

ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

19-го Апрѣля 1904 года.

Предсѣдательствовалъ проф. А. Н. Каземъ-Бекъ, при секретарѣ д-рѣ А. В. Оаворскомъ.

Присутствовали—проф. Разумовскій, Агабабовъ, Любимовъ, д-ра Неболюбовъ, Троицкій, Казанскій, Идельсонъ, Шибковъ, Купидоновъ, Панъ, Надель-Пружанская, Овчинниковъ, Зуевъ, Осокинъ, Валицкій, Левинъ, Порфирьевъ, Кузнецовъ, Побѣдинскій, Шулейко, Сухаревъ, Соларевъ, Петрулисъ.

Проф. Разумовскій сказалъ краткую рѣчь, посвященную памяти недавно умершаго доктора В. Д. Владимірова, бывшаго воспитанника Казанскаго университета. В. Д. Владиміровъ былъ преподавателемъ въ Казанскомъ университетѣ, а затѣмъ перешелъ на службу въ Пензенскую губернскую земскую больницу старшимъ врачомъ послѣ того, какъ университетъ недостаточно оцѣнилъ его научную выдающуюся дѣятельность и выбралъ на вакантное мѣсто официальнаго преподавателя хирургіи—другого кандидата. По словамъ проф. Разумовскаго, д-ръ Владиміровъ былъ однимъ изъ выдающихся преподавателей. Онъ оставилъ нѣсколько учениковъ, какъ напр. профессора Студенскаго, который всегда говорилъ, что онъ обязанъ своими знаніями всецѣло д-ру Владимірову. Другой его ученикъ—извѣстный земскій врачъ, д-ръ мед. Кузнецкій. Главная его заслуга это—операция, носящая его имя, докладъ о которой онъ сдѣлалъ въ 1872-мъ

году. Эта операція есть крупное пріобрѣтеніе хирургіи. 10 лѣтъ спустя, эта операція была сдѣлана Микулѣземъ и стала называться именемъ этого хирурга. Но проф. Склифасовскій возстановилъ пріоритетъ въ этой операціи. Относительно этой операціи я бы сказалъ, что она явилась второй, по своей важности, послѣ Пироговской. Не смотря на столь плодотворную научную дѣятельность, не смотря на тотъ крупный вкладъ, который былъ сдѣланъ покойнымъ въ хирургію, онъ умеръ въ большой бѣдности и былъ даже похороненъ на средства земской больницы.

По предложенію предсѣдателя, память покойнаго была почтена вставаньемъ.

1. Д-ръ *Десятовъ*. Санитарный надзоръ на внутреннихъ водныхъ путяхъ.

П Р Е Н І Я.

Проф. *Агабабовъ*. Въ навигацію 1892—1893 года я плавалъ въ качествѣ врача на путейскомъ пароходѣ между Рыбинскомъ и Нижнимъ-Новгородомъ. Долго я не находилъ себѣ дѣла. Врачи тогда не имѣли права вмѣшиваться въ санитарное состояніе пароходовъ, но мы всеже побывали на нѣкоторыхъ пароходахъ. Въ мое время были тѣ же санитарныя упущенія, какъ и теперь, но даже еще хуже. Особенно, на буксирныхъ пароходахъ была очень сильная грязь. Я тогда просилъ обратить на это вниманіе, и мое начальство отнеслось къ моей просьбѣ сочувственно. Я тогда еще написалъ проэктъ введенія института санитарныхъ врачей на Волгѣ, которые имѣли бы право слѣдить за состояніемъ судовъ, плавающихъ на Волгѣ. Очевидно, теперь этотъ проэктъ дополненъ.

Проф. *Каземъ-Бекъ* благодарилъ докладчика за интересный докладъ и отмѣтилъ, что для насъ, Волжанъ, докладъ пріобрѣтаетъ особенный интересъ.

2. Студентъ *Гиммель*. Къ патологіи мультилокулярнаго эхинококка печени (съ демонстраціей макро-и микроскопическихъ препаратовъ).

П Р Е Н І Я.

Осокинъ. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ я демонстрировалъ случай многокамернаго эхинококка. За эти годы накопилось еще нѣ-

сколько случаевъ, слѣдовательно, онъ далеко не рѣдокъ. Является невыясненнымъ вопросъ, почему больше поражается правая доля. Проф. Любимовъ видитъ причину этого въ механическихъ условіяхъ, именно въ распредѣленіи венае portaе въ печени. Вѣтвь, идущая въ правую долю, есть прямое продолженіе v. portaе, почему и переносъ эхинококка совершается легче. Было бы желательно, чтобы это мнѣніе было проверено.

