

К-12

— 70к

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1898—1899
учебномъ году.

ДОКТОРЪ МЕДИЦИНЫ
Николай Георгиевичъ
Рубоць.

№ 15.

ОБЪ ИНТУБАЦІИ ГОРТАНИ ПРИ КРУШѢ

БИБЛИОТЕКА
Харьковского Медич. Института
№ 4856
Шифр К-12

ДИССЕРТАЦІЯ НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
Александра Семеновича Каца

ПЕРЕВІР ПУ
1936

Ценаорамі диссертации по порученію Конференціи были профессора:
М. С. Субботинъ, Н. П. Гуидобинъ и приватъ-доцентъ Д. А. Соколовъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ

Типографія Товарищества „Общественная Польза“, Б. Подъяческая, № 39.
1898.

616.931

Серія докторських дисертацій, допущенихъ къ защитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1898—1899
учебномъ году.

БІБЛІОТЕКА

Харьківського Медичн. Інституту

№ 4856

Шифр К-12

7-ноя 2012

№ 15.

33 ПЕРЕВІРЕНО
1936

ОБЪ ИНТУБАЦИИ ГОРТАНИ ПРИ КРУШЬ.

ПРОВЕРЕНО

Диссертация на степень доктора медицины
Александра Семеновича Кацина.

Библиотека-Чит. 4479
Харьк. Гос. Мед. Высш. и Спец. Проф. Институт
Инв. кат. № 15493
Шифр. дес. К кеттер 13.

Цензорами диссертации по поручению Конференции были профессора:
М. С. Субботинъ, Н. П. Гундобинъ и приватъ-доцентъ Д. А. Соколовъ.

Получено
1896 г.

Изд. НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
№ 1-го Харьк. Мед. Института

С.-ПЕТЕРБУРГЪ

Типографія Товарищества „Общественная Польза“, Б. Подъячская, № 39.
1898.

3698

✓ 64542

3692
1947

1950

Перечет-60

7 - НОЯ 1912

7 - НОЯ 1912

Докторскую диссертацию лекаря Александра Семеновича Капина под заглавием: «Объ интубации гортани при крупѣ» печатать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы по отчетамъ было представлено въ Конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ диссертации (125 экземпляровъ диссертации и 300 отдѣльных оттисковъ краткаго резюме (выводовъ)—въ Конференцію и 375 экземпляровъ— въ академическую библіотеку). С.-Петербургъ, октября 3-го дня 1898 года.

Ученый Секретарь Ординарный профессор А. Діанни.

Лечение дифтерита подверглось въ послѣднее время, какъ извѣстно, значительнымъ измѣненіямъ. Трудами получившихъ уже всемірную извѣстность докторовъ Behring'a, Kitasato, Roux и Yersin'a найдено въ противодифтерійной сывороткѣ средство къ борьбѣ съ этой тяжкой и весьма распространенной болѣзью, уносившей огромное число жертвъ, преимущественно дѣтскаго возраста, преждевременно въ могилу. Многочисленными статистическими данными и заявленіями авторитетныхъ лицъ засвидѣтельствовано полезное дѣйствіе новаго средства въ борьбѣ съ дифтеритомъ. Д-ръ К. А. Раухфусъ, въ появившейся недавно работѣ «Успѣхи примѣненія противодифтерійной сыворотки въ Россіи»¹⁾, составленной «по матеріаламъ, собраннымъ соединенной комиссіей Общества дѣтскихъ врачей и Общества русскихъ врачей въ С.-Петербургѣ», собралъ 44631 случаевъ дифтерита, леченныхъ противодифтерійной сывороткой съ 14,6% смертности и 6507 случаевъ дифтерита, не пользованныхъ сывороткой съ 34,1% смертности, на основаніи чего этотъ компетентный авторъ высказывается за несомнѣнное цѣлебное свойство сыворотки. Д-ръ Villaret²⁾, на основаніи официальной германской статистики о смертности въ городахъ съ населеніемъ въ 15000 и больше человекъ, исчисляетъ среднюю смертность отъ дифтерита и крупа за 10 лѣтъ, съ 85-го до 95-го года, въ 11904

¹⁾ С.-Петербургъ, 1898 г.

²⁾ „Deutsche medic. Wochenschr.“ 13 Januar, 1898.

человѣкъ въ годъ, тогда какъ въ 95-мъ году, при примѣненіи повсюду противодифтерійной сыворотки, умерло отъ той-же болѣзни только 7266 человѣкъ, такъ что смертность отъ дифтерита въ 95-мъ году, въ сравненіи со средней смертностью отъ этой болѣзни за предшествовавшія 10 лѣтъ, понизилась на 49,48%. По д-ру Kossel'ю ¹⁾ наименьшая смертность отъ дифтерии въ больницахъ Берлина съ 1885-го года до 1895-го равнялась 33%, тогда какъ съ 1895-го года до 1898-го, при примѣненіи сыворотки, наибольшая смертность равнялась 16%.

Если у нѣкоторыхъ врачей существуетъ еще сомнѣніе относительно дѣйствительности сывороточнаго леченія дифтерита вообще, то въ вопросѣ о дифтеритномъ крупѣ всѣми признано дѣльное свойство сыворотки, останавливающее дальнѣйшее развитіе крупа, вслѣдствіе чего эта тяжкая болѣзнь, при устраненіи путемъ оперативнаго вмѣшательства вызываемаго крупомъ удушья, оканчивается часто полнымъ выздоровленіемъ. Достигнутый новымъ способомъ леченія успѣхъ въ борьбѣ съ крупомъ привлекъ вниманіе врачей къ оцѣнкѣ существующихъ оперативныхъ способовъ для устраненія удушья.

Первый способъ—кровавая операція горлосѣченіе, извѣстная еще съ древнихъ временъ и введенная въ практику леченія крупа Brétonneau въ 1833-мъ году. Второй способъ безкровный—интубація, изобрѣтенный сравнительно недавно и получившій широкое примѣненіе только въ послѣднее десятилітіе.

Въ то время какъ на западѣ интубація пользуется уже большою извѣстностью, примѣняется въ весьма многихъ больницахъ, въ частной и даже въ сельской практикѣ, у насъ въ Россіи способъ этотъ, судя по литературнымъ даннымъ, еще не такъ распространенъ. Это обстоятельство побудило меня заняться оцѣнкой интубаціи на основаніи того количества случаевъ, которое я

наблюдалъ въ заразномъ отдѣленіи С.-Петербургской Николаевской дѣтской больницы, гдѣ состою врачомъ-ассистентомъ съ 1894-го года.

Идея катетеризаціи дыхательныхъ путей исходитъ отъ Нурроcrates'a, но она была забыта на много вѣковъ, благодаря Asclepiades'у, который сталъ производить кровавую операцію, названную имъ «бронхотоміей». Въ 1801-мъ году Desault, желая ввести зондъ въ пищеводе, попалъ имъ случайно въ гортань и оставилъ его тамъ на нѣсколько часовъ, не причинивъ этимъ больному никакого вреда.

Этотъ случай установилъ возможность и безвредность катетеризаціи гортани и послужилъ основаніемъ къ примѣненію ея въ подлежащихъ случаяхъ. Bichat съ успѣхомъ воспользовался этимъ способомъ при отека гортани, его примѣру послѣдовали Diefenbach, Green, Schroetter, Monti и другіе. Monti пользовался зондомъ изъ гуттаперчи, который онъ вводилъ въ гортань для устраненія удушья на время до производства горлосѣченія. Weinlechner, Schroetter и Monti пытались также введеніемъ зонда въ гортань устранить причину удушья при крупѣ. Reubard оставлялъ введенный въ гортань катетеръ на продолжительное время, укрѣпляя его снаружи. Loiseau въ 1857-мъ году описалъ методъ катетеризаціи и прижиганія гортани примѣнительно къ леченію крупа. Но Bouchut первому принадлежитъ мысль вводить въ гортань короткія, специально устроенныя имъ для этой цѣли трубочки и оставлять ихъ тамъ на продолжительное время до устраненія удушья. Въ 1858-мъ году Bouchut ¹⁾ изложилъ свой способъ оперативнаго леченія крупа передъ Парижской академіей, но потерпѣлъ неудачу, вслѣдствіе критики Troussseau—ярого защитника трахеотоміи. Bouchut пользовался прямыми цилиндрическими серебряными трубочками (рис. 1), длиною около 2-хъ сантиметровъ, снабженными на верхнемъ концѣ двумя параллельными

¹⁾ E. Bouchut. „D'une nouvelle méthode de traitement du croup par le tubage du larynx“. „Bulletin de l'Académie de médecine“. 1858. XXIII.

¹⁾ „Deutsche medie. Wochenschr“. 14 April, 1898.

валиками, благодаря которым трубочка удерживалась между голосовыми связками. Для введения трубочек в гортань служил обыкновенный металлический мужской катетер, тонкий ко-

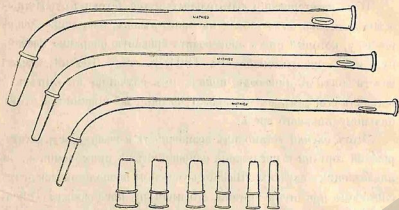


Рисунок I.

нец которого вводился в просвѣтъ трубочки. Voichut применилъ свой способ въ двухъ случаяхъ крупы, но, къ сожалѣнію, первый окончился смертью, а второй выздоровленіемъ только послѣ трахеотоміи. Эта неудача въ примениніи способа на практикѣ и послужила поводомъ къ осужденію его, несмотря на защиту известнаго Malgaigne'я, который сравнилъ интубацію съ камнедробленіемъ и предсказывалъ ей въ будущемъ превосходство надъ горлосѣченіемъ, какъ камнедробленіе вытѣснило въ известнѣхъ случаяхъ камнещеченіе. Дѣйствительно, мысль Voichut получила спустя нѣкоторое время практическое осуществленіе и приобрѣла многихъ сторонниковъ, благодаря Нью-Йоркскому ларингологу Joseph O'Dwyer'у, который усовершенствовалъ какъ инструменты, такъ и технику операціи. Въ 1885-му году O'Dwyer опубликовалъ свой методъ интубаціи, который былъ сочувственно принять его соотечественниками и вскорѣ проникъ также и въ Европу¹⁾.

¹⁾ Исторія интубаціи подробно изложена докторомъ А. А. Полиевктовымъ въ его статьѣ «Прошлое и современныя успѣхи интубаціи гортани при крупѣ». Русскій архивъ патологіи, клин. мед. и бактер., мартъ, 1898 г.

Существенную часть набора O'Dwyer'a (рис. II) составляетъ инструментъ для введенія трубочекъ въ гортань—интубаторъ. Онъ представляетъ собою рычагъ, снабженный съ одной стороны рукояткой, а съ другой загнутый подъ прямымъ угломъ и оканчивающийся винтикомъ, на который навинчиваются разныхъ размѣровъ мандрины. Рычагъ охватывается трубочкой, свободно движущейся вдоль оси рычага, при нажиманіи на задвижку, соединенную съ трубочкой и находящуюся въ рукояткѣ рычага; другой конецъ трубки соединенъ посредствомъ металлической спирали съ короткой вилочкой, надвигающейся при поступательномъ движеніи трубки на мандринъ и сталкивающей съ него интубаціонную трубочку. Мандрины состоятъ изъ двухъ частей, соединен-

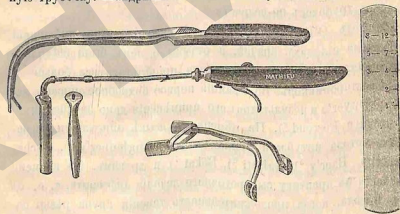


Рисунок II.

ныхъ между собою подвижно; это даетъ имъ возможность сплываться и облегчаетъ выведеніе ихъ изъ трубочки, когда послѣдняя утверждена уже въ гортани. На свободномъ концѣ своемъ мандринъ имѣетъ пугачатое утолщеніе, выступающее изъ просвѣта трубочки и образующее вмѣстѣ съ нею клиновидное окончаніе, легко проникающее въ гортань черезъ голосовыя связки. Въ наборѣ O'Dwyer'a имѣется пять трубочекъ для разнаго возраста, онѣ сдѣланы изъ мѣди и покрыты снаружи слоемъ золота. Длина ихъ приблизительно отъ 3 1/2 до 6-ти сантиметровъ, съ боковъ онѣ сжаты, такъ что на поперечномъ разрѣзѣ представили-

бы фигуру элипса, на серединѣ оныхъ имѣють кругловатое утолщеніе, удерживающее ихъ въ гортани, а сверху снабжены головкой, не позволяющей трубочкѣ проникать глубже въ дыхательные пути; служенное мѣсто ниже головки ущемляется въ просвѣтъ голосовыхъ связокъ. Въ головкѣ имѣется дырочка для вдвѣнанія нити, посредствомъ которой трубочка можетъ быть извлечена обратно. Въ наборѣ имѣется еще инструментъ для извлечения трубочекъ изъ гортани, состоящій изъ двухъ, соединенныхъ между собою рычаговъ, согнутыхъ подъ прямымъ угломъ и оканчивающихся двумя пластинками, расходящимися при сближеніи рычаговъ на подобіе клюва; затѣмъ, расширитель рта весьма простаго устройства и пластинка съ дѣлениями, опредѣляющая размѣръ трубочекъ по возрасту.

Методъ O'Dwyer'a подвергался неоднократно публичной оцѣнкѣ на сѣздахъ врачей, и отзывы о немъ были настолько благоприятны, что интубація стала пріобрѣтать все больше и больше сторонниковъ. Во Франціи первое подробное описаніе метода O'Dwyer'a и результатовъ его примѣненія дано Jacques'омъ¹⁾ и позднѣе Ferroud²⁾. На нѣмецкомъ языкѣ описаніе и разработка метода интубаціи принадлежитъ Ganghofner'y³⁾, Escherich'y⁴⁾, Baer'y⁵⁾, Galatti⁶⁾, Bokai⁷⁾ и другимъ. Со времени введенія въ практику сывороточнаго леченія дифтерита, т. е. съ 94-го года, когда продолжительность течения крупа рѣзко сократилась, примѣненіе интубаціи значительно расширилось, популярность ея увеличилась, и описаніе ея на различныхъ языкахъ составляетъ уже весьма обширную литературу. На русскомъ языкѣ первый печатный отзывъ объ интубаціи принадлежитъ

¹⁾ "Thèse de Paris", 1888.

²⁾ "Thèse de Lyon", 1894.

³⁾ "Jahrbuch für Kinderheilkunde" XXX.

⁴⁾ "Wiener Klinische Wochenschrift", 1891.

⁵⁾ "Inaugural Dissertation", 1892.

⁶⁾ "Allgemeine Wiener medic. Zeitung", 1892.

⁷⁾ "Jahrbuch für Kinderheilk.", 1894.

К. А. Раухфусу¹⁾, на основаніи первыхъ опытовъ примѣненія этой операціи въ больницѣ Принца Петра Ольденбургскаго. Д-ръ Полевиковъ²⁾ описалъ подробно методъ интубаціи, ознакомившись съ нимъ въ Парижскихъ госпиталяхъ. Д-ръ Войновъ³⁾ подробно описываетъ интубацію и преимущества ея передъ горлосъченіемъ на основаніи значительнаго матеріала Александровской барачной въ память С. П. Веткина больницы. Д-ръ Папковъ⁴⁾ сообщилъ результаты примѣненія интубаціи въ Одесской городской больницѣ и, сравнивая интубацію съ горлосъченіемъ, высказывается въ пользу первой операціи.

Д-ръ Ковальскій⁵⁾ сообщилъ 19 случаевъ примѣненія интубаціи въ Черниговской губернской земской больницѣ съ 22,2% смертности. Д-ръ Финкельштейнъ⁶⁾ сообщилъ результаты примѣненія интубаціи въ Елисаветинской дѣтской больницѣ и описалъ достоинства и недостатки этой операціи. Д-ръ Полевиковъ⁷⁾ весьма подробно изложилъ исторію интубаціи и современное ея значеніе.

