на протяженіи около двухъ аршинъ также грязно-лиловой окраски съ незначительнымъ содержимымъ такого же цвѣта, жидкой консистенціи... Стѣнки желудка и кишки почти безкровны.

Такимъ образомъ въ нашемъ случаѣ оказалась аневризма грудной аорты, вскрывшаяся въ пищеводъ, при чемъ черезъ послѣдній въ желудокъ крови налилось около 6 фунтовъ, т. е. немного менѣе половины всей крови взрослога чедовѣка. Въ этомъ, очевидно, причина малокровія всѣхъ органовъ, найденнаго при вскрытіи, и отъ этого произошла самая смерть. Аневризма эта, какъ представляющая карманообразное, ограниченное выпячиваніе оболочекъ нисходящей аорты въ обружающее ее заднее средостѣніе, должна быть отнесена къ категоріи мѣшетчатыхъ аневризмъ (*aneurysma vesicae sacciforme*). Она развилась на типичномъ для нисходящей

части грудной аорты мѣстѣ—задней стѣнкѣ, гдѣ по Rindfleisch'у <sup>1)</sup> падорѣ кровяного тока сильнѣе всего.

Интересъ данного случая заключается 1) въ локализациі аневризмы и 2) въ относительной рѣдкости такого исхода, какъ вскрытіе въ пищеводѣ.

Какъ извѣстно изъ паталогической анатоміи, внутреннія аневризмы, въ какомъ относителіи аневризма и въ нашемъ случаѣ, встрѣчаются чаще наружныхъ. По даннымъ Crisp'a <sup>2)</sup>, обнимающимъ 591 случай, на одну грудную аорту приходится 175 (около 30%) аневризмъ. Однако большинство аневризмъ грудной аорты приходится на восходящую аорту (по даннымъ Crisp'a изъ 167 <sup>2)</sup>—98 или 58,8%), рѣже на дугу аорты (48 или 28,7%) и еще рѣже на нисходящую аорту (21 или 12, 5%). Въ нашемъ случаѣ, какъ видно изъ протокола вскрытія, и была аневризма послѣдней категоріи въ нисходящей части грудной аорты.

Въ часовѣ при судебн.-мед. каб. Казанск. Университета на 1820 вскрытій разрывовъ восходящей аорты было 5, при чемъ въ 4 случаяхъ разрывалась аневризма аорты. Разрывъ же аневризмы нисходящей части грудной аорты на все указанное количество вскрытій въ настоящемъ случаѣ наблюдается впервые.

Извѣстно, что аневризмы могутъ вскрываться въ самыя различныя полости: околосердечную сумку, плевру, правое сердце, бронхи, пищеводъ, верхнюю и нижнюю полая вены, безымянныя вены, легочныя артеріи, брюшную полость, забрюшинную клетчатку, двѣнадцати-перстную кишку, подкожную клетчатку.

На 118 аневризмъ аорты Charcot <sup>3)</sup> нашелъ 64 раза (54,12%) смерть отъ разрыва, изъ нихъ въ пищеводѣ вскрытій было 3 раза (4,7%). Дроздовскій <sup>4)</sup>, сообщившій о 10 случаяхъ аневризмъ аорты, подъ вѣржденнымъ вскрытіемъ, въ одномъ случаѣ нашелъ вскрытіе ея въ пищеводѣ. Аневризма располагалась въ задней стѣнкѣ дуги аорты. И въ случаѣ Дроздовскаго въ желудкѣ крови оказалось большое количество (около 3—4 ф.), которая находилась и въ кишечникѣ.

Аневризма аорты, расположенная по сосѣдству съ пищеводомъ, представляетъ особый интересъ для клиницистовъ (терапевтовъ и хирурговъ) при рѣшеніи вопроса, можно ли зондировать пищеводъ въ случаяхъ жалобъ пациентовъ на пониженную проходимость пищевода, такъ какъ извѣстно, что зондированіе въ случаяхъ су-

<sup>1)</sup> Цит. по Orth'у. Паталого-анатомическая діагностика и руководство къ вскрытію труповъ. Петерб. 1896 г.

<sup>2)</sup> Эйхорстъ. Рукон. къ част. паталогіи и тераціи Томъ I. 1897 г.

<sup>3)</sup> Charcot. Цит. по Dieulafoy Рукон. къ внутр. паталогіи т. I. 1899 г.

<sup>4)</sup> Дроздовскій.—Распознавательное значеніе признака Oliver'a при аневризмахъ грудной части аорты. Рус. Врачъ. 1903. № 8 и 9.

женія пищевода отъ прилегающей аневризмы можетъ быть роковымъ для пациента.

Къ сожалѣнiю, диагностика внутреннихъ аневризмъ иногда бываетъ настолько затруднительна, что ихъ не предоставляется возможнымъ диагностировать. С. v. Noorden <sup>1)</sup> сообщаетъ случай, пережитый имъ самимъ, „гдѣ весьма тщательное исследование не позволило отказаться отъ всякаго подозрѣнiя объ аневризмѣ, а между тѣмъ, когда былъ введенъ зондъ, хлынула сильной струей кровь, а спустя нѣсколько минутъ больной умеръ. Вскрытiе обнаружало маленькую аневризму нисходящей аорты, сдавившую пищеводъ и вызвавшую на большемъ пространствѣ язвизвленiе. Стѣнка между просвѣтомъ пищевода и аорты была толка, какъ бумага“.

Представляла ли аневризма г-на Н. диагностическiя трудности, мы не знаемъ; судя по тому, что она находилась въ нисходящей части грудной аорты, т. е. лежала въ заднемъ средостѣнiи, не имѣла прочной связи съ лѣвымъ бронхомъ и не узурпировала позвонковъ, какъ это нередко бываетъ, можно думать, что диагнозъ ея былъ не изъ легкихъ. Съ тѣмъ большимъ удовольствiемъ мы можемъ сообщить, что по собраннмъ нами свѣдѣнiямъ, покойный не задолго до смерти въ теченiи недѣль 2-хъ лежалъ въ одной изъ мѣстныхъ общ. больницъ <sup>\*)</sup> подъ диагнозомъ: *angina pectoris, arteriosclerosis, dilatatio arcus aortae, aneurysma aortae partis descendens (?), myocarditis, hyperaemia hepatis passiva*.

Съ точки зрѣнiя судебной медицины случай, рассматриваемый нами теперь, долженъ быть отнесенъ къ категории скоростижной смерти вслѣдствiе болѣзни <sup>2)</sup> (смерть патологическая). Строго говоря, въ этомъ отношенiи онъ не совсѣмъ чистый. „Подъ скоростижной смертью въ судебной медицинѣ принято называть такую, которая является быстро, почти мгновенно, безъ предшествующихъ вакихъ либо явнѣнiй въ организмѣ, замѣтныхъ окружающимъ или о которыхъ говорилъ самъ умершiй. Скоростижная смерть несомнѣнно обуславливается патологическими причинами, которыя протекали медленно и скрытно, такъ что не были замѣтны для больного и окружающихъ“.

Въ нашемъ же случаѣ о болѣзни было извѣстно до смерти, диагностика была поставлена точная, картина смерти безъ вскрытiя подтверждала диагнозъ (кровотеченiе изъ полости рта). Вскрытiе только точнѣе установило локализацию процесса и констатировало фактъ вскрытiя аневризмы въ пищеводѣ.

<sup>1)</sup> Реаль. Энциклопедiя прак. м. Т. I стр. 600. 1909 г.

<sup>\*)</sup> Прим. къ свѣд. кн. 33.—Привосимъ глубокую благодарность А. Г. Побѣдимскому за любезное сообщенiе диагноза, поставленнаго имъ Г-ну Н.

<sup>2)</sup> Игнатювскiй.—Судебн. Мед. I т. 1910 г.



ПРИЛОЖЕНИЕ КЪ «КАЗАНСКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ЖУРНАЛУ» ЗА 1912 ГОДЪ

ДНЕВНИКЪ  
**ОБЩЕСТВА ВРАЧЕЙ**

ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ

КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТЪ.



КАЗАНЬ.

Типо-литографія Императорскаго Университета.

1912.

Печатано по опредѣленію Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Предсѣдатель Ф. Я. Чистовичъ.

# ПРОТОКОЛЬ

## засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

15 декабря 1911 года.

Предсѣдательствовали проф. Ф. Я. Чистовичъ при секретарѣ д-рѣ А. В. Фаворскомъ.

Присутствовали: Первушинъ, Цыпкинъ, Чирковский, Десятовъ, Казанскій, Зайцевъ, Осиповъ, Чалусовъ, Лепскій, Надель-Пружанская, А. Миславскій, Адамюкъ, Чарушинъ, Идельсовъ, Никольская, Зарницынъ, Владимировъ, Панъ, Балбергъ, Чебоксаровъ, Вечтомовъ, Шоломовичъ и много посѣтителей.

1. К. Г. Трубина. *«Пересадка щитовидной железы въ разные органы»*. Экспериментальное изслѣдованіе.

### П Р Е Н І Я.

Д-ръ Паринъ. Ваша работа произведена на материалѣ не меньшемъ, чѣмъ у Enderlen'a. Не смотря на то, что обстоятельства были неблагоприятны для операций, но несомнѣнно результаты положительные. Ваши кусочки были больше или меньше, чѣмъ у Enderlen? Каково Ваше мнѣніе относительно способа пересадки Enderlen'a? Исчезаетъ-ли соединительная ткань вслѣдствіе регенерации эпителиальной ткани?