Проф. Разумовскій, выразивъ удовольствіе, что студенты занимаются теоретическими вопросами, замѣтилъ: я бы желалъ сказать: правильнѣе—выразиться такъ: не только у насъ, но и за-границею. Нужно говорить: у насъ и за-границею. Въ отношеніи изученія эхинококка мультилокулярнаго мы ушли куда дальше, чѣмъ за-границею.

Ст. Гиммель. Впервые эту форму начали показывать въ Германіи, главнымъ образомъ, въ Баваріи.

Пр. Разумовскій. Интересный выводъ есть въ той работѣ, про которую Вы говорите: «повидимому, существуетъ полная противоположность солитарнаго и мультилокулярнаго эхинококка. Тамъ, гдѣ встрѣчается солитарный эхинококкъ, тамъ рѣдко бываетъ мультилокулярный, какъ напр. въ Казани». Черезъ 1 годъ послѣ этой работы я опубликовалъ 27 случаевъ эхинококка мультилокулярнаго въ Казани! Мнѣ кажется, о мультилокулярномъ эхинококкѣ за-граница можетъ поучиться у насъ.

Проф. Любимовъ. Что касается случаевъ унилокулярнаго эхинококка, то мы его не публикуемъ. Случаи же мультилокулярнаго эхинококка насъ очень интересуютъ. На послѣднемъ Пироговскомъ съѣздѣ былъ поднятъ вопросъ, почему происходитъ распадъ эхинококка. При жизни часто плотная печень становится мягкой. По моему, это отъ ртути. Въ противовѣсъ этому было приведено два случая (въ Москвѣ), гдѣ въ одномъ, хотя ртутной терапіи не было, тѣмъ не менѣе эхинококкъ былъ размягченъ, а во второмъ,—гдѣ было ртутное леченіе, эхинококкъ не былъ размягченъ. Оказалось, однако, при разборѣ, въ антрактѣ, что это какъ разъ было наоборотъ. Возраженіе это не получило моего отпора, и я желаю теперь это пополнить.

Студ. Гиммель?

Осокинъ. Было-ли перерожденіе стромы въ Вашемъ случаѣ?

Д-ръ Гиммель спросилъ, какъ происходитъ рассасываніе подъ вліяніемъ ртути?

Проф. Любимовъ. Узелъ эхинококка окруженъ плотною соединительною тканью. Ртуть производитъ гіалиновое перерожденіе, т. е. какъ бы некрозъ, а благодаря этому некротизированная ткань или расплывается или пронизывается различного рода микроорганизмами.

Д-ръ Гиммель. Я это спрашиваю потому, что у насъ часто употребляется ртуть для рассасыванія соединительно-тканнхъ элементовъ. У проф. Пospѣлова есть много работъ, гдѣ описывается примѣненіе ртути при *elephantiasis*. Его рисунки свидѣлствуютъ о хорошихъ результатахъ, полученныхъ при этомъ, именно ткань здѣсь рассасывалась.

Проф. Любимовъ. Если бы всѣ врачи обращали болѣе вниманія на эту форму, то б. м. она чаще и вѣрнѣ діагносцировалась. Чаще всего её діагносцируютъ, какъ гумму печени или какъ циррозъ. Иногда мнѣ удавалось по плотности печени на секціонномъ столѣ, безъ вскрытія, ставить вѣрную діагностику мультилокулярнаго эхинококка.

Проф. Каземъ-Бекъ Предложеніе Ваше (къ проф. Любимову)—провѣрить размягченіе подъ вліяніемъ ртути—можно осуществить изслѣдованіемъ имѣющихся препаратовъ тѣхъ случаевъ, гдѣ мы употребляли ртуть. При этихъ случаяхъ имѣются и клиническія данныя. Но почему рѣдки случаи мультилокулярнаго эхинококка, то я думаю что это зависитъ отъ тѣхъ условій, которыми у насъ обставлены вскрытія. Условія эти бываютъ очень тяжелы, и иногда мы совершенно лишены возможности вскрывать. Въ заключеніе предсѣдатель благодарилъ докладчика.

3. Прив.-доц. *Гиммель*. Измѣненія почекъ при гонококковой инфекціи (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ).

4. Д-ръ *Осокинъ*. Къ вопросу объ измѣненіяхъ нервной системы при гонококковой инфекціи.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Порфирьевъ спросилъ, какая бралась культура.

Гиммельъ. Культура бралась не отъ одного субъекта. О силѣ культуры мы не можемъ судить.