Многіе авторы превозносятъ эту операцію, другіе приводятъ различные недостатки ея и стараются ее усовершенствовать. Къ недостаткамъ операціи относятся нѣкоторыя затрудненія къ введенію и выведенію трубочекъ, возможность произвольнаго выкашливанія ихъ, иногда поврежденіе слизистой оболочки дыхательныхъ путей и затрудненіе глотанія, зависящее отъ присутствія трубочки въ гортани. Эти недостатки пытались устранить

¹⁾ "Труды общества дѣтскихъ врачей". С.-Петербург. 1890 г. I вып.

²⁾ "Дѣтская медицина". 1896. № 1.

³⁾ Б. Н. Войновъ, "Интубація при дифтеритическомъ стенозѣ гортани". "Больничная газета Веткина". Апрель, 1897 г.

⁴⁾ "Врачъ". 10 іюля 1897 г. № 28 "Объ интубаціи (трубкованіи) при дифтеритѣ".

⁵⁾ "Къ вопросу о дифтеритѣ верхнихъ дыхательныхъ путей". "Дѣтская медицина", 1897 г. № 5.

⁶⁾ "Труды общества дѣтскихъ врачей". С.-Петербург., 1897 г. II вып.

⁷⁾ "Русскій архивъ пат.", мартъ 1898 г.

видоизмѣненіемъ трубочекъ O'Dwyer'a и инструментовъ для введенія и выведенія.

Самъ O'Dwyer въ 1890-мъ году измѣнилъ трубочки, сдѣлавъ ихъ болѣе короткими, ради болѣе легкаго введенія ихъ и избѣжанія пораненія слизистой оболочки, но такія трубочки не устраивали препятствія, лежащаго иногда ниже голосовыхъ связокъ, вслѣдствіе чего O'Dwyer снова удлинилъ трубочки. Имъ-же испытаны весьма длинныя трубки, доходящія до развѣтвленія трахеи, равно какъ короткія цилиндрическія. На конгрессѣ въ Берлинѣ въ 90-мъ году O'Dwyer демонстрировалъ устроенныя имъ трубочки разныхъ образцовъ. Самымъ разнообразнымъ измѣненіямъ подвергались трубочки со стороны другихъ, какъ американскихъ, такъ и европейскихъ врачей. Hoadley ¹⁾ уменьшалъ размѣръ головки, чтобы трубочка проникала глубже въ гортань и не препятствовала глотанію, Вагъ ²⁾ съ той-же цѣлью сдѣлалъ головку болѣе низкой. Carstens ³⁾ измѣнилъ головку по своему, сдѣлавъ ее болѣе низкой спереди и болѣе высокой сзади, округливъ просвѣтъ трубочекъ и, вмѣсто позолоты, покрылъ ихъ никкелемъ, вслѣдствіе чего трубочки стали болѣе тяжелы и неуклюжи; онъ измѣнилъ также и мандрины, сдѣлавъ ихъ болѣе длинными, входящими въ рукоятку интубатора, гдѣ они укрѣпляются винтомъ. Ferrond ⁴⁾ рѣшилъ обходиться безъ мандрина

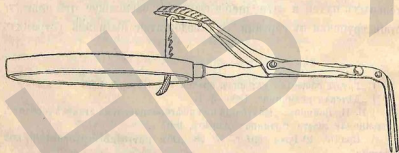


Рисунок III.

¹⁾ „Journ. of the Americ. med. Assoc., 1887.

²⁾ „Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte“, 1892.

³⁾ „Jahrbuch für Kinderheilk.“ XXXVIII, стр. 272.

⁴⁾ „Thèse de Lyon“, 1894.

срѣзалъ косо конецъ трубочекъ, чтобы онѣ проникали въ гортань безъ мандрина и для введенія этихъ трубочекъ пользовался особымъ интубаторомъ въ видѣ длиннаго пинцета, входящаго въ просвѣтъ трубочекъ и служащаго также и для выведенія, ихъ причѣмъ воздухъ безпрепятственно проникаетъ въ гортань во время интубаціи за отсутствіемъ мандрина (рис. III). Tsakiris ¹⁾ сдѣлалъ трубочки изъ алюминія, Вауеихъ ²⁾ предложилъ короткія трубочки, мало отличающіяся отъ O'Dwyer'овскихъ, съ удлиненнымъ мандриномъ. Sevestre измѣнилъ эту «tube court français», укоротивъ снова мандринъ по типу O'Dwyer'овскаго. Chaillon ³⁾ измѣнилъ интубаторъ такъ, что онъ соединяется съ мандриномъ

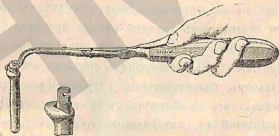


Рисунок IV.

безъ винта посредствомъ задвижки. Sevestre ⁴⁾ описалъ инструменты, устроенные Селіп'омъ по этому типу, преимущественно употребляющіеся во Франціи въ настоящее время (рис. IV). Экстубаторъ послѣ нѣсколькихъ измѣненій изгнанъ нѣкоторыми совѣмъ изъ употребленія. Подробное описаніе всѣхъ модификацій интубаціонныхъ инструментовъ дано Tsakiris'омъ въ его диссертаци ⁵⁾.

Въ Николаевской дѣтской больницѣ имѣются два набора для интубаціи: одинъ O'Dwyer'овскій, привезенный изъ Америки

¹⁾ „Gazette des hôpitaux“. 1895, mai.

²⁾ „Médecine moderne“, 1895, mai et juin.

³⁾ „Thèse de Paris“, 1895.

⁴⁾ „Bulletin et Mémoires de la Société méd. des Hôpitaux de Paris“, 1895, avril 19.

⁵⁾ „Instruments anciens et nouveaux pour l'intubation du larynx dans le croup“. Tsakiris. „Thèse de Paris“, 1895.

БИБЛИОТ.
Университетская библиотека имени Н.И. Пирогова

покойным хирургом Рейеромъ, съ длинными вызолоченными трубочками, и другой нѣмецкій, носящій всѣ усовершенствованія д-ра Carstens'a; мы преимущественно пользовались первымъ, въ виду несомнѣннаго его превосходства. Съ апрѣля 95-го года до настоящаго времени интубація примѣнялась нами въ 212-ти случаяхъ крупы съ различными степенями удущья. Замѣчу тутъ же, что за тотъ-же періодъ времени въ Николаевской дѣтской больницѣ выздоровѣли 130 больныхъ крупомъ съ дифтеритомъ зѣва безъ оперативнаго вмѣшательства, при одномъ леченіи противодифтерійной сывороткой и парами.

Показаніемъ къ оперативному пособию служило стойкое суженіе гортани съ затрудненіемъ доступа воздуха въ легкія, выразившимся втягиваніемъ грудной клітки при вдохѣ, отсутствіемъ или ослабленіемъ дыхательныхъ шумовъ при выслушиваніи, диспноэтическимъ расширеніемъ крыльевъ носа, синюхой, слабымъ пульсомъ, безпокойствомъ и страхомъ ребенка; иногда больные доставлялись въ обморочномъ состояніи отъ отравленія угольной кислотой съ нитевиднымъ пульсомъ и похолодѣвшими конечностями. Операция производилась всегда въ сидячемъ положеніи ребенка на рукахъ у няни, завернутаго въ одеяло; стоящая слѣва фельдшерца прижимаетъ правой рукой голову ребенка къ своей груди, а лѣвой удерживаетъ расширитель рта. Операторъ вводитъ быстро указательный палецъ лѣвой руки въ ротъ больного, достигаетъ имъ задней поверхности надгортанника, въ то-же время слегка нажимая на корень языка, правой рукой вводитъ интубаторъ, снабженный соответствующей возрасту трубкой съ предохранительной нитью, вдѣтой въ отверстие головки, проводитъ трубку, руководствуясь осязаніемъ лѣваго указательнаго пальца, въ просвѣтъ между надгортанникомъ и черпаловидными хрящами и ligamenta ary-epiglottica (рис. V), кладетъ лѣвый указательный палецъ на головку трубочки и сталкиваетъ ее съ мандрина, если-же трубочка не сходитъ легко съ мандрина, то сталкиваетъ ее, надыгая вилку интубатора. Мандринъ быстро выводится изъ полости рта, расширитель удаляется. Облегченное

дыханіе, металлическій дующій шумъ вмѣсто лающего кашля, доказываютъ присутствіе трубки въ гортани; рѣдко приходилось намъ вводить снова палецъ, чтобы ощупываніемъ головки удостовѣриться, что трубочка введена въ гортань, а не въ пищеводъ. Инструменты обеззараживались до и послѣ операции обмываніемъ въ растворѣ борной кислоты и проведеніемъ черезъ пламя спиртовой горѣлки. Нить всегда оставлялась нами укрѣпленной помощью полоски липкаго пластыря снаружи на щеку. На руки

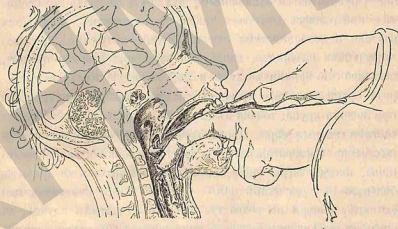


Рисунок V (заимствованъ у Carstens'a).

ребенка одальвисъ сшитыя по моему указанію большія клеенчатыя на ватѣ рукавицы, не позволяющія ребенку удалить трубочку за нитку, но не стѣсняющія его свободы. Ребенокъ помѣщался въ насыщенную парами камеру для предупрежденія засыханія въ трубкѣ мокроты. Интубированнаго ребенка не беспокоили ни смазываніями зѣва, ни приемами лекарствъ, чтобы не нарушать столь драгоценнаго для него сна. Твердая и полужидкая пища давалась по желанію больного*), жидкая-же пища, именно молоко, часто съ прибавленіемъ щелочной минеральной воды, вливалась черезъ зондъ, если ребенокъ не на-

*) Мясная — только послѣ излеченія лихорадки.

пился до операции или въ промежуткѣ между выведением и введеніемъ трубки. Выведеніе трубки производилось при помощи нити, а въ тѣхъ сравнительно немногихъ случаяхъ, гдѣ нить была перерѣзана зубами, выведение производилось при помощи экстубатора. При выборѣ времени для удаленія трубочки руководились преимущественно пониженіемъ температуры, ходомъ дифтеритнаго процесса, степенью первоначальнаго стеноза. Замѣчу тутъ-же, что въ этомъ отношеніи нѣтъ возможности руководиться одинаковыми для всѣхъ случаевъ показаніями—приходилось считать также съ возрастомъ, сложениемъ ребенка и особенностями случая. Итакъ, интубація, противодифтерійная сыворотка, водѣ для кормленія (вѣрнѣе поенія), насыщенный парами воздухъ и еще зачастую вдыханіе кислорода составляли весь арсеналъ средствъ, примѣнявшихся нами при леченіи крупа; только въ случаяхъ осложненій примѣнялись соотвѣтственные мѣры. Противодифтерійная сыворотка, преимущественно Императорскаго Института экспериментальной медицины, иногда заграничная, выскывалась тотчасъ по прибытіи больного въ количествѣ 1000—1500—2000 противоядныхъ единицъ, смотря по возрасту больного и тяжести случая; въ среднемъ на каждого больного приходится 1450 противоядныхъ единицъ.

Несмотря на кажущуюся простоту и легкость выполненія, интубація является однако весьма серьезной операціей: она должна вернуть къ жизни задыхающагося, а иногда и умирающаго ребенка и замѣнить кровавую и сопряженную съ немалыми опасностями операцію горлосеченія.

При такихъ условіяхъ уже а priori является вопросъ, зависить-ли исходъ операціи отъ самаго метода, отъ связанныхъ съ нимъ затрудненій и случайностей, или онъ зависитъ болѣе отъ тяжести и индивидуальности случая, въ которомъ этотъ методъ примѣняется. Можно смѣло сказать, что не существуетъ операціи, которая не была-бы связана со случайностями и ослож-

неніями, и интубація въ этомъ отношеніи не составляетъ исключенія. Но для оцѣнки ея необходимо выяснить, часто-ли исходъ ея зависитъ отъ этихъ случайностей, и на сколько ею обеспечивается успѣхъ въ благопріятныхъ случаяхъ. Съ этой цѣлью я приступаю къ подробному разсмотрѣнію матеріала, имѣющагося въ моихъ рукахъ. Къ сожалѣнію, по независящимъ отъ меня причинамъ, бактериологическое изслѣдованіе было произведено лишь у немногихъ больныхъ крупомъ, тѣмъ не менѣе я думаю, что мы имѣли дѣло всегда съ дифтеритнымъ крупомъ, на томъ основаніи, что въ дифтеритномъ отдѣленіи помѣщались только тѣ больные съ затрудненнымъ дыханіемъ, у которыхъ это затрудненіе развивалось исподволь и было стойкимъ, въ отличіе отъ ложнаго крупа, гдѣ удушье развивается скоро и интермиттируетъ, и у которыхъ, кромѣ крупа, имѣлось на лицо пораженіе дифтеритомъ зѣва или носа или того и другого вмѣстѣ. Значеніе бактериологическаго изслѣдованія дифтерита въ послѣднее время значительно уменьшилось въ пользу клиническаго наблюденія и распознаванія. Изъ 512 случаевъ крупа, сопутствовавшаго плечатой жабѣ, д-ръ К. А. Раухфусъ¹⁾ при бактериологическомъ изслѣдованіи только въ 2,3% не нашелъ бациллъ Löffler'a. Kurth²⁾, на основаніи изслѣдованій, произведенныхъ въ бактериологическомъ институтѣ въ Бременѣ, отвергаетъ существованіе недифтеритнаго крупа: въ 45 случаяхъ, изслѣдованныхъ авторомъ и давшихъ отрицательный результатъ при изслѣдованіи содержимаго зѣва, тѣмъ не менѣе найдены воплѣтѣ вирулентныя дифтеритныя бациллы въ пленкахъ и въ гноѣ, исходящихъ изъ глубокихъ лежащихъ дыхательныхъ путей. Variot въ своемъ обширномъ трудѣ о дифтеріи³⁾ говоритъ въ предисловіи: «L'examen clinique dans la diphtérie conserve une incontestable supériorité sur l'examen

¹⁾ К. А. Раухфусъ. «Дифтерія. Клиническіе матеріалы и очерки». Русск. арх. патол., клин. мед. и бактер. 1896 г. Томъ II, вып. 6

²⁾ «Deutsche Medicinische Wochenschrift» 95. №№ 27, 28, 29.

³⁾ «La Diphtérie et la Sérothérapie» Paris 93.

bactériologique parce qu' il est plus rapide en général, plus simple et parce qu' il donne des indications plus exactes et plus complètes.»

Всѣ 212 случаевъ крупа, подвергнутыхъ нами интубации, должны быть раздѣлены на 3 группы: къ I-ой относятся 175 больных, леченныхъ одною интубацией, ко II-ой 26 больных, имѣвшихъ, кромѣ крупа, еще другую острую инфекционную болѣзнь, и къ III-ей 11 больных, которымъ послѣ болѣе или менѣе продолжительной интубации было сдѣлано горлоесѣченіе. Въ I-ой группѣ изъ 175 больныхъ крупомъ, леченныхъ одною интубацией, окончились выздоровленіемъ 134 и смертью 41.

На исходъ болѣзни въ I-ой группѣ прежде всего могъ оказать влияние возрастъ больныхъ дѣтей; дѣйствительно, если сумму всѣхъ цифръ, опредѣляющихъ возрастъ этихъ больныхъ, раздѣлить на количество больныхъ, то для умершихъ получается средней возрастъ $3\frac{1}{4}$ года, для выздоровѣвшихъ $4\frac{2}{4}$ года, что совершенно понятно, такъ какъ силы и выносливость ребенка съ возрастомъ несомнѣнно увеличиваются. Но въ отдѣльныхъ случаяхъ возрастъ далеко не рѣшаетъ еще исхода, который зависитъ и отъ многихъ другихъ обстоятельствъ. Такъ, изъ 8-ми больныхъ 2-хъ лѣтняго возраста (2 г. 1 м., 2 г. 2 м., 2 г. 3 м., 2 г. 5 м., 2 г. 6 м., 2 г. 8 м. и 2 по 2 г. 11 м.) умеръ только 1 (12,5% см.)

