

Д-ръ Г. И. Перекроповъ.
Д-ръ А. Б. Терегуловъ.
Д-ръ В. А. Елкинъ.
Д-ръ Е. С. Алексѣевъ.

Предсѣдатель В. Первушинъ.

Секретарь М. Малиновскій.

ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ
Казанскомъ Университетѣ

27 февраля 1914 года.

Предсѣдатель: Н. А. Миславскій; секретарь: М. С. Малиновскій.

Присутствовали члены Общества: Лурія, Горяевъ, Первушинъ, Паринъ, Чебоксаровъ, Агафоновъ, Бѣляевъ, Зимницкій, Каземъ-Бекъ, Вишневскій, Зарницынъ, Емельяновъ, Цыпкинъ, Панъ, Чирковскій, Рождественскій, Эллисонъ, Дьяконовъ и посторонніе посѣтели.

Предсѣдатель, открывъ засѣданіе благодаритъ членовъ Общества за высокую честь и довѣріе, которыми они его почтили, избравъ своимъ предсѣдателемъ.

I. Демонстраціи:

г. В. Ф. Ивановъ. *Демонстрація больного съ акромегалией* (изъ нервной клиники).

Объективное изслѣдованіе больного далеко не закончено, однако, не надѣясь на то, что его удастся долго удержать въ клиникѣ, докладчикъ спѣшитъ показать его въ виду крайней эксквизитности случая. Больной—45 л., женатъ, имѣетъ 8 человекъ здоровыхъ дѣтей, происходитъ изъ здоровой семьи. О своей болѣзни рассказываетъ слѣдующее: 16 л. назадъ простудился на рыбной ловлѣ, послѣ

чего у него появились боли въ суставахъ, а къ концу года онъ замѣтилъ слабость въ конечностяхъ и ихъ увеличеніе. Слабость все прогрессировала, такъ что въ теченіе 2 послѣднихъ лѣтъ больной вынужденъ все время лежать въ постели. Сталъ хуже слышать лѣвымъ ухомъ. Бываютъ, хотя рѣдко, головныя боли со рвотой. *Libido sexualis* отсутствуетъ.

Status praesens: очень большой носъ; имѣется прогнатизмъ нижней и верхней челюсти, выстояніе надбровныхъ дугъ и скуловыхъ костей; лобъ укороченъ; губы утолщены и какъ-бы выворочены наружи; уши очень велики; вѣки одутловаты; языкъ также великъ; кисть и стопа увеличены въ своихъ размѣрахъ и особенно въ ширину; суставные концы всѣхъ костей увеличены; ноги больного согнуты въ колѣнныхъ и тазобедренныхъ суставахъ, причемъ, въ виду сильной бо-лѣзненности, разогнуть ихъ онъ не можетъ; имѣется кифозъ въ поясничной части позвоночника. Мышцы голени и бедра похудали, электро-возбудимость ихъ нормальна. Движенія въ плечевыхъ и локтевыхъ суставахъ уменьшены по объему (боли); въ тазобедренныхъ и колѣнныхъ—также очень незначительны. Сила правой руки по динамометру 15 кило, лѣвой—8 кило. Координація не нарушена. Состояніе колѣнныхъ рефлексовъ выяснять трудно (сильно измѣнены суставы), но реф-лексы всетаки есть; рефлексъ съ Ахиллова сухожилія повышенъ; остальные (въ томъ числѣ и зрачковый)—нормальны. Типичнаго сим-птома *Vabinsk'аго* нѣтъ. Моченспусканіе не нарушено. *Visus* и глаз-ное дно нормальны. Поле зрѣнія сужено съ наружныхъ сторонъ на 10° . Рѣзкое пониженіе слуха (костная проводимость сохранена) и замѣтное пониженіе обонянія. Общая гиперѣстезія: больному «больно» даже тогда, когда проходятъ мимо (трясется полъ). Общая чувстви-тельность нормальна. Черепно-мозговые нервы также въ предѣлахъ нормы.