Докладчица. Что касается величины переносимыхъ кусочковъ щитовидной железы, то въ этомъ отношеніи у различныхъ авторовъ мы встрѣчаемъ большое разнообразіе; такъ, Enderlen, подобно V. Eiselberg у, переносилъ всю долю щитовидной железы пѣликомъ, иногда

прибѣгая только къ нарѣзкамъ, проникающимъ глубоко въ паренхиму органа. Рауг переноситъ щитовидную железу также цѣликомъ, но совѣтуетъ разрѣзать органъ пополамъ и выворачивать паренхиматозными сторонами наружу, чтобы избѣжать соприкосновенія капсулы съ тканью воспринимающаго органа, такъ какъ, по его мнѣнiю, соединительно-тканная капсула мѣшаетъ, какъ обмѣну лимфы и соковъ, съ помощью которыхъ первое время питается пересаженный кусокъ щитовидной железы, такъ и вростанiю кровеносныхъ сосудовъ и капилляровъ внутрь пересаженного куска. Этотъ вопросъ о значенiи при пересадкѣ щитовидной железы ея капсулы является, вообще, спорнымъ. Ribbert, основываясь на работѣ Сагаго, а отчасти и своихъ собственныхъ наблюденiяхъ, придаетъ капсулѣ въ дѣлѣ приживленiя куска и дальнѣйшей его регенерации большое значенiе. Но этотъ взглядъ Ribbert'a не вполне подтверждается другими авторами. Christiani, какъ я упоминала, совѣтуетъ пересаживать очень небольшie куски, чтобы избѣжать омертвѣнiя центральной части куска, которая, замѣняясь впоследствии соединительной тканью, сморщивается, по его мнѣнiю, кусокъ прижившей щитовидной железы и мѣшаетъ дальнѣйшей его регенерации. Некротическiй центръ, дѣйствительно при пересадкѣ большихъ кусковъ бываеъ очень значительнымъ. Въ нашихъ опытаxъ, гдѣ пересаживались небольшie плоскie куски, некротическiй центръ былъ не очень великъ и по мѣрѣ регенерации куска уменьшался, а черезъ  $\frac{1}{2}$  года и больше его часто совершенно невозможно было обнаружить на серiяхъ срѣзовъ, не только макроскопически.

Д-ръ Чалусовъ. Нельзя то, что получается на животныхъ съ легкимъ сердцемъ переносить на человѣка. Не извѣстно еще какъ дѣйствуетъ нервная система на щитовидную железу. Въ прошломъ году появилась работа по вопросу о пересадкѣ щитовидной железы на человѣкѣ. Сначала эффектъ былъ полный, а спустя 3—4 года появляется cachexia strumipriva. Особенно это демонстрировано видно въ случаѣ Раугера. Повидимому, необходимо дѣлать пересадки постоянно. Salzer наблюдалъ у кроликовъ, что если пересадить  $\frac{1}{2}$  железы, то она приживаеъ плохо, а если пересадить всю, то приживанiе идетъ хорошо. Не дѣлали-ли Вы наблюденiй въ направленiи Salzer'a?

Докладчица. Совершенно вѣрно, Salzer говоритъ, что въ его опытаxъ у тириндэктомированныхъ животныхъ приживленiе щитовидной и дальнѣйшая регенерация ея совершалась бы—скорѣе, чѣмъ у тѣхъ у которыхъ щитовидная оставалась на шеѣ. Подобныхъ ему опытовъ я не ставила. Но я не могу согласиться съ ними, относительно вопроса о васкуляризации куска. Въ нашихъ опытаxъ удаленiе съ шеи второй

доли щитовидной железы производилось всегда через 3—5 недѣль послѣ пересадки. Тѣмъ не менѣе, внѣдрѣніе капилляровъ въ периферическую зону всегда наблюдалось съ 3-го дня, на 5-ый день ихъ уже можно было наполнить синей клеевой массой; съ 7-го—10-го дня уже весь кусокъ пересаженной щитовидной железы виѣстѣ съ некротическимъ центромъ представлялся васкуляризованнымъ, фолликулы оплетеными капиллярами, а къ 3-мъ 4-мъ недѣлямъ васкуляризація достигала maximum'a, на которомъ держалась все дальнѣйшее время наблюденія. Salzer же указываетъ, что въ тѣхъ случаяхъ, когда одна доля щитовидной железы оставалась на шеѣ, новообразованные капилляры въ краевой зонѣ появлялись на 8-ой день; черезъ 20 дней онъ находить только немногіе фолликулы обвитыи капиллярами, и даже черезъ 50 дней онъ не можетъ васкуляризацію куска назвать хорошей. Возможно, что различіе отчасти объясняется тѣмъ, что Salzer пересаживалъ всю долю щитовидной цѣликомъ, въ моихъ же опытахъ пересаживались небольшіе куски. Кромѣ того Salzer не дѣлалъ инъекцій сосудовъ клеевой массой, которая очень демонстративно наполняетъ и капилляры, что дѣлалось въ моихъ опытахъ.

Д-ръ Чалусовъ. Опыты съ пересадкой щитовидн. железы и эпителиальныхъ тѣлецъ во всѣхъ органахъ дали положительный результатъ, аргіогі надо думать, что они должны были увѣнчаться успѣхомъ и пересадки въ печень; но эти пересадки въ такой важный органъ, какъ печень, для насъ хирурговъ не могутъ имѣть практическаго значенія. Болѣе важная сторона при постановкѣ этихъ опытовъ заключается въ томъ вопросѣ, что дѣлается съ пересаженной тканью, лицевной подходящихъ нервовъ, по простетивіи многихъ лѣтъ. Дѣло въ томъ, что вопросъ объ иннервации этой железы въ смыслѣ вліянія на операцию совершенно не выясненъ, во вторыхъ время, какое можетъ эта ткань функционировать въ новомъ организмѣ, пополняя вполнѣ функциональный недостатокъ и болѣзненные явленія, тоже не выяснено. Между тѣмъ у людей, пересаженная железа, устраняя на первое время болѣзненные явленія съ теченіемъ времени, повидимому утрачиваетъ свою силу и болѣзненные явленія съ полной силой проявляются снова. Таковы наблюденія Paug'a, таковы наблюденія въ клиникѣ Eiselsberg'a. По этому я жалѣю, что докладчикъ не оставилъ животныхъ съ пересаженной железой на болѣе продолжительный срокъ до 2—5 лѣтъ.

Докладчикъ. Что касается скептицизма Leischner'a и Köhler'a то эти авторы относятся отрицательно только къ гемопластическимъ пересадкамъ; аутопластическія же пересадки они признаютъ: мной дѣлались только аутопластическія пересадки. Съ этимъ скептическимъ отноше-

ншемъ къ гемопластикѣ пока совсѣмъ согласиться нельзя: извѣстны въ литературѣ очень много удачныхъ случаевъ гемопластическихъ пересадокъ щитовидной и парашитовидной железы на людяхъ. Особенно блестящій случай наблюдался в. Eiselsberg'омъ, пересадившимъ эпителиальные тѣльца отъ другого индивидуума больному, 25 лѣтъ страдавшему тетаніей (ему была удалена струма Billroth'омъ въ 1882 г.). Тетанія совершенно исчезла и больной совсѣмъ поправился. Кромѣ Eiselsberg'a благоприятные случаи пересадокъ эпит. железу наблюдались Роо-р'емъ, Gatte, Darglielsen'омъ и другими авторами. Кромѣ Raug'a и др. авторовъ, можно указать какъ на особенно удачный случай пересадки щитовидной железы Mullera, получившаго очень рѣзкое улучшение у кретина; это прогрессирующее улучшение въ состояніи больного наблюдается уже въ теченіе 2-хъ лѣтъ. Также стойкое улучшение съ помощью пересадки человеческого эпителиального тѣльца съ щитовидной железой получилъ въ случаѣ послѣоперативной тетаніи Brown. Такимъ образомъ пока хирургія имѣетъ только одно радикальное средство для борьбы съ недостаточностью или полнымъ выпаденіемъ функции щитовидной и парашитовидной железы, имѣнно пересадку этихъ органовъ.

Предсѣдатель. Докладчикомъ задѣтъ модный вопросъ; на него возлагалось много надежды, но оправдаются-ли эти надежды? Добытыя Вами данныя указываютъ на то, куда надо дѣлать пересадку, а именно лучше въ подкожную клетчатку и сальникъ. Въ заключение предсѣдатель благодарить докладчика.

2. П. И. Зарницынъ. *«Значеніе антитриптической пробы кровяной сыворотки для распознаванія злокачественныхъ поражений пищеварительнаго тракта».*

## П Р Е Н І Я.

Проф. Чистовичъ. Это касается только рака желудка или всего пищеварительнаго тракта? Не имѣется-ли въ литературѣ указаній, какое значеніе имѣетъ эта проба при ракѣ другихъ органовъ?

Докладчикъ. По статистикѣ Citron'a имѣется въ 94% повышение антитрипсина при ракѣ другихъ органовъ.

Д-ръ Десятовъ. Не имѣется-ли указаній въ литературѣ, является-ли антитрипсинъ въ разные періоды рака?