изъ 63-хъ	3-хъ лѣтн. возр.	ум.	18 (28,5% см.)
> 43-хъ	4-хъ >	>	15 (34,8% см.)
а > 19-и старше	6-и лѣт	умерло	4 (21% см.) —

больше, чѣмъ для 2-хъ лѣтнихъ.

Послѣ возраста существенное влияние на исходъ болѣзни должно было оказывать тѣлосложеніе ребенка и состояніе питанія организма. Правильное сложеніе съ удовлетворительнымъ или хорошимъ питаніемъ отмѣчено у 86-и больныхъ; изъ нихъ умерло 16 (18,6% смертн.), рахитическія измѣненія скелета съ боль-

шимъ или меньшимъ изуродованіемъ грудной кѣтки и съ ослабленнымъ питаніемъ было у 89-и, изъ нихъ умерло 25 (28% смертн.). Такимъ образомъ, судя по этимъ цифрамъ, влияние на исходъ болѣзни сложенія и питанія больныхъ въ числѣ другихъ влияній при крупѣ играетъ также не маловажную роль.

Степень суженія гортани и тяжесть связанныхъ съ нимъ припадковъ были не всегда одинаковы, ибо лѣтъ возможности придерживаться однихъ и тѣхъ-же показаній къ операци во всѣхъ случаяхъ и выжидать угрожающихъ явленій; гдѣ удущее наступало скорѣ послѣ прививки и трудно было надѣяться на выздоровленіе ребенка безъ оперативнаго вмѣшательства, послѣднее производилось при умѣренныхъ явленіяхъ суженія гортани, втягиваніи грудной кѣтки, исчезаніи или ослабленіи дыхательныхъ шумовъ и безпокойствѣ ребенка. Такихъ случаевъ отмѣчено 67, изъ нихъ умерло 8 (11,9%). Въ 73-хъ случаяхъ суженіе гортани и припадки удущья были сильные, выражавшіеся глубокимъ втягиваніемъ грудной кѣтки, синопной, слабымъ пульсомъ, изъ нихъ умерло 24 (32,8%). Сильнѣйшее суженіе гортани, угрожающее неминуемымъ и скорымъ задушеніемъ съ сильнымъ цианозомъ, иногда съ безосмысленнымъ состояніемъ и нитевиднымъ пульсомъ отмѣчено въ 35-и случаяхъ, изъ нихъ умерло 9 (25,7%). Кажущееся здѣсь противорѣчіе въ результатахъ, т. е. большой процентъ выздоровленія въ случаяхъ съ сильнѣйшимъ суженіемъ гортани и тяжелыми припадками удущья объясняется тѣмъ, что сильнѣйшее удущее развивается часто довольно быстро, и, по устраненіи препятствія, всѣ припадки такъ-же быстро исчезаютъ. Большее значеніе имѣетъ, вѣроятно, число часовъ, прошедшее отъ начала дифтерита и крупа до момента интубации, но этотъ вопросъ не поддается рѣшенію за неточностью анамнестическихъ данныхъ.

Если степень суженія гортани съ припадками удущья оказываетъ столь замѣтное влияние на исходъ болѣзни при прилѣбленіи интубации, то еще въ большей мѣрѣ исходъ операци зависитъ

ПЕРЕВІРНО
1936

БИБЛИОТЕКА
Харьковского Медицинскаго Института
№ 4856

отъ распространія дифтеритнаго процесса, отъ степени отравленія организма, отъ пораженія внутреннихъ органовъ и въ особенности легкихъ и бронховъ. Объ этихъ измѣненіяхъ можно судить до нѣкоторой степени по силѣ лихорадки и по частотѣ дыханія. Дѣйствительно, изъ 47-и больныхъ съ температурой тѣла до интубаціи выше 39°-R умерло 16(34%), изъ 59-и больныхъ съ учащеннымъ до операціи дыханіемъ свыше 32-хъ въ минуту, умерло 26(44%). Если сравнить эти исходы съ общимъ (для всѣхъ 175-и случаевъ % смертности равенъ 23,4), то можно принять на основаніи этихъ данныхъ, что температура тѣла и частота дыханія до операціи могутъ служить нѣкоторой опорой для предсказанія. Еще большее значеніе, повидимому, имѣетъ измѣненіе температуры послѣ операціи, причемъ значительное повышеніе ея, если оно не является рефлекторнымъ, какъ лихорадка послѣ бужирванія уретры, могло-бы служить показателемъ существующихъ осложнений. Повышеніе температуры послѣ интубаціи наблюдалось 61 разъ въ среднемъ на 1,5°-R, 23 изъ этихъ случаевъ окончились смертью (37,7% — значительно больше общаго процента смертности); зато, изъ 31 больныхъ, у которыхъ температура тѣла послѣ интубаціи понизилась (въ среднемъ на 1,1°-R), умерло только 2—одинъ, имѣвшій уже до интубаціи пневмонію (на вскрытіи оказалась закупорка бронха, см. случай 85-ый), другой съ флегмонознымъ дифтеритомъ съ отекомъ клѣтчатки шеи и груди. Изъ числа выздоровѣвшихъ (134-хъ) у 48-ми достаточно было одной интубаціи, у остальныхъ она производилась повторно (до 12-и разъ въ одномъ случаѣ и у взрослой-фельдшерницы дифтеритнаго отдѣленія 33 раза); въ среднемъ на каждого выздоровѣвшаго приходится по 2,5 интубаціи.

Изъ 41 умершихъ 21 были интубированы по одному разу, остальные повторно (до 9 разъ), въ среднемъ на каждого умершаго приходится 2 интубаціи.

Средняя продолжительность пребыванія трубочки въ гортани у выздоровѣвшихъ равняется 34,1 часамъ; въ 10-ти слу-

чаяхъ пребываніе трубочки у выздоровѣвшихъ было менѣ 10-и часовъ, въ 4-хъ случаяхъ всего нѣсколько минутъ; зато въ 7-ми случаяхъ оно превышало 120 часовъ (5 сутокъ): 132, 146, 149, 163, 166, 224 и у взрослой 569 часовъ.

У умершихъ средняя продолжительность пребыванія трубочки въ гортани нѣсколько больше, именно 41,5 часовъ, хотя только два раза превышала пять сутокъ (126 и 238 часовъ); 15 умершихъ (изъ 41) носили трубочку менѣ сутокъ, изъ нихъ 9 умерли съ трубочкой, 4 черезъ нѣсколько часовъ послѣ удаленія трубочки (отъ 2-хъ до 18-и), 1 на 7-ой день по удаленіи (съ флегмонознымъ дифтеритомъ), и 1 на 12-ый день послѣ экзубаціи (пневмонія и нефритъ); 3 умершихъ носили трубочку всего 7, 8 и 9 часовъ и умерли съ трубочкой (см. случай 40-ый).

Итакъ, число интубаціи и продолжительность пребыванія трубочки въ гортани у умершихъ и у выздоровѣвшихъ представляютъ небольшую разницу и для рассматриваемаго числа больныхъ, повидимому, не имѣли большаго вліянія на исходъ болѣзни. Если соединить рассмотрѣнныя выше условія, оказавшія болѣе замѣтное вліяніе на исходъ, именно возрастъ, рахитическія измѣненія скелета и грудной клѣтки, дурное питаніе, высокую степень удушья, а главное значительное распространеніе дифтеритнаго процесса съ сильными явленіями общаго отравленія, съ высокой температурой тѣла, учащеннымъ дыханіемъ и осложнениями до интубаціи — большою частью катаромъ дыхательныхъ путей и пораженіемъ почекъ, то такихъ неблагоприятныхъ случаевъ насчитывается 57 (изъ 175-ти), которые и поглощаютъ почти всю смертность (36), оставляя лишь 5 случаевъ смерти на долю случайныхъ осложнений и непредвидѣнныхъ исходовъ.

Значеніе возраста, слабаго тѣлосложенія и неудовлетворительнаго питанія понятно, такъ какъ условія эти несомнѣнно ослабляютъ выносливость ребенка. Еще большее вліяніе естественно должно оказывать на исходъ болѣзни, незаявлено отъ опера-

тивного вмешательства, поражение дифтеритным ядом внутренних органов съ нарушением их жизненных отправлений. Новѣйшими изслѣдованіями вполне установлены измѣненія крови подъ вліяніемъ дифтеритнаго яда ¹⁾, ²⁾, измѣненія двигательныхъ мышцъ и первыхъ элементовъ ³⁾, а также поражение сердечной мышцы ⁴⁾; но всѣ эти измѣненія могутъ существовать на ряду съ удущемъ отъ суженія гортани и конечно не устраняются интубаціей.

Причиной смерти, выяснившейся уже отчасти при клиническомъ наблюдении и проверенной вскрытіемъ, производившимся прозекторомъ больницы д-ромъ П. О. Гаттовскимъ, въ большинствѣ нашихъ случаевъ (въ 22-хъ) было распространение фибринознаго выпота на глубоко лежащія дыхательные пути, иногда до мельчайшихъ развѣтвленій бронховъ (см. случаи 40-ый, 90-ый и 158-ой) — tracheo bronchitis fibrinosa — въ 7-ми случаяхъ (изъ 22-хъ) съ поражениемъ легочной ткани — дольчатой или долевою пневмоніей, въ 12-ти случаяхъ съ болѣе или менѣе выраженнымъ измѣненіемъ почекъ; даѣе, причиной смерти въ 8-ми случаяхъ было воспаление легкаго съ гнойнымъ или слизистымъ катарромъ бронховъ, въ одномъ случаѣ съ фибринознымъ плевритомъ; затѣмъ, въ одномъ случаѣ хроническое творожистое воспаление легкихъ, въ 6-ти случаяхъ фибринозный ларинго-трахеитъ, 2 раза съ пневмоніей и острымъ паренхиматознымъ нефритомъ и 4 раза только съ катарральнымъ или гнойнымъ бронхитомъ. Въ остальныхъ 5-ти случаяхъ смерти на вскрытіи обнаруженъ только гнойный катарръ слизистой трахеи и бронховъ: 3 раза съ измѣненіями въ почкахъ, одинъ разъ съ перикардитомъ, жировымъ перерожденіемъ сердца и съ катарральными изъязвленіями въ кишечникѣ. Кромѣ описанныхъ измѣ-

¹⁾ „De la leucocitose dans la Diphthérie“ д-ра Безрѣдка, Annales de l'Institut Pasteur. mai 98.

²⁾ Газе. Диссертация С.П.В. 98 г.

³⁾ Муравьевъ. „Русскій архивъ патол., физ. мед. и бакт.“ апр. 97 г.

⁴⁾ Павловъ. „Врачъ“. 95 г. стр. 1180.

неній при вскрытіяхъ найдено въ 8-ми случаяхъ поврежденіе слизистой оболочки гортани и трахеи: 4 раза въ видѣ поверхностнаго осадненія эпителия, 3 раза изъязвленіе слизистой до подслизистаго слоя и 1 разъ до трахеальнаго хряща (случай 90-ый).

У выздоровѣвшихъ только въ 18 ти случаяхъ не наблюдалось никакихъ осложненій, такъ что, по устраненіи удущья и съ отдѣленіемъ дифтеритныхъ пленокъ, наступило вскорѣ полное выздоровленіе. Въ 70-ти случаяхъ наблюдался во время болѣзни болѣе или менѣе распространенный бронхіальный катарръ (въ одномъ случаѣ съ затрудненнымъ глотаніемъ по удаленіи трубки, вслѣдствіе паралича глотательныхъ мышцъ), въ 93-хъ случаяхъ присутствіе бѣлка въ мочѣ и въ 13-ти случаяхъ было болѣе тяжкое осложненіе — воспаленіемъ легкихъ.

Полное выздоровленіе достигнуто не у всѣхъ, именно 66 больныхъ выбыли съ невозстановившейся функціей гортани, т. е. съ беззвучнымъ или слабымъ голосомъ; у остальныхъ 68-ми голосъ вполне восстановился, иногда на 2-ой, 3-ій день по удаленіи трубочки, болѣею-же частью позже, причѣмъ продолжительность пребыванія трубочки въ гортани, повидимому, не имѣла вліянія на быстроту восстановленія голоса. Такъ, въ одномъ случаѣ послѣ 80-ти часовой интубаціи голосъ восстановился на 2-ой день по удаленіи трубки, въ другомъ послѣ 89-ти часовой на 3-ій, послѣ 149 ти часовой на 7-ой, послѣ 224-хъ часовой на 9-ый; съ другой стороны, послѣ 3-хъ часовой интубаціи въ одномъ случаѣ голосъ восстановился на 13-ый день, послѣ 8-ми часовой на 20-ый. Если раздѣлить сумму часовъ пребыванія трубочки въ гортани у вполне выздоровѣвшихъ до 2-хъ недѣль послѣ удаленія трубочки и раздѣлить на число ихъ, то въ среднемъ придется на каждаго около 37-ми часовъ интубаціи, а для остальныхъ, у которыхъ голосъ не восстановился до двухъ недѣль по удаленіи трубочки, средняя продолжительность интубаціи значительно меньше, именно около 26,5 часовъ. Въ двухъ случаяхъ, гдѣ голосъ долго не восстанавливался (до 20-го и до 29-го дня), наблюдалась еще въ

одномъ продолжительная лихорадка и чувствительность гортани къ давленію снаружѣ, во второмъ присутствіе крови въ мокротѣ. Предположено у обоихъ существованіе пролежня въ гортани или трахей, но, къ сожалѣнію, у одного (3-хъ лѣтняго) изслѣдованіе зеркаломъ неудалось, а у другого (5-ти лѣтняго) можно было видѣть гортань только до голосовыхъ связокъ. Одинъ носилъ трубочку 39 часовъ, а другой только 8.

Повтореніе интубаціи обусловливалось во многихъ случаяхъ (въ 49-ти) присутствіемъ фибринозныхъ пленокъ въ гортани, которыя выходили наружу при вторичной интубаціи или экстубаціи. Въ другихъ случаяхъ при повторной интубаціи пленки совсѣмъ не появлялись наружу и присутствіе ихъ въ гортани представлялось сомнительнымъ, въ виду полного очищенія гѣла отъ пленокъ и въ виду окончанія того періода, въ который мы привыкли видѣть полное исчезновеніе пленокъ при примѣненіи противодифтерійной сыворотки. Въ этихъ случаяхъ служеніе гортани могло зависѣть отъ воспалительныхъ явленій въ слизистой оболочкѣ. По мнѣнію д-ра Раухфуса ¹⁾ во многихъ случаяхъ крупа, при наличности фибринозныхъ налетовъ въ гѣлѣ, служеніе гортани зависитъ только отъ воспалительнаго измѣненія ея (*laryngitis subchordalis* Раухфуса).

Въ 12-ти случаяхъ пленки отдѣлялись уже при первой интубаціи и повторенія операціи не требовалось. Пленки отдѣлялись или съ удаленіемъ трубочки, или довольно часто черезъ просвѣтъ ея: наибольшія пленки, выдѣлившіяся въ просвѣтъ трубочекъ имѣли 6, 10 и 15 сантиметровъ длины, 2 ая длину въ 10 см. была на одномъ концѣ дихотомически развѣтвлена, соответственно дѣленію трахеи на два главныхъ бронха (см. случай 144-ый).

Въ 4-хъ случаяхъ продолжительность интубаціи равнялась

всего нѣсколькимъ минутамъ: тотчасъ по введеніи трубочки съ кашлемъ выдѣлялась фибринозная пленка вмѣстѣ съ трубочкой, и дыханіе возобновлялось; въ одномъ изъ этихъ случаевъ удущье возобновилось черезъ 34 часа, потребовалось вторичное введеніе трубочки, которая опять тотчасъ-же должна была быть удалена, вслѣдствіе закупорки пленкой, и, съ выдѣленіемъ послѣдней, удущье больше не появлялось (см. случай 151-ый).