И з с л ѣ д о в а н і е к р о в и: Нв 102% (*Sahlі*), красныхъ кров. тѣлецъ 5,090000, бѣлыхъ—4250; нейтрофильныхъ полиморфноядерныхъ лейкоцитовъ 44% , базофиловъ— $0,3\%$, эозинофиловъ— 3% , лимфоци-товъ— 42% ; большихъ одноядерныхъ лейкоцитовъ и переходныхъ формъ $10,7\%$. Реакція *Wassermann'a*—отрицательная. Имѣется поли-урія: количество мочи $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ литра уд. вѣса 1008—1025; сахара и бѣлка въ мочѣ нѣтъ.

Дѣйствительная экзквизитность случая обнаруживается на рент-генограммахъ. Имѣется рѣзкій прогнатизмъ обѣихъ челюстей, альве-олярный прогнатизмъ; *sinus frontalis* рѣзко увеличенъ (23 mm.); уве-личена и *Гайморова* полость (60 mm. по горизонтали); полость

глазницы сужена; кости черепа мѣстами немного утолщены, мѣстами значительно истончены. Разстояніе отъ *glabella* до *protuberantia occip. externa* = 260 mm. (норм. 195). Нижняя челюсть атрофирована. *Sella turcica* очень расширена (передне-задній размѣръ = 28 mm. вмѣсто нормальныхъ 15 mm.) и углублена (17 mm., а нормально—7 mm); *proc. clin. ant.* рѣзко выдается кзади; *proc. clin. post.* истонченъ, удлиненъ, и отклоненъ кзади; дно *sellae* истончено и приближено къ дну средней черепной ямки. Уголь, образуемый *pl. sphenoidale* съ *clivus*, заостренъ. Кости рукъ—*metacarpus* (особенно IV) тоньше нормальныхъ, суставные концы ихъ утолщены, фаланги—утолщены (особенно концы), нѣсколько удлинены. Бедро сильно истончено; компактный слой разрѣженъ и истонченъ; суставные концы значительно утолщены; *fibula* рѣзко истончена; атрофирована и *tibia*; *patella* сильно увеличена; кости *metacarp* сильно истончены, нѣсколько удлинены; эпифизы значительно утолщены.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ акромегалию съ рѣзкой атрофіей діафизовъ костей и утолщеніемъ ихъ эпифизовъ.

Проф. С. С. Зимницкій. Вспоминая два случая акромегалии, наблюдавшихся въ клиникѣ Баронета Вилліе, обращаетъ вниманіе на составъ крови у акромегаликовъ, въ которой можно отмѣтить явленія лейкопеніи и наличность мононуклеоза. Интересно прослѣдить, какъ будетъ измѣняться; составъ крови въ данномъ случаѣ подъ вліяніемъ веществъ, усиливающихъ лейкоцитозъ.

Пр.-доц. М. Н. Чебоксаровъ указываетъ, что у даннаго больного помимо акромегалии имѣется вѣроятно и спланхномегалия, которая, какъ извѣстно, наблюдается иногда на ряду съ акромегалией; при этомъ величина органовъ, обусловленная гипертрофіей и гиперплазіей ихъ элементовъ, а не цирротическими или застойными явленіями, можетъ достигать весьма значительной степени; такъ напр. въ случаѣ *Amsler'a* вѣсъ печени равнялся 3600 gr, т. е. былъ болѣе чѣмъ вдвое болѣе нормальнаго. Далѣе оппонентъ указываетъ на тотъ интересъ, который можетъ представить тщательное наблюденіе за мочей больного. Дѣло въ томъ, что при заболѣваніяхъ придатка мозга не рѣдко развиваются явленія *diabet. insipidus*. Развитие картины этого послѣдняго у больного указало бы, что болѣзненный процессъ захватилъ помимо передней доли придатка и заднюю, или инфундибулярную, часть его. Новѣйшія изслѣдованія *von der Velden'a*, *Römer'a* и др. заставляютъ признать, что явленія *diabet. insipid.* зависятъ отъ выпаденія *resp.* пониженія функции указанныхъ отдѣловъ гипофиза, а не отъ гиперфункции ихъ, какъ это до сихъ поръ полагали. Картина же самой акро-

мегаліи несомнѣнно стоитъ въ связи съ гиперфункціей, быть можетъ также съ дисфункціей передней доли придатка (вѣроятно же всего adenoma hypophys). Что касается леченія, то единственно отъ чего здѣсь можно еще ожидать успѣха—это отъ хирургич. вмѣшательства.