Докладчикъ. Нѣкоторые авторы говорятъ, что есть соотвѣстствіе между количествомъ антитрипсина и степенью пораженія ракомъ организма.

Д-ръ Паринъ. Бываетъ-ли она при другихъ злокачественныхъ опухоляхъ?

Докладчикъ. Бываетъ и при другихъ, напр. при саркомѣ и даже при острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, напр., при тифѣ и пневмонии.

Предсѣдатель благодарить докладчика.

## II. Административная часть.

1. Прочитаны и утверждены протоколы засѣданій отъ 12/хп 1911 г. и отъ 8/хп 1911 г.

2. Выбраны въ дѣйствит. члены Общества врачей: Алексѣй Ивановичъ Казанли, Владиміръ Андреевичъ Донсковъ, Василій Николаевичъ Паринъ, Кладія Григорьевна Трубина.

3. Предложены въ члены Об-ва врачей Мих. Кирилов. Чернцовъ и А. Ф. Агафоновъ.

Предсѣдатель Ф. Чистовичъ.

Секретарь А. Баворскій.

---

# ПРОТОКОЛЬ

годушнаго засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

19 января 1912 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Ф. Я. Чистовичъ при секретарѣ д-рѣ В. В. Чирковскомъ.

Присутствовали: Первушинъ, Казанскій, Чалусовъ, Шышкинъ, Бушмакинъ, Казанли, Долговъ, Перфильевъ, Донсковъ, Адамюкъ, Климовичъ, Лепскій, Веселитскій, Сухаревъ, Блиштейнъ, Ворошиловъ, Соловьевъ, Кечкинъ, Панъ, Миславскій, Николаевъ, Барыкинъ, Бровниковъ, Воскресенскій.

Заслушана *речь* почетнаго члена Об-ва д-ра Е. М. Идельсона «*Военно-врачебное дѣло въ эпоху 1812 года*».

Административное засѣданіе: 1) отчетъ секретаря за 1911 годъ, 2) отчетъ казначея, 3) отчетъ бібліотекаря.

Выборы должностныхъ лицъ о-ва на 1912 годъ.

Избраны единогласно:

Предсѣдателемъ О-ва проф. Ф. Я. Чистовичъ.  
Въ товарищи предсѣдателя д-ръ В. П. Первушинъ.  
Секретари 1) д-ръ В. А. Барякинъ, 2) д-ръ В. Н. Паринъ.  
Секретаремъ редакціи избранъ д-ръ А. А. Десятовъ.  
Библиотекаремъ д-ръ М. В. Казанскій.  
Помощ. библиотекаря д-ръ Яхонтовъ.  
Казначеемъ д-ръ Н. Д. Бушмакинъ.

Членами ревизионной комиссіи:

1) А. Н. Каземъ-Бекъ, 2) Н. А. Геркенъ, 3) Е. М. Идельсонъ.

Предсѣдатель Ф. Чистовичъ.

Секретарь Чирковскій.

## Отчетъ Секретаря О-ва врачей за 1911 годъ.

Въ отчетномъ 1911 году О-во врачей при Императорскомъ Казанскомъ У-тѣ вступило въ 42 годъ своего существованія. За этотъ годъ О-во состояло изъ 157 членовъ, изъ которыхъ 151 было дѣйствительныхъ и 6 почетныхъ.

Общество въ истекшемъ году понесло тяжелыя утраты въ лицѣ почившихъ членовъ О-ва: д-ровъ К. В. Соколова, И. И. Троицкаго, проф. П. М. Аргутинскаго-Долгорукова и д-ра Д. А. Кушника.

Дѣятельность О-ва за прошедшій годъ выразилась въ устройствѣ 11 научныхъ засѣданій, на которыхъ были сдѣланы доклады слѣд. содержанія:

- 1) Д-ръ Чебоксаровъ. Къ вопросу о вліяніи дифтерійнаго токсина на выдѣленіе надпочечниками адреналина.
- 2) Прив.-доц. Заболотновъ. Современное состояніе ученія о чумѣ.
- 3) Д-ръ Зарницинъ. Опредѣленіе суженія пищеварительнаго тракта при помощи формальдегидовой желатины.
- 4) Д-ръ Перекроповъ. Демонстрація 2-хъ больныхъ съ актиномикозомъ.



5) Пр.-доц. Вишневскій. Случай смерти отъ позднихъ послѣдствій рванія сердца (къ патогенезу псевдоциррозозъ Rick'a).

6) Д-ръ Рогозинскій. Случай чрезвычайной простатектомии.

7) Д-ръ Горяевъ. Два случая пернициозной анемии.

8) Д-ръ Чалусовъ. Объ инородныхъ тѣлахъ въ носу.

9) Д-ръ Бѣлицкій. Удаление полового члена и мошонки при рикъ ихъ съ трансплантаціей яичекъ подъ кожу бедра.

10) Д-ръ Зороастровъ. Демонстрація больного, оперированнаго въ четвертый разъ по поводу энтеростеноза, симулировавшаго желчныя колики.

11) Пр.-доц. Завадскій. Нѣсколько словъ о методѣ восковой реконструкци.

12) Д-ръ Перекроповъ. Демонстрація больныхъ актиномикозомъ.

13) Д-ръ Пичугинъ. О лепитиновомъ перерожденіи.

14) Д-ръ Чалусовъ. Ушибъ живота, сопровождавшійся ушибомъ толстой кишки и поврежденіемъ почки, кишечной непроходимостью и гидронефрозомъ.

15) Д-ръ Лурія. Идиопатическое расширеніе S—образной кишки, сопровождавшееся 4-хъ мѣсячнымъ запоромъ.

16) Д-ръ Паринъ. Къ вопросу объ атиническихъ разрастаніяхъ эпителия, вызываемыхъ выпрыскиваніемъ Scharlach-Roth и другихъ веществъ, и терапевтическомъ примѣненіи S-R. при закрытіи дефектовъ кожи у человѣка.

17) Д-ръ Чалусовъ. Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ въ легкихъ.

18) Студ. Ромодановскій. Артерии покрововъ головы.

19) Д-ръ Трубина. Пересадка щитовидной железы въ разные органы.

20) Д-ръ Зарницынъ. Значеніе антириптической пробы кровяной сыворотки для распознаванія злокачественныхъ пораженій пищеварительнаго тракта.

Печатнымъ органомъ О-ва по прежнему былъ «Казанскій медицинскій журналъ», на который О-во и въ отчетномъ году получило пособие въ 300 руб. отъ Министерства Народнаго Просвѣщенія.

Въ жизни О-ва за прошедшій годъ слѣдуетъ отмѣтить участіе О-ва въ чествованіи почетнаго члена нашего О-ва проф. В. И. Разумовскаго, ректора Николле夫скаго У-та, по поводу исполненія 30-и лѣтія его научной дѣятельности; затѣмъ отъ лица О-ва были принесены поздравленія проф. Н. А. Засѣцкому съ исполненіемъ 30-илѣтней его науч-

ной педагогической дѣятельности. Наконецъ, въ декабрѣ 1911 года О-во привосило привѣтствіе—по поводу 40 лѣтія врачебной дѣятельности—члену О-ва д-ру Евг. М. Идельсону. По этому поводу О-во избрало его почетнымъ членомъ.

Секретарь *Чирковский*.

## ОТЧЕТЪ

по библиотекѣ Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ за 1911-ый годъ.

(Читана въ годовичномъ засѣданіи Общества 19 января 1912 г.).

Въ теченіе отчетнаго—1911-го года въ библиотеку Общества поступило периодическихъ изданій 114 названій, на 30 больше, чѣмъ въ предшествовавшемъ году; журналовъ и газетъ, почти все-медицинскихъ, получено было 44 названія (изъ нихъ—7 на иностранныхъ языкахъ), на 5 больше, чѣмъ въ 1910 г.,—«Извѣстій», «Протоколовъ и Трудовъ» разныхъ ученыхъ Обществъ и учреждений—45 названій (на 14 больше) и изданій городскихъ и земскихъ учреждений по врачебно-санитарной части—25 названій (на 11 больше, чѣмъ въ 1910 г.).

Отдѣльныхъ сочиненій поступило въ отчетномъ году 650.

Какъ и въ предшествовавшіе годы, всѣ периодическія изданія, за исключеніемъ 6 русскихъ и одного—иностраниаго, пріобрѣтавшихся на средства Общества, получены были, также какъ и почти всѣ отдѣльныя сочиненія, въ обмѣнъ на издаваемый Обществомъ «Казанскій Медицинскій Журналь» или въ даръ отъ разныхъ лицъ и учреждений.

Всего въ библиотекѣ Общества къ 1912-му году имѣется по документальному каталогу 10.004 названія различныхъ сочиненій, заключающихъ въ себѣ около 12.000 томовъ.

Пользованіе библиотекой въ отчетномъ 1911-мъ году выражалось слѣдующими цифрами: брали на домъ книги 37 членовъ Общества (тоже, что и въ 1910 г.) и имъ сдѣлано было въ теченіе года до 210 выдачъ различныхъ сочиненій, отъ одной до 30 выдачъ одному,—на 10 выдачъ меньше, чѣмъ въ 1910 г.; при этомъ на долю медицинскихъ газетъ и журналовъ подаетъ 108 выдачъ или 51%,—диссертаций—31%, изданій обществъ и учреждений—10.5% и—отдѣльныхъ сочиненій—7%.