Въ 8-ми случаяхъ послѣ первой интубаціи, продолжавшейся нѣсколько минутъ, удущье вскорѣ возобновилось и потребовало вторичной интубаціи на нѣсколько часовъ, а въ двухъ случаяхъ даже повторной съ продолжительностью въ 67 и 71 часовъ. Въ 5-ти случаяхъ, въ которыхъ удущье постоянно возобновлялось черезъ короткое время, такъ что больные чувствовали себя хорошо только съ трубочкой и, по удаленіи ея, тотчасъ приходили въ безпокойство, удалось избѣжать горло-сѣченія посредствомъ особаго приѣма, состоящаго въ измѣненіи калибра трубочки — повышеніи или постепенномъ уменьшеніи. Такимъ путемъ удалось отучить отъ трубочки на 6-ой, на 8-ой, на 10-ый, на 11-ый и на 17-ый день послѣ первой интубаціи, въ двухъ послѣднихъ случаяхъ послѣ 166-ти часового и 224-хъ часового пребыванія трубочки въ гортани. Это дало поводъ къ примѣненію того-же приѣма въ случаяхъ, гдѣ послѣ достаточно продолжительнаго пребыванія трубочки въ гортани и по отдѣленіи фибринозныхъ пленокъ, требовалась вторичная интубація, тогда вводилась нѣсколько меньшая трубочка, соответствующая младшему возрасту. Этимъ приѣмомъ имѣлось въ виду предупредить надобность въ повторной интубаціи, устранить удущье и въ то-же время дать возможность голосовымъ связкамъ оправиться отъ давленія большей трубочки и возвратитъ имъ ихъ функциональную способность. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ этотъ способъ примѣнялся, онъ увѣнчался полнымъ успѣхомъ, такъ что 3-ей интубаціи уже не требовалось, но небольшое

¹⁾ "Дифтерія. Клиническіе матеріалы и очерки". „Русскій архивъ патологій, клин. мед. и бакт.“ 96 г. Томъ II, вып 6.

число подобных наблюдений (около 30-ти) не позволяет мне считать этот способ полезным для всех случаев.

Из числа выздоровевших у 48-ми не потребовалось вторичной интубации; средняя продолжительность пребывания трубочки в гортани для них равна 26,5 часам. Средняя продолжительность первой интубации у остальных выздоровевших, у которых потребовалась вторичная интубация, несколько меньше (около 18-ти часов), так что на основании этих средних чисел выходит, что более продолжительная интубация избавляет от повторения операции. В отдельных же случаях, даже послѣ очень короткой первой интубации (иногда в несколько минут), удущье не возобновлялось, что зависит всецѣло от индивидуальности случая.

Въ связи съ вопросомъ о продолжительности пребывания трубочки в гортани стоитъ весьма важный вопросъ объ этиологии пневмоній при крупѣ: зависитъ-ли развитіе пневмоніи отъ продолжительнаго пребывания трубочки в гортани, или единственной и главной причиной пораженія легочной ткани служить предшествовавшее интубации удущье или небольшое затрудненіе дыханія, бывающее часто по удаленіи трубочки. Изъ 31 пневмоніи, уже описанныхъ выше въ числѣ осложненій (13 у выздоровѣвшихъ, 18 у умершихъ), только 26 сопровождались ясными клиническими симптомами, остальные 5 найдены лишь на секціонномъ столѣ, такъ что начало и происхожденіе ихъ неизвѣстно. Изъ 26-ти клинически определенныхъ пневмоній 12 развились во время интубации въ началѣ или въ концѣ, 10 изъ нихъ повели къ смертельному исходу. Остальные 14 пневмоній развились спустя нѣсколько дней послѣ удаленія трубочки (даже на 18-ый и 19-ый день, въ среднемъ для всѣхъ 14-ти случаевъ на 9-ый день), изъ-нихъ 3 окончились смертью (развились на 3-ий, на 4-ый и на 7-ой день послѣ экстубации).

Итакъ, для рассматриваемаго числа больныхъ пневмоніи по

удаленія трубочки были чаще, чѣмъ развившіяся во время интубации, и появлялись въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, по удаленіи трубочки, существовало еще хотя-бы небольшое затрудненіе дыханія и неполное или недостаточное выдѣленіе мокроты, всегда гнойной или слизисто-гнойной въ этихъ случаяхъ, такъ что трубочка играла роль дренажа для удаленія гнойнаго секрета изъ дыхательныхъ путей, и безъ нея задержавшійся секретъ служилъ причиною распространенія воспалительнаго процесса на легочную ткань.

Если сумму часовъ пребывания трубочки в гортани у всѣхъ 31 больныхъ съ пневмоніей раздѣлить на число ихъ, то получится средняя цифра равная 44,8 часамъ, немного разнящаяся отъ средней продолжительности интубации для всѣхъ 175-ти случаевъ (37,8 часовъ).

Въ одномъ случаѣ (случай 151-ый) послѣ двухъ интубаций съ продолжительностью въ нѣсколько минутъ и съ промежуткомъ въ 34 часа на 5-ый день послѣ второй интубации развилась рѣзко выраженная пневмонія, окончившаяся, однако, выздоровленіемъ.

Продолжительность интубации въ 27-ми случаяхъ сокращена произвольно со стороны больныхъ, вслѣдствіе выкашливанія трубочки черезъ различные промежутки времени послѣ введенія ея, причемъ удущье больше не возобновлялось; 3 раза трубочка извергнута съ кашлемъ тотчасъ по введеніи съ отторженіемъ большихъ фибринозныхъ пленокъ (см. случай 89-ый), благодаря чему удущье было сразу устранено; въ другихъ случаяхъ окончательное удаленіе трубочки съ кашлемъ произошло послѣ продолжительнаго пребывания ея в гортани (даже послѣ 70-ти, 82-хъ и 101 часа), а въ одномъ случаѣ большой благополучно избавился отъ ношенія трубочки, выкашлявъ ее послѣ 163-хъ часовой интубации (не считая промежутковъ).

Такое благоприятное дѣйствіе произвольнаго выкашливанія трубочки, избавлявшее иногда больного отъ чрезмерно продол-

жительного ношения ея, подало повод впоследствии, при насильственном удалении трубочки, заставлять больного кашлять, слегка лишь потягивая в это время за нить, подражая таким образом произвольному выкашливанию, причем, надо полагать, голосовая связка меньше насилируется, чѣм при другихъ способахъ насильственного удаления трубочекъ, и не лишаются способности функционировать.

Однако, не всегда выкашливание трубочки избавляло больного отъ дальнѣйшихъ мукъ, иногда оно происходило несвоевременно, вело къ возобновленію удушья и къ новой интубаціи. Такихъ случаевъ было 19 въ противоположность 27-ми случаямъ, гдѣ выкашливание избавляло больного отъ трубочки и отъ удушья. Въ этихъ 19-ти случаяхъ требовалось повторение операціи, но всего только 5 разъ тотчасъ по выкашливаніи, а въ остальныхъ случаяхъ спустя 2-3 часа и больше (до 17-ти часовъ). Въ 4-хъ случаяхъ выкашливание трубочки происходило повторно у одного и того-же больного, (у одного до 5-ти разъ, у другого 3 раза, (см. случай 125-ый), оба выздоровѣли). Изъ всѣхъ 19-ти больныхъ, неудачно, т. е. не во-время выкашливавшихъ трубочку и потребовавшихъ повторенія операціи, умерло впоследствии только 3.

Кромѣ произвольнаго выкашливанія трубочки больными, приходилось послѣдно удалять ее въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, вслѣдствіе закупорки трубочки пленкой или слизью, наступало затрудненное дыханіе. Это случилось въ 23-хъ случаяхъ; 17 разъ отъ закупорки трубочки пленкой, 6 разъ слизью. Въ 6-ти случаяхъ пришлось тотчасъ снова ввести трубочку, вслѣдствіе затрудненнаго дыханія, въ остальныхъ дыханіе, по удаленіи закупоренной трубочки, восстанавливалось и только спустя нѣсколько часовъ (отъ 2-хъ до 47-ми) возобновлялось удушье и требовалась новая интубація.

Изъ 23-хъ больныхъ, испытывавшихъ закупорку трубочки и послѣднее удаленіе ея, умерло впоследствии 8 (34,7%): 3 умерли

вскорѣ послѣ этой неприятой случайности (черезъ 11, 12 и 15 часовъ), 2 черезъ сутки, 2 черезъ двое сутокъ и 1 черезъ 7 дней.

Что касается печальныхъ случайностей во-время самой операціи введенія трубочки, то онѣ имѣли мѣсто 5 разъ: въ двухъ случаяхъ тотчасъ по введеніи трубочки наступила закупорка ея, трубочка была тотчасъ удалена вмѣстѣ съ закупорившей ее пленкой, и дыханіе восстановилось; оба эти больные выздоровѣли (см. случай 58-ой); въ другомъ случаѣ во-время операціи ребенокъ обмеръ и пересталъ дышать, но, по окончаніи операціи, искусственнымъ дыханіемъ приведенъ въ чувство и выздоровѣлъ; въ остальныхъ двухъ случаяхъ, окончившихся смертью, одинъ разъ операція не облегчила дыханія, а во второй разъ во время операціи случился обморокъ съ остановкой дыханія. Въ первомъ изъ двухъ послѣднихъ случаевъ ребенокъ погибъ черезъ 22 часа, и вскрытіе обнаружило присутствие фибринознаго выпота въ гортани и трахей и долеую двустороннюю пневмонію (см. случай 90-ый); во второмъ, по окончаніи операціи, ребенокъ приведенъ искусственнымъ дыханіемъ въ чувство и прожилъ еще 19 часовъ, на вскрытіи-же обнаружено выполненіе фибринозными пленками бронховъ до самыхъ мелкихъ развѣтвленій (см. случай 158-ой).

Этимъ исчерпываются всѣ данныя, относящіяся къ группѣ въ 175 больныхъ крупомъ.

Интубація при крупѣ, явившемся въ теченіи другой инфекціонной болѣзни, произведена въ 26-ти случаяхъ: 14 разъ при скарлатинѣ, 10 разъ при коры, 1 разъ при брюшномъ тифѣ и 1 разъ при коклюшѣ. Эта группа больныхъ по понятнымъ причинамъ, — вслѣдствіе совкупности дѣйствій двухъ болѣзнетворныхъ агентовъ, — дала менѣе благоприятные результаты при примѣненіи интубаціи, именно больше половины — 15 случаевъ окончились смертельнымъ исходомъ. Средній возрастъ этихъ больныхъ былъ выше — 5,4 (въ I-ой группѣ

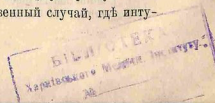
$3\frac{1}{4}$ для умерших и $4\frac{3}{4}$ для выздоровевших); число интубаций для выздоровевших (в среднем около 2-х на каждого) больше, чем для умерших (1,8 в среднем на каждого), продолжительность интубации для выздоровевших (48 часов) также больше, чем для умерших (38,5). Итак, значительно большая смертность здесь не может быть объяснена ни возрастом, ни числом и продолжительностью интубаций, а зависит, по видимому, от сочетания двух болезней. Действительно, на вскрытии только у 4-х найдена пневмония, у остальных - же умерших, кроме фибринозного ларинго-трахеита, найдены лишь свойственные инфекционным болезням изменения паренхиматозных органов. 6 больных умерли с трубкой, 4 через несколько часов по удалении ее, остальные 5 через несколько дней (3, 7, 8, 8 и 18).

В этой группе случилась у одного больного закупорка трубки пленкой во время интубации с остановкой дыхания; по удалении трубки и вторичном введении ее, больная прожила еще 80 часов и умерла с трубкой (сочетание со scarlatinной). 3 раза случалась закупорка трубки во время пребывания ее в гортани (1 раз пленкой и 2 раза слязью), потребовавшая в двух случаях лишь удаления трубки, а в третьем новой интубации через 10 часов. Выкашливание трубки случилось 5 раз, но вторичное введение ее потребовалось только у одного больного и то через 7 часов.

Характерным отличием этой группы является более частое и более значительное повреждение слизистой оболочки гортани и трахеи от трубки. Повреждение это найдено на вскрытии 5 раз: в одном случае оно состояло лишь в поверхностном изъязвлении слизистой трахеи (при scarlatinii), в двух случаях (при scarlatinii) найдено ограниченное изъязвление слизистой оболочки до хряща, в остальных двух случаях (также при scarlatinii) был, кроме того, найден гнойник в претрахеальной клетчатке, стоявший в связи с пролежнем.

Остается рассмотреть немногочисленную группу больных в 11 человек, которым произведено после интубации горлосечение. Причины, потребовавшие кровавой операции, были различны. В одном случае причиной послужила сильно припухшая надгортанник, закрывавшая доступ воздуха в интубационную трубочку, вследствие чего дыхание не улучшилось от интубации, не смотря на сделанные насечки надгортанника, и пришлось тотчас же приступить к горлосечению — больной выздоровел. В других двух случаях (см. случаи 11-ый и 84-ый), интубация не устранила одышки, не дала возможности больному выкашлять пленки, затруднявшие дыхание, вследствие чего произведено горлосечение после 24-х часового и 45-ти часового пребывания трубочки в гортани, но оба случая окончились смертью через 10 и 14 часов после операции; при вскрытии у одного найден фибринозный ларинго-трахеит и пневмония, у другого фибринозный трахео-бронхит. В следующих двух случаях к горлосечению приступлено после 2-х и 3-х интубаций с продолжительностью в 64 и 94 часов; оба случая окончились выздоровлением. В остальных 6-ти случаях горлосечение произведено после повторной и продолжительной интубации (139, 143, 150, 186, 295 и 761 часов). Однако, только 2 последних случая по продолжительности интубации превосходят те, которые излечены без горлосечения. Из 6-ти последних случаев один окончился смертью, вследствие печальной случайности: разрыв в трахее произведен не по средней линии, вследствие чего канюли, выскочив случайно из трахеи через 6 часов после операции, не могла быть сразу водворена на прежнее место, что и повело к быстрой смерти. Другой из этих 6-ти случаев до сих пор (11 месяцев после операции) не может разстаться с трахеотомической канюлей; к сожалению, и здесь ларингоскопическое исследование нам не удавалось, так как всегда вызывало упорную рвоту.

Сюда еще следует отнести единственный случай, где инту-



бація намъ не удалась: нѣсколько попытокъ ввести самую малую трубочку въ гортань встрѣчали препятствіе при входѣ въ нее въ видѣ ошупываемыхъ пальцемъ мягкихъ эластическихъ массъ (фибриновые пленки?). Избѣгая насилія, мы сочли за лучшее, въ виду сильной степени удущья, произвести тотчасъ горлосѣченіе; на 8-ой день послѣ операціи капюля удалена, ребенокъ выздоровѣлъ.

У двоихъ умершихъ послѣ интубаціи и послѣдовательнаго горлосѣченія найдены на вскрытіи изъязвленія слизистой гортани и трахеи, соответствовавшія мѣсту интубаціонной трубочки (см. случай 11-ый).

На основаніи всѣхъ изложенныхъ фактовъ я перехожу къ оцѣнкѣ интубаціи, къ обсужденію ея достоинствъ и недостатковъ.