Д-ръ Казанскій сказалъ: я съ большимъ удовольствіемъ и интересомъ выслушалъ сообщенія почтенныхъ докладчиковъ. Теперь уже нельзя сомнѣваться въ отдаленномъ и общемъ дѣйстви на организмъ человѣка триппернаго яда, гонорройной заразы—гонококковъ: такъ много имѣется въ литературѣ наблюденій надъ больными трипперомъ, съ несомнѣнностью доказывающихъ переносъ заразы триппера и гонорройнаго яда въ отдаленные органы и ткани человѣческаго тѣла. Я помню, еще въ 1880-хъ годахъ д-ръ П. Смирновъ показывалъ въ патолого-анатомическомъ Институтѣ проф. Любимова гонококки, найденные имъ (Смирновымъ) въ жидкости, извлеченной изъ воспаленнаго колѣннаго сустава у одного больного трипперомъ.

Лично я убѣдился въ общемъ дѣйстви трипперной заразы года 2½ назадъ на одномъ изъ больныхъ здѣшняго военного госпиталя. Больной—юнкеръ—поступилъ подъ мое наблюденіе 3 сентября 1901 г. съ явленіями остраго гонорройнаго уретрита, на 8-ой день отъ начала заболѣванія. Трипперъ—въ первый разъ. Течь—обильная, рѣзь—не большая. Въ гною—гонококки. Назначены были спринцеванія и внутрь копейскій бальзамъ. Чрезъ 5 дней, чрезъ 13 дней отъ начала заболѣванія, больной сталъ жаловаться на боли въ правомъ плечѣ, раньше никогда не бывавшія; припухлости сустава не было замѣтно. Въ ночь на слѣдующій день боли сильно беспокоили больного. Припухлость сустава если и есть, то очень незначительная; ошупываніе сустава не болѣзненно. На 8-ой день, при продолжающихся боляхъ въ суставѣ, больной сталъ жаловаться на кровотеченіе послѣ мочеиспусканія и порядочное. Спринцеванія и бальзамъ были отмѣнены и назначенъ былъ внутрь *Decostum fol. uvae ursi*. Кровь продолжала выдѣляться послѣ мочеиспусканія, которое было учащено; выдѣленіе—обильное, боли въ суставѣ—по прежнему; опуханія сустава не видно. На 12-ый день, при боляхъ въ суставѣ, больной сталъ жаловаться на трудность поднимать больную руку. Къ вечеру—ознобъ, $t_{ра}=38.5^{\circ}$.

Въ слѣдующіе 10—12 дней температура тѣла оставалась повышенной, но не болѣе 38.9° , при продолжавшихся боляхъ въ правомъ плечѣ, при частомъ, болѣзненномъ и затрудненномъ мочеиспусканіи. Кровь перестала выдѣляться изъ мочеиспускательнаго канала на 10-ый день отъ ея появленія. Моча была мутная и гнойное выдѣленіе изъ канала было довольно значительное. Затрудненія въ движеніяхъ правой

рукой увеличивались и на 24-ый день поступления въ госпиталь рука въ плечевомъ суставѣ почти совсѣмъ не поднималась; въ то же время ясно выражена была атрофія мышцъ праваго плеча. Затрудненія въ движеніяхъ появились и въ правомъ локтевомъ суставѣ, а на 32-ой день больной сталъ жаловаться на неловкость при движеніяхъ правой руки въ кистевомъ суставѣ.

Въ слѣдующіе дни моча оставалась мутной, выдѣленіе изъ канала было порядочное. Движенія въ правомъ плечѣ нѣсколько улучшались; но боли въ атрофированныхъ мышцахъ оставались. На 49-ый день пребывания въ госпиталь измѣненіе объема рукъ показало слѣдующее:

	Лѣвая рука	Правая рука
Подъ мышками	27.5 сант.	23.5 = < 4 сант.
На срединѣ ср. плеча	23.0	20.0 = < 3 сант.
Надъ локтев. суставами	21.0	20.0 = < 1 сант.

Атрофированы были мышцы: *deltoideus*, *biceps* и *triceps brachii* и мышцы правой лопатки.

Затѣмъ явленія триппера и пистита прошли; но движенія въ правомъ плечевомъ суставѣ были слабы еще и чрезъ 2½ мѣсяца послѣ перваго появленія болей въ суставѣ; движенія въ локтевомъ суставѣ—уже порядочны.

Больной былъ уволенъ въ полугодовой отпускъ для поправленія здоровья.