Въ читальнѣ библиотеки пользованіе журналами и книгами по прежнему было въ очень скромныхъ размѣрахъ.

Секретарь-Библиотекарь Общества *М. Казанскій*.

## ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ  
Казанскомъ Университетѣ

9 февраля 1912 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Ф. Я. Чистовичъ при секретарѣ д-рѣ В. А. Барыкинѣ.

Присутствовали: Первушинъ, Казанскій, Шыпкинъ, Шибковъ, Игнатовичъ, Блитштейнъ, Геркенъ, Добротинъ, Казанли, Вечтомовъ, Бушмакинъ, Перимовъ, Орловскій, Миславскій, Чалусовъ, Рождественскій, Чарушинъ, Панъ, Соколовъ, Донсковъ, Идельсонъ, Зарницынъ.

По предложенію Предсѣдателя была почтена вставаніемъ память умершихъ членовъ Общества проф. Н. П. Загоскина и д-ра Д. А. Кушникава.

1. Проф. Н. А. Геркенъ. *Демонстрація больной съ кистой нижней челюсти (рецидивъ).*

### П Р Е Н І Я.

Проф. Чистовичъ. Интересно, эта опухоль появилась и съ другой стороны.

Проф. Геркенъ. Рецидивъ на правой сторонѣ могъ начаться изъ ростковъ оставшейся послѣ операціи надкостницы.

Проф. Чистовичъ. Можетъ быть, у больной имѣется порочное развитіе челюсти а изъ затерянныхъ эмбриональныхъ ростковъ могли развиться въ разное время опухоли съ той и другой стороны.

Предсѣдатель. Благодарить докладчика за демонстрацію и высказываетъ надежду, что послѣ операціи члены Общества снова будутъ имѣть возможность видѣть больную и препараты изъ удаленной опухоли.

2. Д-ра П. П. Денике и Д. В. Игнатовичъ *Демонстрація больного съ многокамернымъ эхинококкомъ печени и техника реакціи отклоненія комплекмента при эхинококковыхъ заболѣваніяхъ.*

### П Р Е Н І Я.

Д-ръ Добротинъ. Антигенъ, которымъ пользовался д-ръ Игнатовичъ, былъ проявленъ на вѣсколькихъ случаяхъ эхинококковыхъ

заболѣваній въ клиникѣ проф. А. Н. Каземъ-Бека. Антигенъ этотъ уже давно пересталъ давать реакцію отклоненія комплемента съ соответствующими сыворотками. Возможно, что произошло ослабленіе антигена, возможно такъ же, что методъ Wright'a, которымъ пользовался д-ръ Игнатовичъ болѣе чувствительный, чѣмъ типическая методика Wassermann'a, которая применялась въ терапевтической клиникѣ.

Проф. Герксенъ. Необходимо отмѣтить, что діагнозъ заболѣванія былъ поставленъ не на основаніи реакціи отклоненія комплемента, а по совокупности клиническихъ признаковъ, хотя больной и представлялъ цѣлый рядъ особенностей, не характерныхъ для картины многокамернаго эхинококка печени. Убѣдиться въ этихъ особенностяхъ легко при клиническомъ изслѣдованіи больного, котораго можно осмотрѣть теперь же

#### Демонстрація больного.

Д-ръ Игнатовичъ. Нельзя согласиться съ тѣмъ, что антигенъ ослабѣлъ, такъ какъ проведенный неоднократно на эхинококковыхъ больныхъ онъ до послѣдняго времени работалъ исправно.

Д-ръ Добротинъ. Возможно, что разница въ результатахъ обуславливается методикой изслѣдованія.

Д-ръ Барыкинъ. При методикѣ Wassermann'a которой пользовался д-ръ Добротинъ, сыворотка испытуемаго больного подогрѣвается при методикѣ же Wright'a, примененной д-ромъ Игнатовичемъ, сыворотка не подогрѣвается. Подогрѣваніе способно разрушить такую значительную часть противотѣля, что опытъ даетъ отрицательные результаты съ тѣмъ же самымъ антигеномъ, который обнаружитъ существованіе специфическихъ противотѣля въ ненагрѣтой сывороткѣ по Wright'у.

Д-ръ Каванскій. Нельзя-ли при помощи реакціи Borget-Gengou установить связь между одно-и многокамернымъ эхинококкомъ?

Д-ръ Денике. Вопросъ этотъ разрѣшится экспериментально въ работѣ Rossel'a.

Проф. В. Ф. Орловскій. Сейчасъ во время перерыва я имѣлъ возможность изслѣдовать состояніе брюшныхъ органовъ предъявленнаго докладчикомъ больного. Я нашелъ у него громадное увеличеніе печени, соответственно даннымъ доклада; край печени острый, консистенція ея плотная, но далеко не настолько, какъ это мы наблюдаемъ обычно при многокамерномъ эхинококкѣ печени, гдѣ она достигаетъ плотности почти желѣза; поверхность не гладка, бугры различной величины, наибольшіе размѣры они представляютъ у мѣста операціоннаго разрѣза въ верхней

части надчревя справа отъ бѣлой линіи живота; они плотны, особенно на послѣднемъ мѣстѣ, и безболѣанены. Селезенка у больного перкуторно до края реберъ; при глубокомъ дыханіи въ лѣвомъ подреберьи какъ будто прощупывается особая резистентность: быть можетъ, это—увеличенная селезенка. Асцита нѣта, желтуха отсутствуетъ. Если принять во вниманіе эти явленія и 5-лѣтнюю давность болѣзни, то діагнозъ не представляетъ большихъ затрудненій. Такое большое увеличеніе печени, если исключить рѣдкія доброкачественныя опухоли ея, мы наблюдаемъ при гипертрофическомъ желчномъ циррозѣ печени типа Напот, при амилоидной печени, первичномъ и вторичномъ ея рактѣ и при многокамерномъ ея эхинококкѣ. Длительность болѣзни и отсутствіе кахексін исключаютъ рактъ печени; отсутствіе желтухи и наличность большихъ бугровъ на печени говоритъ противъ гипертрофическаго желчнаго ея цирроза; отсутствіе соответствующихъ этиологическихъ моментовъ, бугристость печени и отсутствіе измѣненій въ мочѣ исключаютъ амилоидъ печени. Остается такимъ образомъ предположить многокамерный эхинококкъ печени. Правда, у больного нѣтъ желтухи, которая отмѣчается очень часто у такихъ больныхъ, нѣтъ надлежащей твердости печени, нѣтъ часто сопутствующаго этой болѣзни асцита. Но намъ извѣстны, правда, рѣдкіе случаи многокамернаго эхинококка печени и безъ этихъ явленій. Мнѣ самому приходилось наблюдать случаи многокамернаго эхинококка печени, гдѣ печень отличалась значительною твердостью, была мелкобугриста и по размѣрамъ значительно превосходила печень больного докладчиковъ; въ моемъ случаѣ она занимала сплошь всю брюшную полость; у этого больного ни желтухи ни асцита не было. Все это я говорю къ тому, чтобы подчеркнуть, что къ счастью для практическихъ врачей діагнозъ многокамернаго эхинококка печени мы можемъ поставить часто уже на основаніи клиническихъ соображеній даже безъ сложной реакціи уклоненія комплемента, мало доступной практическимъ врачамъ.

Проф. Геркентъ. Не допустима-ли въ данномъ случаѣ въ виду безуспѣшности всякаго леченія попытка иммунизации больного эхинококковой жидкостью?

Проф. Чистовичъ. Здѣсь было бы умѣстно испытать дѣйствіе арсенобезола, т. к. вопросъ идетъ о животномъ паразитѣ.

Д-ръ Добротинъ. Въ терапевтической факультетской клиникѣ были сдѣланы не безуспѣшныя попытки лечить эхинококкъ препаратами *filicis maris*.

Предсѣдатель. Отмѣчая большой интересъ и значеніе доклада въ такихъ мѣстностяхъ, какъ г. Казань, гдѣ наблюдаются частые

случая эхинококковыхъ заболѣваній, благодарить докладчиковъ отъ имени Общества

3. Д-ръ А. И. Перекроповъ. «*Къ этиологии аппендицита*». Съ демонстраціей препаратовъ.

Предсѣдатель благодарить докладчика и отмѣчаетъ совершенно правильную оцѣнку имъ глнсты, какъ случайной находки, не играющей роли въ этиологій аппендицитовъ.

#### Административное засѣданіе.

1. Постановлено напечатать въ журналѣ Общества работу д-ра Н. Д. Буммакина о лимфатическихъ железахъ.

2. Привести благодарность выбывшимъ изъ состава Бюро Общества его членамъ, много лѣтъ потрудившимся на пользу Общества.

3. Составить книгу—списокъ членовъ Общества, на что ассигновать до 15 рублей Составленіе поручить за плату библиотекарьшѣ Общества.

4. Прочитаны и утверждены протоколы засѣданій Общества отъ 15-го декабря 1911 года и отъ 19 января 1912 года.