2. Д-ръ А. Б. Терегуловъ. *Къ казуистикѣ многокамернаго эхинококка печени* (Демонстрація больной). Случай интересенъ въ томъ отношеніи, что, несмотря на отсутствіе въ клинической картинѣ одного изъ наиболѣе постоянныхъ симптомовъ этой болѣзни—желтухи, былъ поставленъ діагнозъ многокамернаго эхинококка печени, что подтвердилось изслѣдованіемъ крови и біологической реакціей отклоненія комплемента на эхинококкъ.

Больная 47 лѣтъ, замужняя, поступила въ терапевтическую клинику проф. А. Н. Каземъ-Бека 3 февраля с. г. съ жалобой на пространенныя боли въ области праваго подреберья и подложечной, не зависящія отъ приѣма пищи, чувство тошноты, незначительный кашель и на явленія малокровія; указанными болями страдаетъ 3 года. Нынѣшнимъ лѣтомъ кровохарканье. Lues отрицаетъ; менструаціи прекратились 27 лѣтъ; беременна была 6 разъ.

При объективномъ изслѣдованіи кожа суха, безъ пигментацій, нормальнаго цвѣта. Слизистыя малокровны; склеры не желтушны; подкожная кѣлѣчатка развита плохо; мышцы дряблы; железы не прощупываются; костная система нормальна. Со стороны легкихъ—незначит. поврежденіе правой верхушки. Органы кровообращенія и мочеотдѣленія въ предѣлахъ нормы. Органы пищеваренія: въ желудкѣ HCl нѣтъ; молочная кислота+. Въ дуоденальномъ сокѣ трипсинъ и амилалитическій ферментъ+. При ощупываніи печень увеличена (нижній край между l. parasternalis sin. et sternalis выше уровня пупка на $2\frac{1}{2}$ пальца, по l. sternalis sin.—на палецъ и, направляясь къ l. axil. ant. dex., стоитъ выше уровня spina os. ilei ant. superior на 3 пальца), болѣзненна, очень плотна, въ нѣкот. мѣстахъ хрящевой консистенціи; край ея тупой, неровный; поверхность покрыта многочисленными узлами различной величины; изъ узловъ болѣе массивные расположены по нижнему краю реберъ и выдаются въ видѣ грибовидныхъ выступовъ хрящевой консистенціи. Селезенка увеличена незначительно. На основаніи картины измѣненій печени, а именно: значительнаго размѣра ея, характера узловъ, а главное необыкновенной твердости ихъ—былъ поставленъ діагнозъ многокамернаго эхинококка печени. Изслѣдованіе крови и біологическая реакція отклоненія комплемента на эхинококкъ дали результаты, подтверждающіе этотъ діагнозъ.

Исследование крови, произвед. 7 фев., дало:

Hb — 65%
E — 3735000
L — 6444

Эозинофиловъ 1289 по Dungey'у

По мазкамъ эозинофиловъ 20%.

27 февр.: L — 6533

Эозинофиловъ — 2594 (39,7%)

Реакція отклоненія комплемента на эхинококкъ—положительная.

Въ преніяхъ по поводу демонстрируемаго случая принимали участіе: проф. Каземъ-Бекъ, д-ра Горяевъ и Чебоксаровъ.

3. Проф. А. В. Вишневицкій продемонстрировалъ удаленные имъ при операціяхъ:

а) почечный камень отъ больного, у котораго не было гематуріи; а случай давалъ поводъ подозрѣвать блуждающую почку;

б) почку (піонефрозъ);

с) простату вѣсомъ около 200 граммъ.