Несомнѣнно, что интубаціей вполнѣ устраняется удущье при крупѣ и дается свободный доступъ воздуха въ легкія при условіи проходимости бронховъ. Если въ противоположность 212-ти случаямъ, въ которыхъ интубація была легко и безпрепятственно выполняема, только въ одномъ случаѣ она не удалась, то очевидно, что эта операція почти всегда выполняема. Нѣкоторые авторы описываютъ затрудненія для интубаціи, зависящія отъ малой и глубокой полости рта съ нависшимъ мягкимъ небомъ, описанной Jacques'омъ, отъ гипертрофіи миндалинъ по Meslay и Vanverts, отъ заглочочнаго абсцесса, описаннаго Massei; Bensaude и Rist¹⁾, приводящія описанныя затрудненія, заявляютъ, что сами никогда ихъ не встрѣчали, равно какъ не наблюдали легкой кровоточивости слизистой оболочки, ни попаданія трубочки въ пищеводъ. Эти-же авторы описываютъ встрѣчавшійся имъ отекъ надгортаника и связокъ—ligamenta ary-epiglottica «*op rhimosis*», не представившіи однако затрудненій для введенія трубочки. Дѣйствительно, въ одномъ изъ нашихъ случаевъ отекъ надгортаника также не помѣшалъ интубаціи. Carstens²⁾

¹⁾ „L'intubation laryngée. Presse médicale“. 22 avril, 96.

²⁾ „Jahrbuch für Kinderheilk“. XXXVIII.

описываетъ два случая, въ которыхъ ему не удалось произвести интубацію, въ одномъ случаѣ послѣ первой удачной интубаціи; оба случая окончились смертью послѣ горлосѣченія; на вскрытіи у ребенка, у котораго не удалась вторая интубація, не найдено никакихъ измѣненій въ гортани, объясняющихъ эту неудачу, у другого-же гортань была закупорена пленками, оставлявшими просвѣтъ, проходимый лишь для зонда въ 1—2 millim. толщиною. Итакъ, повидимому, интубація не выполняема только въ тѣхъ исключительныхъ случаяхъ, гдѣ гортань выполнена фибриновыми, плотно сидящими выпотомъ.

Что касается трудности операціи, то она нѣкоторыми преувеличена; знанія анатомическихъ отношеній гортани, знакомства съ инструментами и нѣкоторой смѣлости, необходимой для всякой операціи, достаточно для достиженія цѣли. Намъ операція удалась послѣ двухъ неудачныхъ попытокъ, причемъ первый большой, служившій намъ для обученія, преодолѣлъ самъ препятствіе къ дыханію и выздоровѣлъ, а второму пришлось спѣшно произвести горлосѣченіе. Sevestre¹⁾ возстаетъ противъ мнѣнія о трудности интубаціи, хотя называетъ ее «*opération délicate et qui demande surtout beaucoup de précision et de douceur*». Подспорьемъ для обученія интубаціи можетъ служить упражненіе на трупѣ. Д-ръ Д. А. Соколовъ устроилъ фантомъ для упражненія въ интубаціи, который онъ демонстрировалъ въ 97-мъ году въ Обществѣ дѣтскихъ врачей въ С.-Петербургѣ. Д-ръ К. А. Раухфусъ сообщилъ на сѣздѣ врачей въ Берлинѣ въ 90-мъ году 3 случая прободенія гортани интубаціонной трубочкой. Bensaude и Rist²⁾ также описываютъ 3 случая ложнаго пути, произведенныхъ врачами, впервые упражнявшимися въ интубаціи: 2 раза трубочка проникла въ боковой желудочекъ гортани подъ верхней голосовой связкой, а 1 разъ продырявила мембра-

¹⁾ „Bulletin et Mémoires de la Société médic. des Hôpitaux de Paris“. 95, avril 19.

²⁾ Loc. cit.

паш тугео-гюйдеам! Такие случаи никѣмъ болѣе не описаны и представляются, повидимому, болѣе рѣдкими, чѣмъ ложные пути при катетеризации уретры—операция еще болѣе легкой и не всегда необходимой для спасенія жизни.

Въ случаяхъ, гдѣ ребенокъ очень утомленъ продолжительной борьбой съ затрудненнымъ дыханіемъ, небольшое насиліе во время операции можетъ повести къ остановкѣ дыханія и мимой смерти. Мы не можемъ считать это осложненіе частымъ, такъ какъ намъ привелось его видѣть только два раза—одинъ разъ съ выздоровленіемъ по приведенію въ чувство, другой разъ со смертельнымъ исходомъ черезъ 19 часовъ послѣ операціи, причѣмъ вскрытіе обнаружило, что смерть зависѣла отъ распространеннаго фибринознаго трахео-бронхита (случай 158-ой). Такие случаи, вѣроятно, и кончались смертью во время горлосѣченія подъ ножомъ, т. е. до окончанія операціи; короткая продолжительность интубаціи даетъ возможность вернуть этихъ больныхъ къ жизни, хотя и на время.

Закупорка трубочки въ моментъ введенія ея не представляеть большой опасности, такъ какъ съ удаленіемъ трубочки обыкновенно выходитъ и закупоривающая ее пленка. Въ нашихъ 3-хъ случаяхъ 2 окончились выздоровленіемъ и одинъ смертью черезъ 80 часовъ отъ скарлатины. У всѣхъ 212-ти больныхъ интубація произведена нами 517 разъ съ 6-ю случайностями во время операціи.

Сторонникъ горлосѣченія считаютъ, что интубаціонная трубочка не проходима для большихъ пленокъ, Escherich ¹⁾ вследствие этого совѣтуетъ горлосѣченіе при обиліи фибринознаго экссудата. Vokai ²⁾, наоборотъ, доказываетъ частоту и легкость прохожденія пленокъ черезъ интубаціонную трубочку и на 498 случаевъ описываетъ только 18 случаевъ закупорки трубочки

¹⁾ „Wiener Klinische Wochenschrift“, 91.

²⁾ „Jahrbuch für Kinderheilk.“. XXXVIII.

пленками. Вагг ¹⁾ также приводитъ много случаевъ прохожденія большихъ пленокъ черезъ тубу. Мы неоднократно видѣли выдѣленіе весьма большихъ пленокъ (до 15-ти см. длиною) черезъ просвѣтъ трубочекъ или вѣстѣ съ ними. На вскрытіяхъ мы никогда не находили отдѣлившихся пленокъ въ просвѣтѣ гортани—ихъ всегда надо было насильно отрывать отъ стѣнокъ трахеи или вытягивать изъ бронховъ, поэтому, мы считаемъ, что отдѣляющаяся пленка выходитъ, какъ черезъ трахеотомическую канюлю, такъ и черезъ интубаціонную трубочку.

Случай проглатыванія трубочки при ошибочномъ введеніи ея въ пищеводъ или выкашливанія всѣми авторами единогласно признаются безвредными. Variot ²⁾ на 122 интубаціи наблюдать 4 раза проглатываніе трубочки: два раза она выходила наружу съ испражнениями и два раза найдена при вскрытіи свободно лежащей въ полости кишечника. Мы наблюдали проглатываніе трубочки одинъ разъ у ребенка и одинъ разъ у взрослой истеричной больной; 1-ый выдѣлил трубочку съ испражнениями черезъ 6 дней, а вторая (нѣмецкую трубку наибольшаго калибра въ 6 цм. длиною) черезъ 20 дней!

Весьма большое значеніе придаютъ нѣкоторые авторы произвольному выкашливанію трубочки. Bayeux ³⁾ приводитъ изъ статистики Lebreton и Magdelaine'a 15 случаевъ выкашливанія на 60 интубацій (25%), d'Astros'a 34 случая выкашливанія на 113 интубацій (30%), причѣмъ во многихъ случаяхъ требовалась немедленная помощь врача. У d'Astros'a ⁴⁾ одинъ больной погибъ отъ асфиксіи, послѣ того какъ выкашлялъ трубочку. Olivier ⁵⁾ опи-

¹⁾ Gustav Baer. „Tracheotomie und Intubation in Kinderspital in Zurich“. „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“. XXXV. 3 und 4.

²⁾ „Journal de clinique et thérapeutique infantil“. 30 mai, 95.

³⁾ Raoul Bayeux. „Tubage du larynx dans le croup“. „Presse médicale“. 20 janvier. 97.

⁴⁾ „Société méd. des hôpit“. 19 avril. 95.

⁵⁾ „Du tubage dans le croup“. „Révue médicale de la Suisse romande“. octobre. 96.

связает аналогичный случай Hugues'a, гдѣ на вскрытіи не найдено никакихъ измѣненій въ гортани и дыхательныхъ путяхъ. Baudouin¹⁾ говоритъ, что выкашливаніе трубочки причиняло ему больше всего безпокойства въ практикѣ, повторяясь у нѣкоторыхъ дѣтей съ удивительнымъ постоянствомъ. Bayeux, испытывая трубочки изъ разныхъ металловъ (между прочимъ изъ алюминія), убѣдился, что выкашливаніе не зависитъ отъ вѣса трубочки, и пришелъ къ заключенію, что удержанію трубочки въ гортани способствуетъ служебное на мѣстѣ перстневиднаго хряща, въ виду чего рекомендуетъ свою tube court ventriculaire. Противъ этой теоріи — *théorie cricoïdienne* возсталъ Bonain²⁾, доказывающій на основаніи анатомическихъ данныхъ и измѣреній, что діаметръ расширенія тубы значительно меньше діаметра служебна гортани на мѣстѣ перстневиднаго хряща; Bonain защищаетъ теорію O'Dwyer'a — *théorie du maintien par action des cordes vocales*. По этой теоріи припадки удушья при крупѣ зависятъ отъ спазма сжимающихъ мышцъ гортани, это сжатіе голосовыхъ связокъ и способствуетъ удержанію трубки въ гортани, съ потерей-же тонуса сжимающихъ мышцъ трубка легко выкашливается, такъ что удушье, появляющееся съ выкашливаніемъ трубки, зависитъ уже не отъ спазма сжимателей, а отъ паралича расширителей голосовыхъ связокъ. Такой взглядъ на механизмъ удушья по удаленіи трахеотомической канюли высказанъ впервые Trouseau. Bonain на 58 интубаціи наблюдалъ только два раза произвольное выкашливаніе, притомъ безъ вредныхъ послѣдствій. Bensaude и Rist³⁾ считаютъ выкашливаніе безопаснымъ и совпадающимъ съ освобожденіемъ гортани отъ пленокъ, Rabot⁴⁾ считаетъ выкашливаніе даже благопріятнымъ, Baer⁵⁾

¹⁾ „Thèse de Paris“. 95.

²⁾ „L'intubation du larynx dans le croup“. *Préssé médic.* 97, 22 janvier.

³⁾ *Loc. cit.*

⁴⁾ Rabot (médecin de la Charité). „Lyon médicale“, 94.

⁵⁾ *Loc. cit.*

говорить, что выкашливаніе трубки соответствуетъ выскакиванію трахеотомической канюли. Galatti¹⁾ заявляетъ, что онъ и въ частной практикѣ имѣлъ обыкновенно достаточно времени, чтобы снова ввести произвольно удаленную выкашливаніемъ трубочку. Въ нашихъ случаяхъ выкашливаніе, какъ мы видѣли, было довольно частымъ явленіемъ, именно на 212 интубаціи оно наблюдалось 51 разъ (24 $\frac{9}{10}$): 46 разъ въ I-ой группѣ и 5 разъ во II-ой, 31 разъ оно было благопріятнымъ явленіемъ, такъ какъ освобождало гортань отъ трубочки безъ насильственнаго удаленія и не требуя повторенія операціи, 15 разъ потребовало повторенія операціи черезъ нѣсколько часовъ и только 5 разъ удушье развилось тотчасъ по выкашливаніи и потребовало немедленной помощи. Galatti²⁾ совѣтуетъ при выборѣ трубочки руководиться не возрастомъ, а развитіемъ ребенка. Мы убѣдились въ полезности этого совѣта, ибо ребенокъ, повторно выкашливавшій трубочку, соответствующую его возрасту, хорошо удерживалъ нѣсколько большую по величинѣ.

Мы описали выше 4 случая интубаціи съ продолжительностью всего въ нѣсколько минутъ. Такіе случаи дали основаніе Variot и Bayeux³⁾ рекомендовать, какъ особый способъ подачи помощи при крупѣ, временную интубацію *tubage temporaire* или, какъ они назвали этотъ способъ, «*écouvillonnage du larynx*». Впрочемъ, сами авторы не признаютъ этотъ способъ годнымъ для всѣхъ случаевъ. Еще до этихъ авторовъ Renou⁴⁾, полагая, что удушье при крупѣ зависитъ только отъ спазма голосовыхъ связокъ, рекомендовалъ насильственное расширеніе ихъ посредствомъ особаго, устроеннаго имъ, пинцета. Способъ Renou не нашелъ послѣдователей, что-же касается временной интубаціи

¹⁾ „Lyon médicale“. 94.

²⁾ *Loc. cit.*

³⁾ Variot et Bayeux. „L'écouvillonnage du larynx“. *Société médic. des hôpitaux.* 3 juill. 96.

⁴⁾ „Semaine médicale“. 21 août. 93.

(tubage intermittent de Bayeux), то она испытана во многих случаях; m-lle Marie Schultz ¹⁾ собрала в своей диссертации до 100 случаев удачного применения этого способа. Olivier ²⁾ справедливо говорить, что нельзя никогда предвидеть, дозволить-ли случай временную интубацию, или одно расширение связок, или потребует продолжительного пребывания трубки в гортани (tubage permanent). Olivier приводит также мнѣние Sevestre'a, что повторная интубация располагает къ развитію пневмоніи. Мы наблюдали только 4 случая, допустивших временную интубацию, въ другихъ 10-ти случаяхъ съ кратковременной первой интубаціей пришлось повторить операцію и оставить трубочку на болѣе продолжительное время. Если временная интубация пригодна только для нѣкоторыхъ случаевъ и въ большинствѣ случаевъ удуще скоро возобновляется, то очевидно, что, при примѣненіи этого способа, необходимо все время слѣдить за ребенкомъ, по крайней мѣрѣ въ первые сутки.

Серьезный недостатокъ интубаціи представляетъ затрудненіе въ приемѣ пищи и особенно питья. Нельзя не придавать важнаго значенія томленію, которое испытываетъ жаждущій ребенокъ, особенно при высокой температурѣ тѣла, которое лишаетъ его покоя и сна, дѣлаетъ болѣе раздражительнымъ и нервнымъ. Правда, нѣкоторые авторы не придаютъ этому большаго значенія, стараясь приучить ребенка къ приему питья въ различныхъ положеніяхъ или по способу Waxham'a съ откинутой къзади головой, но другіе относятъ болѣе серьезно къ означенному вопросу, принимая во вниманіе важность питанія для дѣтскаго возраста вообще, а во время болѣзни въ особенности. Rabol ³⁾ рисуетъ намъ картину тяжелаго со-

стоявія ребенка, жестоко закашливающегося всякій разъ при приемѣ жидкой пищи и вслѣдствіе этого отказывающегося совершенно отъ пищи, и считаетъ это обстоятельство серьезнымъ противопоказаніемъ къ интубаціи у очень нервныхъ дѣтей. Urbau ⁴⁾ и Pañli ⁵⁾ заявляютъ о невозможности питанія ребенка при интубаціи, нѣкоторые прибѣгаютъ къ питательнымъ клизмамъ, Carstens ⁶⁾ кормитъ зондомъ, Neubner ⁴⁾ на съѣздѣ германскихъ врачей въ 94 г. также высказался за кормленіе зондомъ. Не надо забывать, что, отказываясь отъ интубаціи, мы должны подвергнуть ребенка горлышечной, причиняющему ребенку, особенно нервному, еще болѣе страданій. Olivier замѣчалъ, что затрудненіе глотанія не проходитъ и послѣ горлышечнаго, что зависитъ, по его мнѣнію, отъ пареза мышцъ мягкаго нѣба и глотки. Несомнѣнно, каждый наблюдалъ, что глотаніе весьма часто бываетъ затруднено и по удаленіи трубочки и даже у тѣхъ дифтеритныхъ, которые не подвергались интубаціи. Ничего дѣть легче, какъ ввести желудочный зондъ ребенку черезъ носъ и влить заразъ достаточно количество молока, съ удаленіемъ зонда ребенку обыкновенно засыпаетъ на долгое время и въ этомъ слѣ черпаетъ необходимую силу и энергію для борьбы съ тяжелой болѣзью. Мягкій эластическій катетеръ (№ 18) соединяется посредствомъ стеклянной трубочки съ клишкой и воронкой, намазывается вазелиномъ и вводится въ носъ въ лежачемъ положеніи ребенка на спинѣ, тогда зондъ самъ проникаетъ по задней стѣнкѣ зѣва въ пищеводъ и нѣтъ надобности направлять его пальцемъ, введеннымъ черезъ ротъ; такимъ образомъ избѣгается прикосновеніе къ нѣбнымъ дужкамъ и корню языка, вызывающее иногда

¹⁾ „Deutsche Zeitschr. für Chirurgie“ 90.