Предсѣдатель Ф. Чистовичъ

Секретарь В. Варыкинъ

## ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ  
Казанскомъ Университетѣ

16 февраля 1912 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Ф. Я. Чистовичъ при секретарѣ д-рѣ В. А. Барыкинѣ

Присутствовали Шуваловъ, Орловскій, Шибковъ, Соловьевъ, Казаки, Остроносый, Цылкинъ, Гремячинъ, Геркенъ, Десятовъ, Пе-

римвъ, Миславскій, Довсковъ, Паринъ, Добротинъ, Трубина, Перфильевъ, Малиновскій, Рождественскій, Казанскій, Осиповъ, Неболюбовъ, Николаевъ, Чалусовъ.

1. Д-ръ В. Н. Паринъ «*Къ вопросу о кистахъ поджелудочной железы съ временнымъ исчезновениемъ*» (съ демонстраціей больного и препаратовъ).

Проф. Геркенъ. Колебанія въ величинѣ кисты мнѣ приходилось наблюдать во всѣхъ случаяхъ, разрывы же кисты и новое наполненіе ея встрѣчается рѣдко. Диагностика кисты поджелудочной железы возможна лишь при повторныхъ изслѣдованіяхъ больного, иначе легко принять ее или за эхинококкъ печени или просмотрѣть вовсе, если случайно изслѣдованіе придется на то время когда киста лопнула и ея содержимое излилось или въ кишку, или въ брюхо. Отличіе кистомъ поджелудочной железы отъ кистъ основывается на томъ, что первыя лишены ферментовъ.

Далѣе проф. Н. А. Геркенъ описываетъ нѣсколько случаевъ кисты поджелудочной железы изъ своей практики. Во многихъ изъ нихъ правильный діагнозъ очень затруднителенъ и часто неудается даже очень опытнымъ клиницистамъ, какъ напр. Клеппегер.

Проф. Чистовичъ. Интересно отмѣтить, что въ приведенныхъ случаяхъ разрыва кисты и изліянія ихъ содержимаго въ полость брюха не наблюдалось особыхъ болѣзненныхъ симптомовъ, не смотря на то что ферменты поджелудочной железы обладаютъ большой разрушительной силой. Не происходило-ли изліянія содержимаго кисты въ кишечникъ. Тогда было бы легко объяснить поносы, отмѣченныя въ анамнезѣ больныхъ.

Д-ръ Паринъ. Противъ изліянія въ кишечникъ говорятъ: появленіе асцита и усиленнаго діуреза. Поносы зарегистрированы лишь на основаніи анамнестическихъ данныхъ, въ клиникѣ они не наблюдались.

Проф. Геркенъ. Нельзя-ли объяснить отсутствіе ядовитаго дѣйствія, сока поджелудочной при его изліяніи въ брюхо тѣмъ, что онъ не активированъ?

Предсѣдатель. Благодарить докладчика за очень интересное сообщеніе и демонстраціи.

2. В. А. Кудрявцевъ: «*О самоубійствахъ въ г. Казани*». Статистическая разработка полицейскаго матеріала за три года (1909—1911)

Проф. Чистовичъ. Если не принимать во вниманіе количественное отношеніе различныхъ группъ населенія между собой, то изъ простаго сравненія цифръ самоубійствъ нельзя дѣлать выводъ о большей напр., частотѣ самоубійствъ среди крестьянъ и рабочихъ, т. к. тѣхъ и другихъ по отношенію всей массы населенія можетъ оказаться преобладающее количество. Цифры докладчика не могутъ имѣть абсолютнаго значенія, такъ какъ составъ казанскаго населенія точно неизвѣстенъ.

Пр. доп. О в ч и н н и к о в ъ присоединяется къ мнѣнію Ф. Я. Чистовича. Въ выводахъ о частотѣ самоубійствъ у мужчинъ и женщинъ такъ же необходимо руководствоваться количественнымъ отношеніемъ половъ другъ къ другу въ данной мѣстности. Отношеніе это мѣняется по различнымъ городамъ; обычно преобладаютъ женщины, но въ Москвѣ и Петербургѣ преобладаетъ мужское населеніе.

Проф. О с и п о в ъ. Изучая причины самоубійствъ, необходимо строго индивидуализировать каждый случай, привлекая къ этому дѣлу врачей.

Д-ръ П е р и м о в ъ. Процентъ самоубійствъ въ Казани среди учащихся очень высокъ. Желательно было бы, чтобы на это было обращено вниманіе Министерства Народнаго Просвѣщенія.

Д-ръ Б ѣ л я е в ъ. Необходимо для большей точности выдѣлать изъ рубрики разночинцевъ учащихся, помѣщенныхъ въ эту рубрику докладчикомъ.

Д-ръ Н и к о л а е в ъ. За послѣднее время моднымъ средствомъ отравленія стала уксусная эссенція. Она готовится и выпускается въ продажу болѣе крѣпкой, чѣмъ прежде, и часто содержитъ примѣсь различныхъ ядовитыхъ солей. На чистоту препарата и на урегулированіе ея продажи желательно было бы обратить вниманіе.

Д-ръ Ш и б к о в ъ. Изъ 6 сортовъ продажной уксусной эссенціи, изслѣдованной мною въ лабораторіи В. В. Николаева, чистой оказалась только Калбаум'овскій препаратъ, остальные содержали примѣси постороннихъ веществъ. Смерть при отравленіи уксусной кислотой можетъ наступить и въ томъ случаѣ, если кислота не попадетъ въ желудокъ, а повредитъ дыхательные пути. Здѣсь обыкновенно развивается смертельная бронхо-пневмонія.

Б а т ь. Желательно, чтобы Общество врачей соимѣстно съ Общ. невропатологовъ избрало бы изъ своей среды комиссію, которая занялась разработкой такого важнаго и безотлагательнаго вопроса, какъ вопросъ о все учащающихся самоубійствахъ.



Проф. Чистовичъ. Матеріаль, представленный докладчикомъ, слишкомъ малъ, чтобы его можно было подвергнуть разработкѣ въ комисіи. Когда докладчикъ представитъ болѣе обширный и подробно освѣщенный матеріаль, то можно быть увѣреннымъ, что и Общество врачей, и Общество невропатологовъ охотно возьмутся за разработку этого вопроса.

Д-ръ Шыпкинъ. Обстоятельное статистическое изученіе вопроса о самоубійствѣ въ г. Казани станетъ возможнымъ только послѣ того, когда Казань будетъ располагать правильной санитарной организаціей съ Санитарнымъ бюро во главѣ.

Предсѣдатель благодаритъ докладчика и выражаетъ надежду, что онъ не остановится передъ дальнѣйшей разработкой вопроса.

3. Д-ръ А. И. Перекроповъ. «Случай свободной пересадки кости» (съ демонстраціей рентгенограммы).

Д-ръ Перимовъ. Аутопластика, внѣ сомнѣнія, является очень хорошимъ способомъ, но она не всегда выполнима, т. к. часто у больного нельзя взять столько кости, сколько ея требуется для аутопластической операціи. Какъ разъ на костяхъ, какъ показали опыты Гютнера, отлично удается пересадки костей изъ труповъ послѣ предварительной стерилизаціи кости. Мнѣ самому удалось съ хорошимъ успѣхомъ пересадить кость изъ трупа, воспользовавшись ею для устройства спинки носа.

Докладчикъ. Есть опасность зараженія при пересадкѣ кости изъ трупа.

Д-ръ Перимовъ. Гютнеръ оставляетъ кость передъ операціей на 14 дней въ формалинѣ. Штюдь кипятитъ кость.

Предсѣдатель. Замѣчая, что именно при пересадкѣ костей съ успѣхомъ можно пользоваться гетеропластикой, благодаритъ докладчика.

#### Административное засѣданіе.

1. Правленіе Университета извѣщаетъ, что г. попечитель Казанскаго Округа утвердить постановленіе Правленія о предоставленіи стипендіи имени Ротштейна студенту медицинскаго факультета Алексѣю Музаовскому. Постановили: принять къ свѣдѣнію.

2. Заслушанъ и утвержденъ протоколъ засѣданія отъ 9-го февраля 1912 г.

3. Баллотированы и избраны въ члены Общества: М. К. Черниковъ, А. Ф. Агафоновъ, П. П. Денике, А. И. Перекроповъ, А. А. Вечтомовъ и М. С. Мзлинскій.

Предсѣдатель Ф. Чистовичъ

Секретарь В. Варыкинъ.

## ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ  
Казанскомъ Университетѣ

1 марта 1912 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Ф. Я. Чистовичъ при секретарѣ д-рѣ В. А. Барыкинѣ.

Присутствовали: Цыпкинъ, Паринъ, Шибковъ, Бушмакинъ, Чалусовъ, Зуевъ, Николаевъ, Донсковъ, Долговъ, Болбергъ, Адамюкъ, Идельсонъ, Мигаловскій, Добротинъ, Перимовъ, Любенешкій и Малиновскій.

1. А. И. Шибковъ и И. В. Виноградовъ. *О морфологическомъ составѣ меконія и его судебно-медицинскомъ значеніи.* (Предварительное сообщеніе).

Д-ръ Барыкинъ. Не обращали-ли вниманіе докладчики на присутствіе въ фекальныхъ массахъ новорожденныхъ *Bac. bifidus Tissier*? Появленіе этого микроба могло бы свидѣтельствовать о томъ, что ребенокъ питался молокомъ женщины.

Д-ръ Шибковъ. Въ задачу нашей работы не входило изученіе бактериальной флоры кишечника новорожденныхъ.