II. Д-ръ П. И. Зарницынъ. *Диагностическое и лечебное примѣненіе дуоденальныхъ зондовъ.* Многочисленныя попытки, направленные къ возможности полученія кишечнаго сока въ наиболѣе чистомъ видѣ, наивыгоднѣйшимъ образомъ разрѣшились въ опытахъ Einhorn'a, предложившаго дуоденальный зондъ. Зондъ этотъ состоитъ изъ полой металлической оливы съ многочисленными отверстіями и тонкой резиновой трубочки. Зондъ легко заглатывается и затѣмъ самъ продвигается въ duodenum. Einhorn черезъ такую трубочку получалъ въ достаточномъ количествѣ чистый кишечный сокъ. Пользуясь зондомъ съ цѣлью діагностической, авторъ въ тоже время примѣнялъ его и для лечебныхъ цѣлей. Такъ дуоденальный зондъ въ совершенствѣ примѣнялся имъ для непосредственнаго введенія пищи въ duodenum тамъ, гдѣ необходимо было щадить желудокъ.

Другой дуоденальный зондъ нѣсколько позднѣе былъ предложенъ Lazarus'омъ. Этотъ зондъ уже безъ металлической капсулы; онъ сплошь состоитъ изъ тонкой резиновой трубочки съ боковымъ отверстіемъ на концѣ. Этотъ зондъ находилъ себѣ особенно выгодное примѣненіе во всѣхъ случаяхъ, когда невозможно было введеніе обычнаго желудочнаго зонда: суженія, язвенные процессы и т. п.

Дуоденальный зондъ въ опытахъ Skaller'a нашелъ приложеніе и въ діагностикѣ заболѣваній желудка, какъ дополненіе къ желудочному зонду. Skaller пользовался жидкимъ завтракомъ изъ 5,6 Либ-

ховскаго экстракта на 200 к. с. воды и, добывая сокъ черезъ каждыя 5 минутъ, находилъ возможнымъ регистрировать кривую секреціи желудка.

Еще до опубликованія Einhorn'омъ его наблюденій мы уже имѣли у себя въ клиникѣ подобіе его зонда и немедленно воспользовались новымъ приборомъ для примѣненія его у постели больного.

Зондъ глотается больнымъ очень легко и обыкновенно въ среднемъ часовъ черезъ 5 уже находится въ duodenum. Въ послѣднемъ мы убѣждаемся по реакціи вытягиваемаго шприцемъ сока.

При извлеченіи зонда онъ застреваетъ слегка въ глоткѣ, но легко удаляется съ первымъ глоткомъ.

Кишечный сокъ удается получить т. о. въ чистомъ видѣ. Мы примѣняли зондъ у самыхъ разнообразныхъ больныхъ, при томъ не только съ діагностическою цѣлью, но и лечебною. Мы оставляли зондъ въ duodenum на нѣсколько даже до 8 дней и кормили больныхъ питательной смѣсью (200,0 молока, яйцо, 15,0 молочнаго сахара) разъ по 6—8 въ день. Такое кормленіе мы примѣняли въ случаяхъ тяжелой нервной рвоты, круглой язвы желудка, ахиллическихъ состояній его и т. п.

Результаты во многихъ случаяхъ получались отрадные. Особенно хорошіе результаты получались при изслѣдованіи секреторной функціи желудка, когда мы пользовались дуоденальнымъ зондомъ вмѣсто желудочнаго и вмѣсто Ewald'овскаго завтрака жидкимъ завтракомъ изъ Либиховскаго экстракта.

Въ такихъ случаяхъ изслѣдованія вполне соответствовали симптомокомплексу. Больной при жалобахъ, соответствующихъ сильной кислотности желудочнаго сока, при изслѣдованіи обычнымъ зондомъ давалъ цифры нормальной секреціи желудка и лишь при помощи дуоденальнаго зонда намъ удалось установить чрезмѣрную кислотность сока у этого больного.