Я увѣренъ, что въ данномъ случаѣ артропатическая атрофія мышцъ находилась въ причинной связи съ трипперомъ и обусловливалась дѣйствіемъ токсиновъ гонорройной заразы, такъ какъ сами гонококки, навѣрное, вызвали-бы воспаленіе сустава, чего въ нашемъ случаѣ не было. Интересно было-бы выяснитъ сущность и происхожденіе тѣхъ патологическихъ измѣненій, которыя имѣли мѣсто въ пораженномъ плечевомъ суставѣ и въ окружающихъ его мышцахъ. Вѣроятно, атрофія мышцъ была периферическаго происхожденія.

Г и м е л ь. Клиницисты очень часто встрѣчаютъ случаи гонококковаго пораженія эпидидимиса. Интересно, бываетъ-ли повышеніе t° при мѣстномъ пораженіи. Я предпринялъ въ этомъ направленіи изслѣдованія на больныхъ.

О а в о р с к і й. Я очень радъ слышать въ ученомъ обществѣ, что трипперъ не такая невинная болѣзнь, какъ то до сихъ поръ многіе думаютъ. Я еще хорошо помню, какъ насъ студентовъ нѣкоторые глубокоуважаемые учителя учили, что трипперъ есть тотъ же невин-

ный насморкъ. Крайне отраднo, что взгляды измѣнились въ обратную сторону.—Что касается атрофіи мышцъ при пораженіи суставовъ, то весьма возможно, её нужно разсматривать, какъ т. наз. рефлексорную. Эта послѣдняя возможна въ силу того, что периферическія нервныя окончанія заболѣвшаго сустава, передавая ненормальныя чувствительныя раздраженія соотвѣтственной моторной клѣткѣ въ спинномъ мозгу, тѣмъ самымъ производятъ въ ней рядъ динамическихъ измѣненій. Вслѣдствіе этихъ измѣненій клѣтка не можетъ уже правильнымъ образомъ выполнять присущую ей роль, и иннервируемая ею мышца обыкновенно атрофируется. Это тѣмъ болѣе возможно тогда, когда процессъ въ суставѣ длится болѣе или менѣе продолжительное время. Конечно, для рѣшенія этого вопроса необходимы данныя мышечной электровозбудимости. При рефлексорной атрофіи мы не будемъ имѣть качественного измѣненія реакціи на электрическій токъ.

Гиммель. Ваше объясненіе мышечной атрофіи едва ли удовлетвoлено, такъ какъ для этого нужно продолжительное заболѣваніе сустава.

Фаворскій. Я сказалъ: въ особенности, если заболѣваніе сустава продолжительно. Рефлексорная мышечная атрофія можетъ наступать даже очень быстро при заболѣваніи суставовъ.

Проф. Разумовскій. Я далеко стою отъ гонококковъ по своей специальности. Скажу только, что когда я кончалъ курсъ, у насъ было очень легкое отношеніе къ уретриту, его считали пустякомъ; но когда я сдѣлался врачомъ и сталъ наблюдать больныхъ, я началъ проникаться уваженіемъ къ нему. Артриты гонококковые—вещь очень серьезная и протекаютъ часто неблагополучно. Я помню одного студента, гдѣ былъ діагностированъ tendovaginitis, а затѣмъ воспаленіе перешло на суставы, и больной погибъ отъ піеміи въ клиникѣ проф. Левашева. Конечно, есть и увлеченія у насъ въ хирургіи: нѣкоторые говорятъ, что заболѣванія гонококковыя суставовъ нужно искать и тамъ, гдѣ существуетъ ревматическое пораженіе сустава.

Проф. Любимовъ. У экспериментированныхъ животныхъ были и трофическія расстройства: выпаденіе шерсти и парезъ нижнихъ конечностей. Что касается почекъ, то протоплазма клѣтокъ представляется какъ бы таящей. Очень интересно отмѣтить, что въ препаратахъ д-ра Осокина видна нейронофагія.

Орловъ спросилъ, былъ-ли бѣлокъ въ мочѣ. Весьма возможно, что измѣненія въ нервной системѣ были отъ нефрита и были настолько сильны, что повлекли за собою смерть животныхъ. Увлечение гонококками дѣйствительно очень сильное, напр. я могу указать на случай Галензовскаго: у субъекта былъ нейроретинитъ; не находя ему прямыхъ, очевидныхъ причинъ, онъ узналъ, что 32 года тому назадъ у больного былъ уретритъ, а потому онъ связалъ съ нимъ заболѣваніе глаза!