Предсѣдатель отмѣчаетъ, что нѣкоторыя стороны затронутого вопроса, какъ напр., происхожденіе желчныхъ тѣлецъ, присутствіе въ фекасахъ характерныхъ микробовъ и т. п., вѣроятно, впоследствии должны будутъ расширить область изслѣдованія докладчиковъ. Благодарить за интересное сообщеніе.

2. Д-ръ А. И. Шибковъ. *О самопроизвольномъ разрывѣ сердца* (съ демонстраціей препаратовъ).

Предсѣдатель. Дурнота и болѣзненные ощущенія за нѣсколько часовъ до смерти могутъ быть объяснены образованиями инфарктовъ. Благодарить докладчика.

3. Д-ръ А. И. Шибковъ. *О травматическихкихъ поврежденіяхъ сердца безъ прободенія сердечной сорочки* (съ демонстраціей органа).

Д-ръ Перимовъ. Возможность указанныхъ поврежденій доказана и клинически, и экспериментально. Ихъ нужно имѣть въ виду при освидѣтельствovanіи травмированныхъ фабричныхъ рабочихъ и пр.

Болбергъ. Вспоминаеть случай аналогичнаго поврежденія изъ своей судебно-медицинской практики.

Предсѣдатель благодарить докладчика за сообщеніе.

#### Административное засѣданіе.

1. Утверждаетъ протоколъ отъ 16 февраля 1912 г.

2. Приняты къ свѣдѣнію заявленія: Международнаго Общества дѣтскихъ врачей о созывѣ конгресса въ Paris въ теченіе 1912 года, Правленія Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова объ оказаніи помощи населенію, пострадавшему отъ недорода, этого же Правленія о разработкѣ классификаціи и номенклатурѣ болѣзней и о разсылкѣ трудовъ XI Пироговскаго съѣзда.

3. Заслушано заявленіе д-ра Хомякова о необходимости организовать въ Казани подачу первой помощи.

Д-ра Цыпкинъ и Чалусовъ отмѣчаютъ, что подобная организація уже существовала, но за неимѣніемъ средствъ и не встрѣчая матеріальной поддержки у Городского Управленія она оказалась безсильной.

Д-ръ Идельсонъ. Общество врачей можетъ дать только свой трудъ, а организація первой помощи требуетъ и значительныхъ матеріальныхъ затратъ, каковыя въ большихъ городѣхъ (Варшава, Москва и др.) беретъ на себя Городское Управленіе.

Поставили: избрать изъ своей среды въ качествѣ представителя по данному вопросу д-ра Чалусова, взять на себя трудъ по оказанію первой помощи, если дѣло съ матеріальной стороны будетъ обезпечено, что достижимо при участіи въ этомъ дѣлѣ такихъ Обще-

ственныхъ учреждений, какъ Красный Крестъ, Городское Управление и пр., куда и должно было бы, по мнѣнью Общества, быть направлено заявленіе д-ра Хомякова.

4. Единогласно избранъ въ члены Общества д-ръ Л. Л. Семонъ.

Предсѣдатель Ф. Чистовичъ.

Секретарь В. Варыкинъ.

## ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ  
Казанскомъ Университетѣ

15-го марта 1912 г.

Предсѣдательствовалъ товарищъ предсѣдателя д-ръ В. П. Первушинъ при секретарѣ д-рѣ В. Н. Паринѣ.

Присутствовали—Адамюкъ, Барыкинъ, Вечтомовъ, Владиміровъ, Геркенъ, Донсковъ, Идельсонъ, Игнатовичъ, Казанили, Перимовъ, Соловьевъ, Семонъ, Цинкъ, Чалусовъ, Шибковъ, Фаворскій и до 40 посѣтителей, преимущественно студентовъ-медиковъ старшихъ курсовъ.

I. Проф. Н. А. Геркенъ демонстрировалъ большую и макроскопическіе препараты кистомы нижней челюсти (см. докладъ въ предыдущемъ засѣданіи).

II. Д-ръ А. А. Вечтомовъ демонстрировалъ больного, у котораго проф. Н. А. Геркеномъ была удалена раковая опухоль пилорической части желудка съ ближайшими лимфатическими железами.

Проф. Н. А. Геркенъ по поводу этой демонстраціи отмѣтилъ необходимость ранняго распознаванія карциномы желудка.

Предсѣдатель благодарилъ Н. А. Геркена и А. А. Вечтомова за ихъ демонстраціи.

III. Д-ръ С. Я. Стрѣлковъ: «Объ исходахъ гангренознаго воспаления мочевого пузыря» (съ демонстраціей больного).

## П Р Е Н І Я.

Д-ръ В. В. Владиміровъ. Я хотѣлъ бы сказать вѣскольکو словъ въ дополненіе къ изложенію докладчика на основаніи литературы, которая, быть можетъ, была ему недоступна. Какъ и отмѣтить докладчикъ, заболѣваніе это встрѣчается гораздо чаще въ практикѣ гинекологовъ,—а именно при осложненіи беременности ущемленіемъ перегнутой каади матки. По статистикѣ Ten Berge при 100 случаяхъ, кончившихся летально, ущемленія ретрофлексированной беременной матки омертвѣніе мочевого пузыря наблюдалось 73 раза, причѣмъ въ 14 случаяхъ наступила септиемія, въ 4-хъ—пизмія, въ 40—перитонитъ и въ 16—уремія.—Прежніе авторы думали о почти полной гибели мочевого пузыря при гангрѣнѣ, основываясь въ особенности на нахожденіи брюшины на поверхности извергаемыхъ некротическихъ перепонокъ; лишь для *trigonum Lietandi* и *fundus vesicae* они допускали возможность сохраненія. Въ особенности много работалъ надъ гангренной мочевого пузыря проф. Walther Stoeckel, теперешній преемникъ Pfannenstiel'я въ Килѣ, одинъ изъ лучшихъ гинекологовъ-урологовъ. Ему принадлежатъ истоскопическія наблюденія надъ гангренной мочевого пузыря при ущемленіи матки. Онъ нашелъ возможнымъ по аналогіи съ другимъ, очень рѣдкимъ гинекологическимъ заболѣваніемъ, къ слову сказать; описаннымъ почти исключительно русскими авторами *metritis dissecans*—выдѣлить типъ *cystitidis dissecantis gangrenescentis*. Stoeckel признаетъ нахождение брюшины на поверхности извергаемыхъ перепонокъ очень проблематичной и считаетъ, что пузырь по отторженіи того или иного участка толщи тканей—въ области *trigoni*—остается въ уменьшенномъ видѣ.—Демаркація, по его наблюденіямъ, происходитъ всегда въ слоѣ мышечномъ, такъ что наружные слои и всегда *trigonum* остаются и пузырь сморщивается. Причина—особенно сильныя инфекціи при внѣдреніи *proteus*, анаэробовъ, или же чрезмѣрное сдавленіе пузыря между лоннымъ сочлененіемъ и головкой плода. (Ауторефератъ).

Проф. Н. А. Геркенъ. Когда больной пріѣхалъ въ клинику съ трубкой, по которой изъ пузыря отводилась моча, явилась мысль отвести мочу естественнымъ путемъ. При изслѣдованіи оказалось, что уретра непроходима. Больному была произведена внутренняя уретротомія. Въ дальнѣйшемъ было установлено, что пузырь имѣетъ вмѣстимость только около 15 куб. с. При промываніи пузыря у больного выдѣлялось всегда небольшое количество крови. Явилось предположеніе, что у больного имѣется омертвѣніе слизистой оболочки пузыря. Это

заболѣваніе наблюдается чаще у женщинъ. Слизистая оболочка при этомъ заболѣваніи отслаивается и подвергается омертвѣнію. У простатиковъ это заболѣваніе наблюдается рѣдко. Большую роль въ возникновеніи страданія играютъ тѣ или иные микроорганизмы.

Подъ влияніемъ продолжительнаго и повторнаго введенія въ пузырь жидкости въ настоящее время удалось довести у больного вмѣстимость пузыря до 40 куб. с. Если въ дальнѣйшемъ улучшеній не наступитъ, то больному вслѣдствіе мучительныхъ и частыхъ позывовъ на мочеиспусканіе можно посоветовать пересадку мочеточниковъ въ кишку.

Д-ръ В. П. Первушинъ. Не имѣется-ли у больного какихъ-либо нервныхъ заболѣваній, которыя могли-бы подать поводъ къ нарушенію питанія слизистой оболочки мочевого пузыря, напр., ограниченнаго міэлита и т. д.?

Проф. Н. А. Геркенъ. На это обстоятельство мы всегда обращаемъ вниманіе. Въ данномъ случаѣ у больного рефлексы нормальны, расстройство чувствительности не наблюдалось.

Д-ръ В. А. Барыкинъ указалъ на работы Гингапо (изъ лаборатории проф. И. И. Мечникова), описавшаго гангренозное воспаленіе подъ влияніемъ цѣлаго ряда анаэробныхъ бактерій.

Предсѣдатель благодарить докладчика за его сообщеніе

IV. Д-ръ А. К. Цинкъ: «Къ вопросу объ оперативномъ леченіи переломовъ» (съ демонстраціей больного и инструментовъ).

## ПРЕНІЯ.

Проф. Н. А. Геркенъ. Докладъ имѣлъ демонстративный характеръ. Имѣлось въ виду указать, какова судьба металлической пластики. Вопросъ о леченіи открытыхъ переломовъ особенно горячо дебатировался за послѣднее время. Сторонникомъ оперативнаго вмѣшательства при переломахъ выступилъ Лангъ высказавшійся категорически противъ леченія переломовъ при помощи гипсовой перевязки. Переломы надкостничные представляются наиболѣе подходящими для оперативнаго леченія. Необходимымъ условіемъ успѣха является соблюденіе строжайшей асептики.