Наблюдая на рядѣ больныхъ скорость передвиженія зонда изъ желудка въ кишечникъ, мы установили замедленное передвиженіе зонда Einhorn'a и особенно Lazarus'a. По нашему мнѣнію это зависѣло отъ свойства металлической оливы (у зонда Einhorn'a) вызывать спазмъ pylori. Поэтому мы замѣнили металлическую оливу оливой изъ твердой резины. Зондъ съ такой оливой легко продвигается въ duodenum; олива эта очень легка, не окисляется и не угрожаетъ пролежнемъ.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Лурія. Дуоденальный зондъ до настоящаго времени не приобрѣлъ правъ гражданства вѣроятно изъ предубѣжденія; когда

видишь, какъ легко вводится капсула въ duodenum и выводится, понятно, что дуоденальный зондъ, особенно въ видоизмѣненіи д-ра Зарницына, несомнѣнно будетъ введенъ въ практику. Я полагаю, что можно будетъ имъ пользоваться при леченіи язвъ при *ulcus ventriculi*, а главное, дуоденальный зондъ можетъ дать дифференціальныя діагностическія данныя между функціональными измѣненіями желудка и органическими, что до настоящаго времени опредѣлялось почти исключительно рентгеноскопіей.

Въ преніяхъ принимали участіе проф. Зимницкій, д-ра Бѣляевъ, Цыпкинъ и студ. Аничковъ.

III. Д-ръ Р. А. Лурія. *Къ симптоматологіи обширныхъ суженій желудка.* Суженія желудка обычно касаются отверстій его, кардіи и пилорической части, въ послѣднемъ случаѣ за нимъ слѣдуетъ вторичное расширеніе желудка. Случаи обширныхъ суженій желудка не часты, казуистически разсѣяны въ хирургической литературѣ.

Случай касается больного, отравившагося случайно соляной кислотой, выздоровѣвшаго отъ непосредственнаго ожога глотки и пищевода, но заболѣвшаго черезъ 3 недѣли болью въ подложечной области послѣ ѣды и рвотой; развилось быстрое, прогрессивное исхуданіе. Рентгеноскопически и рентгенографически установлено, что отъ желудка осталась только фундальная часть и м. б. кое что изъ пилорической части. Проведенъ дифференціальный рентгеноскопическій діагнозъ между типог'омъ и гастроспазмомъ—Больной будетъ подвергнутъ операциі.—Литература ожоговъ желудка съ послѣдующимъ обширнымъ суженіемъ его при проходимости пищевода сравнительно бѣдна. Заподозрить это заболѣваніе можно при наличности слѣдующаго симптомокомплекса: отсутствіе боли при глотаніи и ощущенія остановки куска въ пищеводѣ, боль подъ ложечкой тотчасъ послѣ ѣды и рвота, наступающія въ періодъ выздоровленія (3—5 недѣль) послѣ отравленія ѣдкими кислотами и щелочами, прогрессивное исхуданіе, отсутствіе свободной соляной кислоты въ содержимомъ желудка. Однако, истинный характеръ заболѣванія, а главное, распространенность его въ желудкѣ устанавливаюся только рентгенологическимъ путемъ.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Зарницынъ. Когда говорятъ относительно дифференціальной діагностики между стенозомъ и спазмомъ, то я хотѣлъ бы указать на способъ простой, лабораторный—это способъ примѣненія

капсуль изъ уплотненной желатины. Эта капсула опредѣленнаго диаметра даже позволяетъ судить о степени суженія, если таковая органическаго характера.

Д-ръ Лурія. Я никакъ не могу понять, какимъ путемъ можно поставить распознаваніе между органическимъ суженіемъ желудка и спазмомъ его, примѣняя вашу капсулу, вѣдь въ томъ и другомъ случаѣ она застрянетъ, если говорить о длительномъ спазмѣ, а что онъ бываетъ продолжительнымъ, говоритъ именно тотъ случай Holzknacht'a и Lüger'a, который я подробно цитировалъ, случай Норманн'a и др. Я не вижу другого пути распознать спазмъ желудка съ увѣренностью, кромѣ пути указаннаго Holzknacht'омъ, т. е. радіологически или эндоскопически.