²⁾ „Therapeut. Monatsh.“, januar 91.

³⁾ Loc. cit.

⁴⁾ „Die 66 Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte“. Berlin Klin Wochenschr“. 94.

¹⁾ „Thèse de Paris“. 97.

²⁾ Loc. cit.

³⁾ Loc. cit.

рвоту. При применении этого способа мы наблюдали наилучшие результаты. Большое количество жидкости, введенное в организм, разжижает мокроту и предохраняет от закупорки трубочки засохшей или сгустившейся слизью, так как содержание ребенка в насыщенном парами воздуха не вполне обезпечивает от этой случайности. Действительно, закупорка трубочки слизью случилась у нас только 8 раз. Закупорка трубочки во время пребывания ее в гортани пленкой случалась гораздо чаще, именно 18 раз. В обоих случаях только 6 раз потребовалась новая интубация немедленно; если прибавить сюда упомянутые выше 5 случаев выкашливания трубочки, нуждавшихся в немедленной помощи, то всего на 23 случаев в 11-ти присутствии и скорая помощь врача были необходимы. Это говорит в пользу применения интубации также и виф больницы. Уже Jacques и Egidi производили ее в частной практикѣ; Galatti ¹⁾ замѣчает, что интубация в частной практикѣ имѣет тѣ же неудобства, что и горлосѣчение. Bonai ²⁾ произвел еще до употребления противоэфтерийной сыворотки 38 интубаций в частной практикѣ съ 15-ью благополучными исходами. Д-ръ Полѣвковъ ³⁾ описываетъ нѣсколько случаевъ применения интубации в частной практикѣ в Москвѣ и обращаетъ вниманіе врачей на достигнутые этимъ способомъ хорошіе результаты. На съѣздѣ германскихъ врачей въ 94-мъ году von Ranke и Wiederhofer ⁴⁾ рекомендовали интубацію даже в сельской практикѣ для спасенія массы дѣтей, погибающихъ тамъ безъ помощи, хотя-бы какъ временную операцію до горлосѣченія («als Vorläufer der Tracheotomie»).

¹⁾ „Lyon médicale“, 23 septembre 94.

²⁾ „L'ullet. médic.“ avril 95.

³⁾ Dr. A. Poliewkow. „Die Intubation beim croup in der Privatpraxis“ (Читано въ засѣданіи общества дѣтскихъ врачей въ Москвѣ 3 декабря 1897 года) „Archiv für Kinderheilkunde“. Band XXV, Heft III und IV.

⁴⁾ Berlin. „Klinisch. Wochenschr.“. 94.

Такъ какъ мы оставляли всегда предохранительную нить, то въ случаяхъ внезапной закупорки трубочки фельдшериа имѣла возможность быстро удалить ее. Предупредить раскусываніе нити можно, употребляя крѣпкій крученый шелкъ, обертывая его у неспокойныхъ дѣтей узкой полоской липкаго пластыря. Такимъ образомъ, мы не имѣли ни одного случая внезапной смерти у интубированныхъ и одинъ случай внезапной смерти у трахеотомированнаго, вслѣдствіе смѣщенія канюли.

Пневмония в нашихъ случаяхъ не была частымъ осложненіемъ, она наблюдалась 36 разъ (31 разъ въ I-ой группѣ, 4 раза во II-ой и 1 разъ въ III-ей) (16,7%). Chaillou ¹⁾ утверждаетъ, что пневмония бываетъ рѣже при интубации, чѣмъ при трахеотоміи. Тотъ-же авторъ описываетъ случай, гдѣ температура тѣла понизилась и дыханіе стало рѣже по удаленіи предохранительной нити! Fegond ²⁾ приводитъ случай, въ которомъ отрывокъ нити, покрытый слизью, закупорилъ трубку и причинилъ будто смерть. Нить обвиняютъ и въ пораненіи надгортанника и въ смѣщеніи трубочки и даже считаютъ ее причиной проглатыванія трубочки. Jacques, Egidi, Galatti удаляютъ нить въ частной практикѣ, Ваег-же, наоборотъ, считаетъ непрѣмьнымъ условіемъ применения интубации въ частной практикѣ оставленіе нити. Ranke, Vokai и Ваег видятъ преимущество оставленія нити въ легкости удаленія трубочки посредствомъ ея, причемъ, въ случаѣ закупорки трубочки, удаленіе ея можетъ быть произведено даже сидѣлкой. Съ удаленіемъ нити, экстубація становится доступной только опытному лицу, владѣющему экстубаторомъ. Galatti прибѣгаетъ всегда къ экстубатору и удивляется, что другіе недовольны этимъ инструментомъ, хотя самъ сознается, что экстубація труднѣе интубации. Вауеух ³⁾ предложилъ новый способъ удаленія

¹⁾ „Thèse de Paris“. 95.

²⁾ „Thèse de Lyon“. 94.

³⁾ „Medecine moderne“, 25 mai et 8 juin 94.

трубочекъ изъ гортани посредствомъ давленія снаружи. По увѣренію Bonain ¹⁾, способъ этотъ примѣнялся еще въ 92-мъ году американцами Cheatham и Pusey. Способъ этотъ назвать Bayeux «énucléation» и годенъ при употребленіи короткихъ трубочекъ. Намъ не приходило никогда встрѣчать затрудненій для выведенія трубки посредствомъ экстубатора, но въ большинствѣ случаевъ трубка удалялась легко при помощи нити, что, по нашему мнѣнію, наиболѣе благоприятно для восстановленія нормальныхъ функцій гортани, тогда какъ все способы, сопряженные съ насиліемъ, куда надо отнести и способъ выжиманія, не соответствуютъ чувствительности и нежности головныхъ связокъ. Мы никогда не замѣчали, чтобы нить причиняла какое-нибудь безпокойство ребенку, слюнотеченіе и т. п. Введеніе трубочки безъ нити невозможно, такъ какъ случается попадать и въ пищеводъ, выдергиваніе же нити изъ трубочки, мнѣ кажется, скорѣе можетъ причинить пораненіе надгортанника, чѣмъ спокойное пребываніе ея на мѣстѣ.

Изъязвленія слизистой оболочки гортани и трахеи, найденныя на вскрытіяхъ послѣ интубаціи, внушили въ некоторыхъ страхъ къ продолжительной интубаціи. Escherich ²⁾ требовалъ трахеотоміи послѣ 5-ти дневной интубаціи; Wiederhofer, Ranke и Neubner на Вѣнскомъ конгрессѣ ³⁾ высказались также противъ продолжительной интубаціи. Wiederhofer изъ опасенія образованія пролежня сталъ вынимать трубочку черезъ 24 часа, чтобы дать слизистой оболочкѣ возможность оправиться отъ давленія; однако, Ganghofner на съѣздѣ германскихъ врачей ⁴⁾ высказался противъ этого способа, такъ какъ серьезные пролежни, по его мнѣнію, образуются только въ безнадежныхъ случаяхъ, у обреченныхъ на смерть, вслѣдствіе интоксикаціи

(«Schweren Decubitus bekommen nur die schweren, ohnehin letal endenden Fälle, während man bei den genesenden nachträglich keinerlei bleibende Funktionsstörungen des Kehlkopfes beobachtet, auch nach längerem Liegenlassen der Tube»). Baer ¹⁾ находилъ изъязвленія въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ труба не касалась слизистой оболочки, и заявляетъ, что ихъ находятъ на трупахъ тамъ, гдѣ при жизни не производилось интубаціи, а также послѣ трахеотоміи. Poltanek ²⁾ нашелъ изъязвленія въ трахей послѣ горлосчеченія приблизительно въ 23% случаевъ. Galatti ³⁾ не находилъ возможности установить крайній срокъ продолжительности интубаціи, такъ какъ въ случаяхъ съ короткой продолжительностью образуются иногда пролежни и наоборотъ. Bókai ⁴⁾ также противъ установленія предѣловъ продолжительности интубаціи и приводитъ случаи весьма продолжительной интубаціи — до 360-ти часовъ безъ вреда для больного. Вагъ описываетъ 3 случая выздоровленія послѣ 792-хъ, 816-ти и 1248-ми часовой интубаціи! Bókai говоритъ въ заключеніе: «Nach meiner Ansicht lässt sich die wegen Decubitus vorzunehmende Tracheotomie an keinen Termin binden... «Ich behaupte, dass die Furcht vor der Entwicklung des Decubitus überhaupt gar keine Indication zur Vollführung der secundären Tracheotomie bieten kann». Baudrand ⁵⁾ собралъ однако въ своей диссертациі 21 случай изъязвленія трахеи послѣ интубаціи и подробно описываетъ ихъ. Мы наблюдали у умершихъ отъ крупа 8 разъ изъязвленіе слизистой трахеи, но только одинъ разъ значительное (до хрипа), причемъ во всѣхъ этихъ случаяхъ найдены болѣе серьезные измѣненія на трупѣ, послу-

¹⁾ Loc. cit.

²⁾ „Jahrbuch für Kinderheilk.“ 92.

³⁾ Loc. cit.

⁴⁾ Johann Bókai. „Die Dauer der Intubation bei geheilten Diphtheriekranken vor der Serumbehandlung und jetzt“. „Deutsche medic. Wochenschr.“ 95, № 46.

⁵⁾ „Thèse de Paris“ 97.

¹⁾ „Presse médicale“. 22 janvier 97.

²⁾ „Wiener klinische Wochenschr.“ 91.

³⁾ „Archiv für Kinderh.“, Band XVIII.

⁴⁾ „Berlin Klin. Wochenschrift“, 94.

жившия причиной смерти. Во II-ой группѣ, при значительно меньшемъ числѣ случаевъ (почти въ 7 разъ), изъязвленіе слизистой оболочки въ гортани и въ трахей найдено въ 5-ти случаяхъ, причѣмъ въ 2-хъ случаяхъ до хрипа и въ 2-хъ съ образованиемъ гнойника (при скарлатинѣ). Больше частое развитіе пролежня при скарлатинѣ весьма понятно, въ виду меньшей выносливости воспаленной и разрыхленной слизистой оболочки. Наибольшая продолжительность интубаціи въ первыхъ 8-ми случаяхъ пролежня была въ 63 часа, въ 5 случаяхъ крупы при скарлатинѣ въ 66 часовъ, тогда какъ у выздоровѣвшихъ продолжительность интубаціи была больше 66-ти часовъ у 32-хъ больныхъ, а у 13 ти больше 5-ти сутокъ.

Случаи, въ которыхъ трубочка долго не можетъ быть удалена безъ видимой причины, такъ какъ съ удаленіемъ ея тотчасъ наступаетъ удушье, на первый взглядъ сильно компрометируютъ интубацію, какъ операцію, нарушающую функціи голосовыхъ связокъ. Однако, намъ удавалось этихъ «tubards» отучать отъ трубочки, измѣняя калибръ ея, чѣмъ говорить противъ существенныхъ измѣненій въ голосовыхъ связкахъ. Самое названіе «tubard» произошло отъ аналогии съ «canularde», т. е. съ тѣми, у которыхъ испытывалось затрудненіе къ удаленію трахеотомической канюли. Существенную роль здѣсь играетъ, повидимому, поражение голосовыхъ связокъ дифтеритнымъ процессомъ. У выздоровѣвшихъ отъ крупы безъ интубаціи функціи гортани сплошь и рядомъ труднѣе восстанавливаются, чѣмъ у носившихъ продолжительное время трубочку. Тѣмъ не менѣе, нельзя даже а priori считать совершенно безразличнымъ присутствіе посторонняго тѣла для такого нѣжнаго органа, какъ дѣтская гортань. Это обстоятельство на-ряду съ затрудненнымъ питаніемъ при интубаціи, заставляетъ не торопиться съ этой операціей, въ виду возможности въ нѣкоторыхъ случаяхъ самопроизвольнаго исцѣленія. Вопросъ о томъ, когда слѣдуетъ приступить къ интубаціи, не можетъ быть рѣшенъ вполне опредѣленно такъ-же, какъ и для

трахеотоміи. Разные авторы высказываютъ противорѣчивыя мнѣнія по этому вопросу. По нашему мнѣнію, строго опредѣленные показанія не могутъ быть установлены, такъ какъ шансы на самопроизвольное выздоровленіе зависятъ отъ возраста, отъ сложности, отъ запаса силъ ребенка и отъ распространенности дифтеритнаго процесса, а также отъ момента выпрыскиванія противодифтерійной сыворотки. Когда всѣ эти условія таковы, что не общають самопроизвольнаго исцѣленія, то къ чему дожидаться истощенія ребенка, синюхи, парадоксальнаго пульса? Мы опасались также подвергать ребенка продолжительной борьбѣ съ удушьемъ послѣ того, какъ убѣдились, что даже небольшое затрудненіе дыханія послѣ удаленія трубочки, связанное съ задержаніемъ секрета въ дыхательныхъ путяхъ, ведетъ часто къ воспаленію легочной ткани, иногда спустя много дней послѣ экстубаціи.

Число вторичныхъ горлосѣченій у насъ не велико, но мы видѣли, что многія изъ нихъ нельзя считать необходимыми; тѣ же, которыя были неизбежны, дали неутѣшительные результаты.

До введенія сывороточнаго леченія горлосѣченіе прибѣгло къ на-ряду съ интубаціей и при одинаковыхъ условіяхъ, такъ что результаты этихъ двухъ операцій можно было сравнивать. Такъ Gillet ¹⁾ собралъ 15955 горлосѣченій, произведенныхъ во Франціи, начиная съ Brétonneau и Troussseau, въ Германіи, въ Итали и въ Америкѣ съ 30% выздоровленія и 8299 интубаціи, начиная съ Bouchut и O'Dwyer'a съ 29,9% выздоровленія. Онъ-же приводитъ статистику Prescott и Goodthwait'a, собравшихъ 23941 горлосѣченій съ 28,6% выздоровленія и 2815 интубаціи съ 32,2% выздоровленія. Ranke ²⁾ приводитъ 1445 случаевъ интубаціи въ 4-хъ большихъ госпиталяхъ Германіи и въ Цюрихской

¹⁾ H. Gillet. „Parallèle de la trachéot et de l'intub. dans le croup". „Gazette des hôpitaux". 5 mai 94.

²⁾ „Munchner medicin. Wochenschr." 93 № 44.