Д-ръ В. А. Перимовъ. Я съ большимъ интересомъ прослушалъ докладъ; думаю, однако что въ земской практикѣ указанный въ докладѣ способъ встрѣтитъ много затрудненій (особые инструменты, скобки). Наконецъ, далеко нельзя считать легкой и самую технику. Въ земской

практикѣ не слѣдовало-бы забывать стараго и испытаннаго способа—сколачиваніе отломковъ костей при помощи гвоздя (Кузьминъ). По наступленіи консолидаціи гвоздь удаляется.

Д-ръ А. К. Цинкѣ. Правильное составленіе отломковъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, дѣйствительно, представляетъ значительныя затрудненія.

Проф. Н. А. Геркенъ. Операция, изложенная въ докладѣ, можетъ быть произведена только тамъ, гдѣ имѣется рентгеновскій аппаратъ. Соединеніе отломковъ костей при помощи гвоздя представляется также труднымъ.

Д-ръ П. С. Рождественскій. Способъ соединенія отломковъ костей при помощи металлической пластинки въ биологическомъ отношеніи не можетъ считаться идеальнымъ. Представилось-бы болѣе подходящимъ брать для подобныхъ цѣлей костныя пластинки или винты изъ слоновой кости. Костный матеріалъ является хорошимъ возбуждателемъ костеобразовательнаго процесса. Мертвая кость постепенно субституируется живой тканью. Въ техническомъ отношеніи однако осуществленіе этой идеи представляется затруднительнымъ.

Проф. Н. А. Геркенъ. Всегда, когда наступаетъ инфекция, наблюдается омертвѣніе кости. Чтобы лучше обезпечить заживленіе и была рекомендована сталь, которая не вызываетъ раздраженія. Дальше, при лѣченіи переломовъ на нижней конечности мы преслѣдуемъ другую цѣль: при наложеніи на отломки кости стальной пластинки можно разрѣшить больному съ извѣстными предосторожностями ходить уже на 5-й день.

Предсѣдатель выражаетъ докладчику благодарность за сообщеніе и демонстрацію.

V. Д-ръ И. А. Рогозинскій: *«Сообщеніе о дальнѣйшихъ случаяхъ лѣченія гипертрофіи простаты надлобковой операцией»* (съ демонстраціями).

Д-ръ В. Н. Паринъ кратко сообщилъ произведенной имъ (при ассистентѣ д-рѣ Черкасовѣ) въ томъ 1911 года операции надлобковой простатэктоміи у 80-лѣтн. старика съ полнымъ задержаніемъ мочи. Для закрытія свища больному успѣшно была произведена спустя нѣсколько мѣсяцевъ вторая операция д-ромъ В. П. Черкасовымъ.

Предсѣдатель благодаритъ докладчика за его сообщеніе по тому же вопросу, который онъ уже излагалъ Обществу въ прошломъ

году. На основаніи точнаго новаго матеріала докладчикъ подкрѣпляетъ выставленныя имъ прежде положенія.

Обращая, дагѣе, вниманіе присутствующихъ на то, что не взирая на свой спеціальный (хирургическій) характеръ, настоящее засѣданіе представляло большой интересъ благодаря обилію клиническаго матеріала, представленнаго изъ факультетской хирургической клиники, председатель напоминаетъ, что факультетская хирургическая клиника во главѣ съ ея директоромъ Н. А. Геркеномъ въ этомъ году, также какъ и въ прошлые годы, неоднократно выступаетъ въ Обществѣ, знакомя его съ теченіями хирургической мысли и представляя большой разнородный клиническій матеріалъ—до оперативнаго вмешательства и послѣ него. Отъ имени Общества председатель выражаетъ признательность какъ проф. Н. А. Геркену, такъ и его сотрудникамъ по клиникѣ.

#### Административное засѣданіе.

Постановлено: по примѣру прошлыхъ лѣтъ выдать въ качествѣ награды къ предстоящему празднику Пасхи служащимъ Общества половинный размѣръ мѣсячнаго жалованья.

За Председателя В. Перушинъ.

Секретарь В. Паринъ.

---

## ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ  
Казанскомъ Университетѣ

12-го апрѣля 1912 г.

Председательствовалъ товарищъ председателя д-ръ В. П. Перушинъ, при секретарѣ д-ръ В. Н. Паринъ.

Присутствовали: Агаѣоновъ, Бушмакинъ, Вишневецкій, Довсковъ, Игнатовичъ, Николаевъ, Малиновскій, Перфильевъ, Перимонъ, Рождественскій, Тонковъ, Чурушинъ, Шибковъ, Яхонтовъ и до 30 посѣтителей.



1. Д-ръ В. А. Перимовъ: «*Къ вопросу о свободной пересадкѣ фасціи*».

### П Р Е Н І Я.

Д-ръ В. П. Перушинъ. Какова судьба пересаженной фасціи?

Докладчикъ. Не измѣняется втеченіе 45 дней, судя по даннымъ опыта.

Проф. В. Н. Тонковъ привѣтствуетъ примѣненіе метода свободной пересадки фасціи, какъ аватомъ.

Д-ръ И. И. Цыпкивъ. По нашимъ старымъ воззрѣніямъ представлялось, что всякое грыжевое отверстие нужно закрывать при помощи мышечной пластики. Новый методъ даетъ возможность закрывать грыжевое отверстие тамъ, гдѣ мышцы атрофированы или не могутъ быть захвачены швомъ. Прибольшихъ грыжахъ врядъ ли, однако, предложенный способъ достигаетъ цѣли.

Д-ръ В. В. Николаевъ. Въ докладѣ есть указаніе на то, что закрываніе раны въ пищеводѣ съ помощью вшиванія въ него фасціи даетъ очень хорошіе результаты, предупреждая септический процессъ. Этотъ фактъ даетъ право на то, чтобы признавать за фасціей активную дѣятельность, результатомъ которой является асептическое теченіе раны. Это ли имѣлъ въ виду докладчикъ или же здѣсь дѣло въ чисто механическомъ соотношеніи?

Д-ръ В. Н. Паринъ. При небольшомъ еще въ настоящее время казуистическомъ матеріалѣ сообщеніе В. А. Перимова имѣетъ тѣмъ большій научный интересъ, что докладчикъ, вѣроятно, будетъ имѣть возможность произвести дальнѣйшія наблюденія надъ судьбой оперированныхъ имъ больныхъ. Это особенно важно въ виду того, что продолжительныхъ наблюденій послѣ пересадки фасціи при грыжахъ брюшной стѣнки не существуетъ. При такъ называемыхъ легочныхъ грыжахъ свободная пересадка фасціи, какъ оказалось, не оправдала возлагаемыхъ ожиданій. Показанія къ свободной пересадкѣ фасціи еще не достаточно выработаны. Свободная пересадка фасціи примѣнялась для замѣщенія дефектовъ твердой мозговой оболочки. Особенный интересъ и надежды вызываетъ пересадка фасціи, произведенная для закрытія дефекта трахеи (случай Levit'a, опубликованный въ текущемъ году).

Докладчикъ высказалъ опасеніе въ возможности прослѣдить дальнѣйшую судьбу оперированныхъ имъ больныхъ, живущихъ внѣ Казани.

Председатель благодарить докладчика, познакоившаго Общество какъ съ теоретической стороной этого новаго еще вопроса, такъ и съ результатами его примѣненія въ Казанской городской Шамовской больницѣ.

И. Д-ръ И. С. Мядиновскій: „Синовиальныя влагалица сухожилий тыла кисти“ (съ демонстраціей препаратовъ).

Проф. В. Н. Тонковъ. Къ анатоміи сухожильныхъ влагалицъ возвращаются постоянно. Работы о нихъ появлялись прежде и продолжаютъ появляться въ настоящее время. Тыльные сухожильныя влагалица кисти изучены меньше ладонныхъ. Въ основу изучения положено недостаточное количество матеріала, у разныхъ авторовъ получались разнорѣчивые результаты. Результаты Вашихъ изслѣдованій заставили измѣнить обычную схему; оказалось, что на тылѣ кисти имѣется не 6, а 5 синовиальныхъ влагалицъ. Очень интересны также изученные Вами варианты. Матеріаль, который Вы имѣли, использованъ Вами надлежащимъ образомъ. Вы демонстрировали прекрасные результаты Вашихъ наблюдений. Можно поставить одинъ упрекъ относительно недостаточности, изучения вопроса на дѣтскихъ трупахъ.

Д-ръ В. П. Первушинъ. Разнообразіе въ анатомическихъ отношеніяхъ сухожильныхъ влагалицъ наблюдается у одного и того же субъекта или только у разныхъ лицъ?

Докладчикъ. У одного и того же субъекта большей частью на обѣихъ сторонахъ имѣется одинъ и тотъ же типъ.