Гиммельъ. Отсутствіе изслѣдованія мочи составляетъ, дѣйствительно, въ моей работѣ пробѣлъ. Смерть въ данномъ случаѣ произошла у животного не только отъ почекъ, но и отъ заболѣваній другихъ органовъ, что я и покажу ссенью.

Осокинъ. Вопросъ объ измѣненіяхъ нервной системы при гонококковомъ заболѣваніи не вышелъ еще изъ предѣловъ разработки. Я не бралъ на себя роли высказываться о причинѣ смерти, а только постарался представить факты гонококковаго пораженія нервной системы.

Проф. Любимовъ. Я не совсѣмъ согласенъ съ д-ромъ Орловымъ: при дифтеритной интоксикаціи мы имѣемъ бѣлокъ въ почкахъ, но вѣдь мы не говоримъ, что смерть тамъ происходитъ отъ почекъ! Мы знаемъ массу инфекціонныхъ заболѣваній, гдѣ есть бѣлокъ, но гдѣ тѣмъ не менѣе смерть происходитъ не отъ нефрита.

Гиммельъ (къ д-ру Орлову). Предложите намъ способъ изслѣдованія токсиновъ такъ, чтобы онъ не вліялъ на почки.

Казанскій. Изслѣдовали-ли Вы гонококки въ крови?

Гиммельъ. Въ крови сердца ихъ не оказалось.

Казанскій. Какъ же совмѣстить, что инфекция сама не дѣйствуетъ на свинокъ, а токсины обнаруживаютъ дѣйствіе. Какъ же понять эту естественную невосприимчивость?

Орловъ. Я не хотѣлъ свести всѣ измѣненія здѣсь къ гонококковому зараженію, а говорю, что и нефритъ могъ оказать свое вліяніе на нервную систему. Что касается метода, о которомъ спрашиваетъ меня докторъ Гиммельъ то онъ есть: Розенбергъ вводилъ

подъ твердую мозговую оболочку стафилококковъ, дифтерійныхъ палочекъ и т. д., гдѣ тѣмъ не менѣ нервныя явленія развились, а заболѣванія почекъ не было.

Проф. Каземъ-Бекъ. Всякому практическому врачу приходится часто встрѣчаться съ осложненіями триппера и гдѣ леченіе бываетъ очень затруднительно. Тѣ измѣненія, которыя описаны докладчиками, свидѣлствуютъ о томъ огромномъ вредѣ, какой можетъ нанести организму трипперъ, почему и относиться къ этой болѣзни надо очень серьезно. Затѣмъ, предсѣдатель поблагодарилъ докладчиковъ за сдѣланныя ими сообщенія, и просилъ д-ра Гиммеля объ измѣненіи остальныхъ органовъ доложить Обществу врачей въ ближайшемъ будущемъ.

5. Д-ръ *Петрулисъ*. Вагинальный методъ изсѣченія прямой кишки у женщинъ.

П Р Е Н І Я.

Проф. Разумовскій. Впечатлѣніе, полученное мною отъ примѣненія этого способа, хорошее: травма при немъ получается маленькая. Я пользуюсь этимъ методомъ вотъ уже въ теченіе пяти лѣтъ, и такъ же имъ очень доволенъ, какъ и гинекологи. Всякое упрощеніе въ этой операціи имѣетъ большое значеніе. Здѣсь обыкновенно очень трудно исключить инфекцію. Одна старуха, которую мы оперировали по поводу рака прямой кишки по этому способу, живетъ доселѣ. Въ теченіе уже пяти лѣтъ не было рецидива. Затѣмъ, появился рецидивъ, но уже на другомъ мѣстѣ. Такіе рецидивы представляются мнѣ не совсѣмъ ясными. Какъ будто процессъ уже ранѣ находился въ этомъ мѣстѣ. Желательно, чтобы при геморроѣ чаще изслѣдовали прямую кишку, такъ какъ очень легко при этомъ раковыя кровоточенія принять за геморроидальныя, какъ это я имѣлъ возможность наблюдать въ своей практикѣ.

Казанскій. Почему Вы думаете, что раковыя клѣтки уже ранѣ находились въ этихъ мѣстахъ? Возможно предполагать, что лишь чрезъ этотъ промежутокъ времени раковыя клѣтки могли пройти къ мѣсту рецидива.

Проф. Каземъ-Бекъ благодарилъ докладчика за сдѣланное сообщеніе.

Предсѣдатель **А. Н. Каземъ-Векъ.**

Секретарь **А. Оаворскій.**