больницъ съ 39% выздоровленія для первичнаго крупа и 22% для вторичнаго; въ то-же время горлосъщеніе по Ranke дало въ Германіи около 39% выздоровленія. Изъ этой статистики видно, что и до съворотки интубація давала не худшіе результаты, чѣмъ горлосъщеніе. Съ введеніемъ съворотки интубація почти у всѣхъ даетъ около 70% выздоровленія. Sevestre ¹⁾ справедливо говорить, что съ введеніемъ съвороточнаго леченія нѣтъ возможности сравнивать результаты горлосъщенія и интубаціи, такъ какъ послѣдняя почти совершенно вытѣснила первую; сравнивать можно только достоинства обѣихъ операций. Интубація, какъ безкровная манипуляція, несомнѣнно будетъ предпочитаема и врачами и родителями ребенка, еслибы даже она и требовала большаго ухода за больнымъ. Возможность смерти ребенка во время горлосъщенія до окончанія операций, возможность серьезнаго кровотеченія суть слишкомъ большія опасности въ сравненіи съ тѣми, которыя представляетъ интубація, такъ что, по моему мнѣнію, нѣтъ надобности приводить другія преимущества интубаціи, какъ сохраненіе естественныхъ условій дыханія черезъ носъ согрѣтымъ и увлажненнымъ воздухомъ, сохраненіе рѣчи шепотомъ и другія, — и безъ этихъ преимуществъ интубація вытѣснила бы горлосъщеніе. Gillet ²⁾ говоритъ, сравнивая обѣ операции: «... Lorsqu'on a pratiqué les deux opérations, ont est forcé de convenir que l'intubation s'exécute avec une bien plus grande aisance et nécessite une expérience beaucoup moins consommée que sa congénère.» Sevestre ³⁾ по тому-же вопросу говоритъ: «Au total, l'opération du tubage est, sans contredit, plus facile à pratiquer que la trachéotomie et elle expose beaucoup moins à des accidents graves». По словамъ д-ра Поліевктова ⁴⁾, общее впе-

¹⁾ „Parallèle entre la trachéot. et le tubage dans le croup“. „Le Progrès médical“, 6 février, 97.

²⁾ Loc. cit.

³⁾ Loc. cit.

⁴⁾ „Русск. арх. патол.“, мартъ, 98 г.

чатлѣніе, которое можно было вынести изъ докладовъ и преній — по вопросу объ интубаціи на XII-мъ международномъ съѣздѣ врачей въ Москвѣ, «было, безъ сомнѣнія, въ пользу интубаціи: всѣ референты настойчиво указывали на преимущества интубаціи въ леченіи ея, совместно съ съвороткой, крупа и поощряли къ ней товарищей, убѣждая оставить трахеотомию для немногихъ, строго определенныхъ и исключительныхъ случаевъ».

СЛУЧАЙ 7-ой.

Екатерина С., 6-ти лѣтъ прибыла ¹²/₁ 95 въ 11 часовъ утра. Болея 3-ій день.

Сложеніе правильное, питаніе удовлетворительное. Беззвучный голосъ и кашель, глубокое втягиваніе грудной кѣтки при вдохѣ, дыхательныхъ шумовъ не слышно. Пульсъ слабъ. На одной миндалинѣ большая сѣрая пленка.

Тотчасъ интубирована. По введеніи трубки выдѣлилась большая тостая эластическая пленка длиною въ 6 сантиметровъ. Дыханіе стало свободнымъ. ¹° 38, даханій 30, пульсъ 116. Выприснуто 1000 противоядныхъ единицъ Schering'a. Вечеромъ ¹° 38,1, даханіе свободно.

¹⁴/₁ утромъ ¹° 37,8, даханій 28. Въ 5 часовъ вечера трубка удалена за нитку; вмѣстѣ съ трубкой выдѣлилась большая пленка въ видѣ полаго цилиндра длиною въ 3 см. Вечеромъ ¹° 38,4, даханіе свободно.

¹⁵/₁ ¹° 37,5, даханіе свободно. ²¹/₁ голосъ ясный. Поднята съ постели.

СЛУЧАЙ 11-ый.

Андрей Ц., 5-ти лѣтъ, прибылъ ²⁴/₁ въ 1 часъ дня. Болея 3-ій день.

Скелетъ рахитическій, pectus carinatum. Беззвучный голосъ и кашель. На миндалинахъ и язычкѣ сѣрые налеты. Глубокое

втягивание грудной клетки при вдохе, покровы блѣдые съ цианотической окраской. Пульсъ слабъ.

Тотчас интубированъ. Дыханіе стало свободнымъ, 28 въ минуту, t° 38, пульсъ 106, слабъ. Выприснуто 1000 противоядныхъ единицъ Schering'a. Вечеромъ t° 37,8, дыханіе свободно, 34 въ минуту.

$^{25}/v$ утромъ t° 38,2, часто кашляетъ, отдѣленіе слизисто-гноное. Налеты на миндалинахъ. Пульсъ частый, слабый. Вечеромъ t° 39.

$^{26}/v$ утромъ t° 41,2, дыханіе затруднено, 42 въ минуту. Въ 10 час. утра трубка удалена за нитку. Дыханіе еще болѣе затруднено. Въ 1 часъ дня произведена tracheotomia inferior. Strichnini nitrici gr. $\frac{1}{100}$ подъ кожу, coffeini et camphorae aa gr. $\frac{1}{2}$ черезъ 3 часа. Вечеромъ t° 40, дыханій 44, пульсъ 136. Сознаніе помрачено, клоническія судороги. Въ 4 часа ночи скончался.

Вскрытіе $^{27}/v$. Скелеть рахитической, питаніе удовлетвори-тельно. На миндалинахъ, на задней поверхности надгортанника плотно сидящіе фибриновые налеты. Голосовыя связки лишены эпителия. Въ гортани и трахеѣ небольшія поверхностная изъязвленія слизистой, покрытыя фибриновыми налетами, слизистая трахеи сильно инъецирована. Левое легкое приросло къ грудобрюшной преградѣ, въ нижней долѣ сзади уплотненіе величиною съ дѣтскій кулакъ, на разрьѣ уплотненія ткань сѣраго цвѣта, изъ бронховъ выделяется гнойная жидкость. Правое легкое приросло на всей своей поверхности, въ верхушкѣ изъ разрьза бронховъ выделяются капельки гнойной жидкости. Сердце сокращено, заслонки не измѣнены, мышца красна. Почки почти нормальной величины, границы коркового слоя не совсѣмъ ясны.

СЛУЧАЙ 38-ой.

Клавдія Е., 2-хъ лѣтъ 6-ти мѣс., прибыла $^{16}/ix$ 95 г. въ полдень, на 4-ый день болѣзни.

Слабое сложеніе, плохое питаніе. На миндалинахъ сѣрые пленки. Беззвучный голосъ. Глубокое втягиваніе грудной клетки при вдохѣ. Пульсъ слабъ.

Тотчас интубирована. Дыханіе восстановилось. Выприснуто 600 ед. И. И. Э. М. t° 39,1, вечеромъ 39,3, дыханій 30, пульсъ 120, въ ночь бѣлокъ.

$^{17}/ix$ t° 39,3—39,4, дыханій 36, пульсъ 122, въ легкихъ много свистящихъ хриповъ. Налеты въ зѣвѣ меньше. Пульсъ слабъ.

$^{18}/ix$ утромъ t° 38. Налетовъ въ зѣвѣ нѣтъ. Въ 10 час. утра экстубирована за нитку. Дыханіе свободно. Въ легкихъ много свистящихъ хриповъ и влажныхъ среднего калибра. Пульсъ частый, слабый.

$^{19}/ix$ t° 37,8, дыханіе при возбужденіи затруднено, 34 въ минуту, пульсъ 124.

Съ $^{20}/ix$ по $^{21}/x$ t° 37,8—38,6, въ легкихъ много хриповъ, кашель лающий, при возбужденіи затрудненное дыханіе.

$^{22}/x$ t° 39,6. Перкуторный тонъ подъ правой ключицей заглушенъ, въ верхушкѣ праваго легкаго бронхіяльное дыханіе. Въ мочѣ много бѣлка.

Съ $^{8}/x$ t° норм. Дыхательный шумъ всюду везикулярный, хриповъ болѣе нѣтъ. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ.

Выздоровѣла.

СЛУЧАЙ 40-ый.

Александръ А., 3-хъ лѣтъ, 6-ти мѣс., прибылъ $^{17}/ix$ 95 г., въ 2 часа дня, на 5-ый день болѣзни.

Слабое сложеніе, питаніе посредственное. На миндалинахъ и мягкомъ нѣбѣ большіе сѣрые налеты. Сильное душье: глубокое втягиваніе грудной клетки при вдохѣ, покровы блѣдые, цианозъ губъ, пульсъ нитевидный, исчезающій при вдохѣ.

Тотчас интубированъ. Кашель и экспекторация крайне слабы. Выприснуто 600 едн. И. И. Э. М. t° 38,6, дыханіе свободно.

по учасно — 46 в минуту, пульс 140. *Samphogae* gr. $\frac{1}{2}$ подь кожу. Въ 10 часовъ вечера скончался.

Вскрытiе $\frac{18}{\text{XII}}$. Скелетъ со слѣдами рахита. На корнѣ языка, миндалинахъ, дужкахъ и язычкѣ, на стѣнкахъ глотки, на ложныхъ голосовыхъ связкахъ и задней поверхности надгортаника фибринозные налеты, отдѣляющіеся съ трудомъ. Въ трахеѣ и бронхахъ сплошная фибринозная пленки, покрывающія ихъ стѣнки и легко отдѣляющіяся. Легкія полнокровны, содержатъ мало воздуха. Въ мелкихъ бронхахъ длинныя эластическія фибриновые пленки. Сердце сокращено, заслонки неизмѣнены, мышца блѣдна. Селезенка увеличена, капсула сморщена, ткань дряблая. Печень содержитъ много крови, дольчатость неясна. Почка почти нормальной величины, корка утолщена, границы пирамид неясны.

СЛУЧАЙ 58-ой.

Марта Б., 6-ти лѣтъ, прибыла $\frac{8}{\text{XII}}$ 95 г., въ 1 часъ дня, на 3-ій день болѣзни.

Сложеніе посредственное, питаніе плохое, кожа тонка, блѣдна. Лающий кашель, голосъ беззвучный. Дыханіе затруднено: межреберья и подложечная область втягиваются при вдохѣ. Въ зѣвѣ обширныя сѣрыя пленчатые налеты: на миндалинахъ, дужкахъ, мягкомъ небѣ и язычкѣ. Въ легкихъ всюду везикулярное дыханіе, отчасти заглушенное стенотическимъ шумомъ въ гортани. Тоны сердца хороши. Пульсъ удовлетворительный, 1° 38, дыханій 30, пульсъ 122. Въ мочѣ бѣлокъ. Выпрснуто 1000 едн. И. И. Э. М.

$\frac{9}{\text{XII}}$ Спала худо, удушье усилилось, грудная кѣтка сильнѣе втягивается при вдохѣ, дыхательныхъ шумовъ при выслушиваніи не слышно, во время кашля слытъ, пульсъ слабѣе. Въ 10 часовъ утра интубирована. Трубка тотчасъ по введеніи закупорилась, извлечена вмѣстѣ съ большою фибринозною пленкой, закупорившей просвѣтъ трубки. Дыханіе затруднено, снова инту-

бирована. Въ легкихъ разсыяныя хрипы. Въ мочѣ бѣлокъ. 1° 38, дыханій 28, пульсъ 118. Въ 1 часъ дня выкашляла трубку, дыханіе свободнѣе. Вечеромъ 1° 38,6, дыханіе не очень затруднено, — 36 в минуту, пульсъ 126.

$\frac{10}{\text{XII}}$ 1° 36,9, дыханіе слегка затруднено, особенно при возбужденіи и кашлѣ, 28 в минуту, пульсъ полнѣе, 112. Налеты въ зѣвѣ меньше. Въ легкихъ значительное количество хриповъ. Въ мочѣ много бѣлка.

$\frac{11}{\text{XII}}$ то же. 1° 37,8 — 38.

$\frac{12}{\text{XII}}$ 1° 37,8. Дыханіе свободнѣе. Въ зѣвѣ остатки налетовъ. Въ легкихъ нѣсколько влажныхъ хриповъ. Въ мочѣ много бѣлка.

$\frac{13}{\text{XII}}$ то же. 1° 37,5.

$\frac{14}{\text{XII}}$ 1° 37,4. Дыханіе свободно. Налеты въ зѣвѣ нѣтъ. Хриповъ въ легкихъ меньше. Бѣлка въ мочѣ немного.

$\frac{21}{\text{XII}}$ появился гольсъ.

$\frac{22}{\text{XII}}$ поднята съ постели.

СЛУЧАЙ 84-ый.

Аркадій Б., 4-хъ лѣтъ, прибылъ $\frac{7}{\text{VI}}$ 96 г., въ полдень, на 3-ій день болѣзни.

Сложеніе правильное, питаніе удовлетворительное. На обѣихъ миндалинахъ большія сѣрыя пленки. Охриплость, лающий кашель и сильное удушье, глубокое втягиваніе грудной кѣтки при вдохѣ, дыхательнаго шума при выслушиваніи не слышно.

Интубированъ. Выдѣлялось много слизи и обрывки пленокъ. Выпрснуто 1000 ед. И. Э. М. Выдыханіе кислорода. 1° 37,5 — 38, дыханій 36, пульсъ 116, въ мочѣ бѣлокъ.

$\frac{8}{\text{VI}}$ Спалъ удовлетворительно. 1° 38, дыханій 28, пульсъ 118. Въ легкихъ всюду везикулярное дыханіе. Налеты въ зѣвѣ безъ измѣненій. Съ полудня дыханіе стало затрудненнымъ, появилось втягиваніе межреберій, безпокойство. Трубка удалена за нитку, просвѣтъ ея не закупоренъ. Удушье продолжается. Въ 4 часа

дия произведена tracheotomia inferior. Дыхание улучшилось, без покоя, 1° 40,4, пульс слаб, 148 в минуту, дыханий 32. В 2 часа ночи скончался.

Вскрытие 10° /vi. Скелет правильный, питание хорошее. Фибриновые налеты на миндалинах, задней поверхности надгортанника, голосовых связках и в трахеѣ; слизистая трахеи набухла, гипертрофирована; бронхи выполнены гнойной жидкостью. Легкія пушисты, малокровны. Сердце в диастолѣ, мышца блѣдна, дрябла.

СЛУЧАЙ 85-ый.

Елизавета К., 3-хъ лѣтъ, 9-и мѣс., прибыла 24° /vii 96 г., в 1 часть ночи, на 3-ий день болѣзни.

Сложение и питание посредственное. На миндалинах и язычкѣ сѣрые пленки. Лающий кашель, значительное втягивание грудной кѣтки при вздохѣ, дыхательнаго шума не слышно, пульс частый, слабый.

Тотчасъ интубирована. Выдѣлилось большое количество слизи и толстая пленка. Дыхательный шум сирова под лопаткой ослаблен. 1° 39,1, пульс 124. Выпрыгнуто 1000 противоядныхъ единицъ И. Э. М.

29° /vii. Спала плохо, 1° 37,8, дыхание учащено 46, пульс 116. Дыхательный шум сирова сзади бронхиальный, перкуторный тонъ чуть заглушенъ. Экспираторія слабая, отдѣленіе слизисто-гнойное. Вдыханіе кислорода. Saphrogaе ggi подъ кожу. Вечеромъ 1° 39,4, дыханіе частое, пульс падаетъ. В 8 часовъ вечера скончалась.

Вскрытие 26° /vii. Сложение слабое, питание плохое. Слизистая зѣва и миндалинъ изъязвлена, покрыта фибринозными налетами, на голосовыхъ связкахъ такой-же налетъ. В трахеѣ на мѣстѣ бифуркаціи толстая длиною въ 6 цм. фибринозная пленка, лежащая на половину въ трахеѣ, на половину ущемленная въ правомъ бронхѣ. Въ бронхахъ втораго дѣленія трубчатые фибриноз-

ные цилиндры, слизистая мелкихъ бронховъ сѣроватаго цвѣта, покрыта слизисто-гнойной жидкостью. Легкія свободны на поверхности, всюду проходимы для воздуха. Другія измѣненія незначительны.

СЛУЧАЙ 89-ый.

Николай М., 4-хъ лѣтъ, прибылъ 4° /vii 96 г., на 5-ый день болѣзни.

Сложение правильное, питание удовлетворительное. На миндалинахъ, дужкахъ и язычкѣ сѣрые пленчатые налеты. Голос хриплый, лающий кашель, дыханіе затруднено, грудная кѣтка сильно втягивается при вздохѣ, дыхательнаго шума не слышно, губы синеваты, пульсъ слабъ.