Председатель благодарить докладчика за сообщеніе, имѣющее главнымъ образомъ теоретическое значеніе, но представляющее, конечно, интересъ и для клинической медицины. Это сообщеніе принадлежитъ къ цѣлой серіи работъ, произведенныхъ за послѣдніе годы въ мѣстномъ Анатомическомъ Институтѣ и въ разное время представленныхъ Обществу врачей и Обществу невропатологовъ и психіатровъ сотрудниками проф. В. Н. Тонкова при ближайшемъ его участіи.

За Председателя В. Первушинъ.

Секретарь В. Паринъ.

## ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ  
Казанскомъ Университетѣ

26 апрѣля 1912 г.

Предсѣдательствовалъ—проф. Ф. Я. Чистовичъ при секретарѣ  
д-рѣ В. Н. Паринѣ.

Присутствовали—Агаѣоновъ, Архангельская, Бушмакинъ, Барыкинъ, Владиміровъ, Десятковъ, Довсковъ, Зувъ, Казанскій, Казанли, Лепскій, Малиновскій М. С. Меньшиковъ, Николаевъ, Первушинъ, Пичугинъ, Перфильевъ, Удинцевъ, Чалусовъ, Цицкинъ, Шибковъ, Эмдинъ.

I. Д-ръ В. В. Николаевъ сдѣлалъ краткое сообщеніе, посвященное памяти недавно умершаго бывшаго члена общества О. Л. Островскаго.

Собраніе почтило память О. Л. Островскаго вставаніемъ.

II. Д-ръ П. И. Перфильевъ: «Къ казуистикѣ эпидемическаго церебро-спинальнаго менингита». (съ демонстраціей больнаго).

Проф. В. К. Меньшиковъ. Сообщеніе д-ра Перфильева представляетъ особенный интересъ для Казани, такъ какъ случаевъ сообщенія объ эпидемическомъ церебро-спинальномъ менингитѣ въ Казани до настоящаго времени не было. Самое понятіе о менингитѣ пока еще довольно смутное. Даже въ руководствахъ объ этой формѣ болѣзни сообщаются не всегда правильныя представленія. Поводомъ къ сообщенію послужилъ случай менингита, наблюдавшійся послѣ скарлатины. Диагностика въ этомъ случаѣ представляла большія затрудненія. Случай эпидемическаго церебро-спинальнаго менингита характеризуются вообще чрезвычайно рѣзкими колебаніями температуры. Слѣдуетъ также отмѣтить повышенную чувствительность, раздражительность больныхъ. Малѣйшее прикосновеніе раздражаетъ больнаго. Сообщенный случай представляетъ, дальше, интересъ въ смыслѣ точнаго бактериологическаго распознаванія и сывороточной терапіи.

Д-ръ В. А. Барыкинъ, указавъ на особенности противоменингококковой сыворотки, отмѣтилъ важность накопленія въ литературѣ подобнаго рода тщательныхъ наблюденій надъ примѣненіемъ сыворотки.

Только располагая подробно прослѣженнымъ матеріаломъ можно рѣшить, слѣдуетъ ли вообще примѣнять извѣстную сыворотку или нѣтъ.

Д-ръ В. В. Владиміровъ. Такъ какъ менингококкъ обладаетъ большимъ сходствомъ съ гонококкомъ, то противоменингококковая сыворотка была рекомендована въ гинекологической практикѣ. Руководствуясь этими указаніями, я примѣнилъ указанную сыворотку въ 4 случаяхъ подострого говорройнаго заболѣванія женскаго полового аппарата (сальпингитъ, оофоритъ). Получились въ общемъ благопріятные результаты. Впрыскиваніе производилось подъ кожу, примѣнялась сыворотка Tavel'я.

На вопросъ докладчика, черезъ сколько времени наблюдалось улучшение, д-ръ Владиміровъ сообщилъ, что улучшение наступало довольно быстро.

На вопросъ д-ра М. В. Казанскаго докладчикъ сообщилъ, что токсины, вырабатываемые менингококками, тѣсно связаны съ тѣлами бактерій.

Д-ръ Лепскій. Такъ какъ влияние сыворотки на больныхъ приписываютъ бактериотропному ея дѣйствію, то можно было бы прослѣдить явленія фагоцитоза до впрыскиванія и послѣ впрыскиванія сыворотки подъ микроскопомъ. Въ этомъ случаѣ можно было бы судить о значенія сыворотки не только по клиническимъ даннымъ, но и на основанія микроскопическаго изслѣдованія.

Докладчикъ замѣтилъ, что въ произведенныхъ имъ изслѣдованіяхъ рѣзкой разницы въ этомъ отношеніи не было замѣтно.

Проф. Ф. Я. Чистовичъ. Почему при эпидемическомъ церебро-спинальномъ менингитѣ назначаютъ Угогори́нъ?

Проф. В. К. Меньшиковъ. Угогори́нъ примѣняется по тѣмъ же соображеніямъ, какъ и при говорройныхъ заболѣваніяхъ. Мнѣ приходилось наблюдать примѣненіе его въ случаяхъ менингита у дѣтей до 2,0 pro die. При этомъ, дѣйствительно, наблюдается благотворное влияние.

Д-ръ Лепскій отмѣтилъ, что Угогори́нъ послѣ внутренняго употребленія открывается и въ церебро-спинальной жидкости.

Д-ръ П. И. Пичугинъ Угогори́нъ, какъ извѣстно, разлагаясь въ организмѣ, даетъ формальдегидъ; послѣдній циркулируетъ въ организмѣ и оказываетъ влияние на бактеріи.

Предсѣдатель благодаритъ докладчика за интересное и обстоятельное сообщеніе.

III. Д-ръ А. И. Шибковъ: *Демонстрація препарата—вскрытіе аневризмы нисходящей дуги аорты въ пищеводѣ.*

Д-ръ М. А. Чалусовъ. Случай, сообщенный докладчикомъ, поучителенъ для хирурга. Kuttner, при бронхоскопии праваго бронха замѣтилъ припухлость. Онъ рѣшилъ ее проткнуть. Въ результатѣ смертельное кровотеченіе. Мнѣ пришлось наблюдать случай, гдѣ при введеніи эзофагоскопа на 33 сант. зондъ остановился и началъ ясно передавать пульсацію. Въ такихъ случаяхъ, при истонченныхъ стѣнкахъ пищевода, можетъ наступить роковой исходъ.

#### Административное засѣданіе.

1. Избранъ въ члены Общества врачей д-ръ И. С. Малиновскій.
2. Заслушаны и утверждены протоколы 4 и 6 засѣданія.

Предсѣдатель Ф. Чистовичъ.

Секретарь В. Паринъ.

---

# Ю Б И Л Е Й.

Открыта подписка на художественное издание въ память 1812 г. „ЮБИЛЕЙ“. Начиная съ 1-го іюля 1912 г. въ теченіи 6-ти мѣсяцевъ подписчики получаютъ:

- Война и Миръ. Геніальное произведеіе Л. П. Толстого, роскошное изданіе на англійской бумагѣ съ иллюстраціями Рѣпина, Васнецова, Мясоедова, Микоскаго, Карелина, Головина, Сомова и другихъ. 6 томовъ.
- Мемуары Наполеона о войнѣ 1812 года, писанныя на островѣ Св. Елены и хранившіеся до сихъ поръ не опубликованными въ Британскомъ музеѣ. 4 тома.
- Дневникъ Нутузова печатается съ разрѣшенія наследниковъ и впервые публикуется въ свѣтъ, черезъ сто лѣтъ. 2 тома.
- Дневникъ Барклая де Толли выйдетъ одновременно съ романомъ «Нареклаі де Толли Княгини Ливенъ, современницы полководца. 2 тома.
- За нулисами интригъ Наполеона Маршалъ Ней Записки хранящ. въ Парижѣ. 2 тома.
- Императоръ Александръ 1-й Мережковскаго. 2 тома, съ гравюрами и офортами.
- Партизанъ Фигнеръ въ 1812 г. по письмамъ и мемуарамъ А. Бильбасова, съ илл. 2 тома.
- Ужасы войны 1812 г. романъ Хрушова—Сокольниковова, хранившіеся у гр. Уваровой. 2 тома.
- Письма митрополита Филарета о войнѣ 1812 года.

Подписавшіеся на изданіе «Юбилей» до 1-го іюля 1912 г.

Получать бесплатно премію.

Альбомъ отечественной войны 100 картинъ отпечатан. въ Лейпцигѣ на бристолѣ въ роскошномъ альбомѣ. Три картины разм. 100 58 сантим.

1) Бородино, 2) Пожаръ Москвы и 3) Вѣздъ Императора Александра I въ Парижъ.

Изданіе будетъ печататься одновременно: на русскомъ, французскомъ, англійскомъ, нѣмецкомъ, польскомъ, японскомъ, финляндск. и латышск. языкахъ.

При подпискѣ просимъ указывать на какомъ языкѣ желаете получить; безъ указанія будутъ высылаться изданіе на русскомъ языкѣ.

Подписная цѣна на изданіе 6 руб. съ пересылкомъ. Допускается разсрочка въ 2 срока по 3 руб. Для любителей изящныхъ издацій и для коллекционеровъ, специальное изданіе будетъ печататься въ ограниченномъ количествѣ на мѣловой бумагѣ по цѣнѣ 15 руб. Разсрочка на это изданіе не предлагается.

Реданція изданія журнала «Юбилей» Лиговна 65, въ С.-Петербургѣ.