Интубированъ. Тотчасъ трубка съ сильнымъ кашлемъ выскочила наружу, въ просвѣтѣ ея оказалась толстая пленка. Дыханіе сразу восстановилось, дыхательный шумъ всюду везикулярный. Выпрыгнуто 1500 ед. И. Э. М. 1° 37,4, дыханій 28, пульс 120. Вечеромъ 1° 37,2, дыханіе свободно. Удушье не возобновлялось. Выздоровѣлъ.

СЛУЧАЙ 90-ый.

Петръ Б., 3-хъ лѣтъ, 6-ти мѣс., прибылъ 7° /viii 96 г., въ полдень, на 5-ый день болѣзни.

Сложение слабое, питание посредственное. На обѣихъ миндалинахъ сѣрая пленка. Беззвучный голось, такой-же кашель, дыханіе затруднено, грудная кѣтка втягивается при вздохѣ, дыхательнаго шума не слышно, много свистящихъ хриповъ, пульсъ слабъ.

Интубированъ. Выдѣлилось большое количество слизисто-гнойной мокроты, дыханіе не вполне восстановилось, межреберья втягиваются. Выпрыгнуто 1200 ед. И. Э. М. Вдыханіе кислорода. 1° 38,6, дыханій 34, пульс 126, въ мѣсть блокъ.

⁸/_{vii} t° 38,3, дыхание учащено—38, не совсем свободно. В легких много свистящих хрипов. Пульс 128, слаб. В 10 час. утра экстубирован за нитку, одышка не усилилась. Вечером t° 40,5, дыхательный шум в нижних долях неопределенного характера (жесткое дыхание), много хрипов. Adrenophin, Digitalis, vino.

⁹/_{vii} t° 38,7—39,4, дыханий 44, пульс 140—170. Упало сил. В 4 часа ночи скончался.

Вскрытие ¹¹/_{viii} Скелет со следами рахита, питание посредственное. На миндалинах, задней поверхности надгортанника, на голосовых связках и на слизистой трахеи фибриновые налеты; слизистая трахеи с 3-го кольца сильно инъецирована, на 6-ом кольце небольшое изъязвление слизистой неправильной формы, проникающее до хряща. Левое легкое приросло в задней части к грудной клетке, задняя часть нижней доли плотная, почти безвоздушная, на разрезе вынимаются кусочки пленок, слизистая бронхов инъецирована с точечными кровоизлияниями. Бронхиальные железы увеличены, некоторые творожисто изменены. Сердце сокращено, мышца бледная. Селезенка увеличена, на разрезе бледная, зернистая. Печень увеличена, край слегка закруглен, на разрезе красноватого цвета с желтыми пятнами, дольчатости не видно. Почки увеличены, корка утолщена, слегка зернистая, граница пирамид слабо выражена.

СЛУЧАЙ 125-ый.

Оскар Т., 5-й летъ, прибылъ ²⁸/_{vii} 97 г., в 11 час. утра, на 3-ий день болезни.

Скелет рахитический, грудь узкая, питание посредственное. На обоих миндалинах сырые пленки. Сильное удушье: глубокое втягивание грудной клетки при вдохе, голос хриплый,

лающей кашель, пульс слабый, исчезающий при вдохе. Интубирован. Выделилось много густой слизи, дыхание восстановилось, дыхательный шум всюду везикулярный. Выписано 1500 едн. И. Э. М. t° 38,2, дыхание 36, пульс 118, в моче б/ок.

²⁹/_i t° 38,7—39,3, дыханий 36—40, пульс 118—120. В легких много среднеузырчатых хрипов.

³⁰/_i t° 37,7, дыхание рѣже—30, хрипов в легких меньше, мокрота жидкая—гноевая. Налеты в зѣве меньше. В 11 час. утра экстубирован за нитку. Через ¹/₂ часа сильное удушье, вновь интубирован. Вечером t° 38,4, дыханий 30.

³¹/_i t° 37,6, дыханий 28, справа слышно несколько влажных хрипов, в моче б/ок. В 10 час. утра экстубирован, сильное удушье, тотчас вновь интубирован. Вечером t° 37,7.

¹/_{ii} t° 37,4. В 10 час. утра выкашлил трубку.

В 2 часа дня удушье, интубирован.

²/_{ii} в 8 час. утра выкашлил трубку, в 10 час. утра стеноз возобновился, интубирован. t° нормальная.

³/_{ii} в 10 час. утра выкашлил трубку, весь день дышал свободно, t° норм. Вечером удушье возобновилось, в 11 час. вечера интубирован.

⁴/_{ii} в полдень экстубирован.

Стеноз не возобновлялся. Продолжительность интубации 149 часов.

¹⁰/_{ii} появился голос.

Выдоровѣлъ.

СЛУЧАЙ 144-ый.

Елизавета К., 7-й летъ, прибыла ¹³/_{vii} 97 г., в 10 час. утра. Больна с недѣлю.

Сложение правильное, питание удовлетворительно. Сильный стеноз, глубокое втягивание грудной клетки при вдохе, лицо бледно, губы сини, пульс слаб.

Интубирована. Выдѣлилось большое количество густой гнойной мокроты и большая трубчатая пленка, дыханіе возстановилось, цианозъ сразу исчезъ. Въ легкихъ нѣсколько свистящихъ хриповъ. На миндалинахъ сѣрые пленки. Впрыснуто 2000 едн. И. Э. М. 1° 39,1, дыханій 32, пульсъ 132, въ мочѣ бѣлокъ. Въ 5 час. вечера экстубирована за нитку, удушье скоро возобновилось, въ 8 час. вечера вновь интубирована, выдѣлилась снова огромная трубчатая пленка длиною около 6-и дм. и много мокроты.

19/VII 1° 38,8,—38,5, дыханій 30—28, пульсъ 130—120. Въ 8 час. утра экстубирована. Въ легкихъ много свистящихъ и влажныхъ хриповъ. Удушье вскорѣ возобновилось, въ 10 час. утра интубирована. При введеніи трубка закупорилась, по выведеніи ея выдѣлилась трубчатая пленка длиною въ 10 дм., на одномъ концѣ дихотомически развѣтвленная, соответственно двумъ главнымъ бронхамъ. Дыханіе стало свободнымъ, но съ полудня опять ухудшилось, вновь интубирована, выдѣлилась лишь густая гнойная мокрота.

20/VII 1° 37,5, дыханій 22, пульсъ 100. Спала хорошо. На миндалинахъ побѣлѣвшіе налеты. Хриповъ въ легкихъ значительно меньше, мокрота жиже, пульсъ и общее состояніе значительно лучше. Въ полдень экстубирована. Вечеромъ удушье возобновилось, въ 8 час. веч. интубирована (меньшей трубкой), выдѣлилась опять большая пленка длиною въ 6 дм. и много гнойной мокроты, дыханіе возстановилось. 21/VII. Спала хорошо. 1° 37,8—38,5, дыханій 24, пульсъ 110. Налетовъ въ зѣвѣ нѣтъ. Въ легкихъ много хриповъ. Въ 10 час. утра экстубирована. День провела хорошо, вечеромъ снова удушье, въ 7 час. веч. снова интубирована (еще меньшей трубкой), выдѣлилось много гнойной мокроты. Въ полночь выкашляла трубку. Удушье не возобновлялось. Далѣе, 1° норм., постепенное улаженіе.

2/VIII появился голосъ.

8/VIII встала съ постели.

СЛУЧАЙ 151-ый.

Ольга Р., 6-и лѣтъ, прибыла 20/VII 97 г., въ 10 час. утра, на 5-й день болѣзни.

Слабое сложеніе, питаніе въ упадкѣ. На миндалинахъ, дужкахъ и мягкомъ небѣ большіе сѣрые налеты, слизистая красная, лающий кашель, голосъ беззвучный, дыханіе по временамъ значительно затруднено, дыхательный шумъ всюду везикулярный, слѣва нѣсколько слабѣе. Пульсъ слабъ. Глаза полуоткрыты, видъ усталый, апатичный. Впрыснуто 2000 едн. Schering'a. 1° 37,6, дыханій 30, пульсъ 102, въ мочѣ много бѣлка. Дыханіе постепенно ухудшалось, къ вечеру очень затруднено, въ 8 час. вечера интубирована. Выдѣлились клочки пленокъ и слизь, вдыханіе свободно, при выдыханіи трубка закупоривается пленкой, какъ клапаномъ; трубка удалена, дыханіе стало свободнымъ.

21/VIII 1° 37,3—37,7, дыханій 28, пульсъ 88—94. Дыханіе умѣренно затруднено, въ мочѣ много бѣлка. 22/VIII въ 6 час. утра сильное удушье, интубація, снова трубка закупоривается пленкой при выдыханіи, удалена, дыханіе возстановилось. 1° норм. Дыхательный шумъ слѣва сзади ослабленъ.

27/VIII при нормальной 1°-ѣ слѣва подъ лопаткой перкуторный тонъ заглушенъ, рѣзко бронхиальное дыханіе.

2/IX появились крепитирующие хрипы.

Въ дальнѣйшемъ теченіи пневмонія благополучно разрѣшилась. Бѣлокъ въ мочѣ до 19/IX. Голосъ возстановился 25/IX.

СЛУЧАЙ 158-ой.

Автонъ С., 3-хъ лѣтъ, прибылъ 2/X 97 г., въ 9 часовъ утра. Болѣзнь замѣчена родными только наканунѣ съ появленіемъ удушья. Сложеніе правильное, питаніе удовлетворительное. На миндалинахъ сѣрые налеты. Беззвучный голосъ и

кашель. Сильное удушье: глубокое втягивание грудной клетки при вздохе, лицо блѣдно, синевато, пульс едва ощутим. Во время переноса изъ приемнаго покоя въ палату цианозъ усилился, до введенія трубки остановка дыханія. Интубація, искусственное дыханіе. Вскорѣ сталъ дышать, пришелъ въ себя, услышъ, цианозъ исчезъ. Впрыснуто 2000 едн. Behring'a. t° 39,6, дыханій 44, пульсъ 136. Дыхательный шумъ всюду везикулярный. Тоны сердца глухи, слабы, пульсъ очень слабъ. Сапфог. гтj подъ кожу. Въ 4 часа ночи скончался.

Вскрытіе $\frac{3}{x}$. Скелетъ со слѣдами рахита, питаніе хорошее. Миндалины изъязвлены, покрыты трудно отдѣляющимися фибринозными налетами. Слизистая зѣва и трахеи сплошь покрыты фибринозными пленками, переходящими въ бронхи до 3-го дѣленія. Легкія свободны, всюду содержать воздухъ. Изъ разрѣза мелкихъ бронховъ выдѣляется гнойная жидкость. Измѣненія въ другихъ органахъ незначительны.

СЛУЧАЙ 168-й.

Павель Ф., 6-и лѣтъ, прибылъ $\frac{27}{xii}$ 97 г., въ 11 часовъ вечера съ сильнымъ удушьемъ на 4-ый день болѣзни.

Сложеніе правильное, питаніе удовлетворительно. Сильный цианозъ, глубокая диспноэтическая кома, глаза полуоткрыты, сознание отсутствуетъ, пульсъ едва ощутимъ, конечности вали, холодны.

Интубація. Выдѣлилось много гнойной мокроты, дыханіе улучшилось, цианозъ прошелъ, погрузился въ сонъ. На миндалинахъ сѣрые налеты. t° 38,3, дыханій 32, пульсъ 124, въ мочѣ много бѣлка. Впрыснуто 2000 едн. И. Э. М.

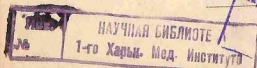
$\frac{28}{xii}$ t° 37,9, дыханій 28, пульсъ 106. Спалъ хорошо. Въ легкихъ всюду везикулярное дыханіе. Пульсъ лучше. $\frac{29}{xii}$ t°

37,3, дых. 24, пульсъ 90. Спалъ хорошо. Въ зѣвѣ остатки налетовъ. Въ 3 часа дня выкашлялъ трубку, дыханіе свободно. Далѣе t°—нормальная, дыханіе свободно, продолжительная альбуминурия. $\frac{22}{i}$ поднять съ постели.

ВЫВОДЫ.

- I. Интубация невыполнима только в редких случаях.
- II. Исход при интубации зависит от состояния легких, от распространения дифтеритного процесса и от общего состояния организма; механическое же затруднение дыхания при крупь, происходящее от сужения гортани, даже сильнейшее, устранимо при помощи интубации.
- III. Изменением калибра трубочки можно устранить выкашливание ее и преодолеть препятствие к удалению трубочки.
- IV. Введение и выведение трубочки должно производиться самыми осторожными приемами.
- V. Трубочка играет роль дренажа для случаев с обильным и особенно с гнойным отдѣлением: съ удалением ее, при затрудненном откашливании, может появляться воспаленіе легочной ткани.
- VI. Временная интубация—*écouvillonnage* пригодна лишь для отдѣльных случаев и требует большого присмотра.
- VII. Наилучший способ питания интубированных представляет кормленіе через зондъ.
- VIII. Интубация применима и въ частной практикѣ.

Въ заключение считаю долгомъ выразить глубокую благодарность Господину Директору и Главному врачу Николаевской дѣтской больницы Л. И. Томашевскому за разрѣшеніе воспользоваться матеріаломъ больницы для этой работы и старшему врачу заразнаго отдѣленія В. Ф. Фельдту за полезные совѣты и указанія.



ПОЛОЖЕНІЯ.

I. Своевременнымъ выписываніемъ противодифтерійной сыворотки можно было-бы предупредить во многихъ случаяхъ развитіе стеноза при крупѣ и избавить больного отъ оперативнаго вмѣшательства.

II. Въ борьбѣ съ заразными болѣзнями должно особенно стараться распространять свѣдѣнія объ опасности ихъ и о мѣрахъ къ предохраненію, но, по возможности, избѣгать насильственныхъ мѣръ, которыя ведутъ къ утаиванію больныхъ или несвоевременному ихъ обнаруженію.

III. Смазываніе воспаленной и разрыхленной слизистой оболочки зѣва при скарлатинѣ не соответствуетъ общимъ правиламъ леченія воспаленія, усиливаетъ воспалительныя явленія въ зѣвѣ и способствуетъ зараженію шейныхъ лимфатическихъ железъ и клѣтчатки.

IV. Слабительныя, даваемая часто ребенку родителями въ началѣ кори, скарлатины и дифтерита въ видѣ первой домашней помощи, до выясненія характера заболѣванія, приносятъ несомнѣнный вредъ, вызывая часто жестокой катарръ кишечника и подрывая силы, необходимыя для борьбы съ заразной болѣзью.

V. Большіе и частые приемы возбуждающихъ средствъ, не внося никакой живой силы въ организмъ, скорѣе истощаютъ имѣющійся запасъ энергіи и въ то-же время лишаютъ больного покоя и сна.

VI. Въ борьбѣ съ распространіемъ сыпныхъ болѣзней: кори, скарлатины, вѣтрянной оспы—санитарныя мѣры должны быть преимущественно направлены къ удаленію заболѣвшаго отъ здоровыхъ, такъ какъ наиболѣе частый, если не исключительный способъ передачи этихъ болѣзней состоитъ въ непосредственномъ общеніи больного со здоровыми въ семьѣ, школѣ, врачебной амбулаторіи и пр.

CURRICULUM VITAE.

Александръ Семеновичъ Качинъ, сынъ купца, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ 1868-мъ году. Первоначальное образованіе получилъ въ Одесской Ришельевской гимназій, по окончаніи которой поступилъ на медицинскій факультетъ университета Св. Владиміра въ Кіевѣ, и въ государственной испытательной комиссіи 1893-го года удостоенъ степени лекаря съ отличіемъ. Въ 93/94-мъ году держалъ докторантскій экзаменъ въ Военно-медицинской академіи, а въ іюль 94-го года поступилъ на службу въ С.-Петербургскую Николаевскую дѣтскую больницу врачомъ-ассистентомъ, гдѣ состоитъ и въ настоящее время. Настоящая работа подъ заглавіемъ: «Объ интубаціи гортани при крупѣ» представлена въ Военно-Медицинскую академію для полученія степени доктора медицины.