Д-ръ Флеровъ. Иногда достаточно бываетъ сравнительно короткаго промежутка времени, чтобы, при существующей непроходимости пищевода, желудокъ сморщился очень сильно. Недавно мнѣ пришлось оперировать больную съ абсолютной непроходимостью пищевода (carcinoma oesophagi), у которой непроходимость развилась нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ. При лапаротоміи, предпринятой съ цѣлью гастростоміи, желудокъ не оказалось возможнымъ притянуть къ ранѣ, такъ какъ онъ представлялъ собою маленькій полый сморщенный придатокъ, приросшій къ діафрагмѣ. Поэтому вмѣсто гастростоміи произведена съ цѣлью питанія бо́льшой jejunostomia.

Д-ръ Лурія. Указаніе, что при стенозахъ *cardiae* атрофируется желудокъ, мы имѣемъ уже у старыхъ авторовъ; Leube называетъ его *angustatio ventriculi*; терминъ этотъ теперь забытъ, и объ этомъ я говорилъ въ своемъ докладѣ. Что же касается спастическихъ явленій въ желудкѣ, то они, конечно, могутъ быть и физиологическими и существовать наряду съ органическими заболѣваніями (*ulcus, stenosis pylori ex ulcere*). Случай, о которомъ идетъ рѣчь, имѣетъ практическое значеніе. Мнѣ припоминается священникъ изъ Самары, котораго я вмѣстѣ съ двумя хирургами консультативно наблюдалъ въ теченіе мѣсяца, онъ подвергался эзофагоскопіи; мнѣ показали бляшку отъ ожога въ пищеводѣ при полной его проходимости, я убѣдился въ этомъ и (радіологически; но бо́льшой все таки худѣлъ, и мы все свели на нервное заболѣваніе; м. б. и въ этомъ случаѣ діагнозъ былъ бы другой, если бы желудокъ былъ рентгенологически изслѣдованъ.

Административная часть засѣданія.

1. Чтеніе протокола предыдущаго засѣданія.
2. Баллотированы и избраны въ дѣйствительные члены Общества д-ра: В. С. Левитъ, Л. И. Коробковъ, Г. И. Перекроповъ, А. Б. Терегуловъ, В. Л. Елкинъ и Е. С. Алексѣевъ.

3. Предсѣдатель предложилъ выразить благодарность бывшему предсѣдателю Общества проф. Ф. Я. Чистовичу за тѣ труды и заботы объ интересахъ Об-ва, которые понесены имъ за время его предсѣдательства.

Предложеніе принято единогласно, причемъ было рѣшено послать къ проф. Ф. Я. Чистовичу особую депутацію въ составѣ предсѣдателя Об-ва Н. А. Миславскаго, товарища предсѣдателя В. П. Первушина и д-ра М. Н. Чебоксарова.

4. Предсѣдатель доложилъ Собранію о предложеніи Бюро Об-ва помѣщать въ протоколахъ краткое резюме доклада, которое должно представляться докладчикомъ предсѣдателю передъ началомъ доклада.

Противъ предложенія возраженій не было.

5. Доложено о предложеніи Бюро Общества сдѣлать постановленіе, чтобы книжки журнала Общества высылались вновь избраннымъ членамъ только послѣ внесенія вступительнаго взноса, а не тотчасъ послѣ избранія въ члены Общества.

Предложеніе принято.

6. Предсѣдатель сообщилъ, что по предложенію нѣкоторыхъ членовъ Общества Бюро послана привѣтственная телеграмма Казанскому Губернскому Земству слѣдующаго содержанія:

«Общество Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, вспоминая изъ своей первоначальной жизни моменты близкаго общенія съ земствомъ въ дѣлѣ насажденія мѣстной земской медицины и въ заботахъ о народномъ здравоохраненіи, считаетъ своимъ пріятнымъ долгомъ въ знаменательный для Земства моментъ празднованія 50-лѣтія его плодотворной дѣятельности на благо народа привѣтствовать Казанское Губернское Земство съ пожеланіемъ ему успѣховъ въ дальнѣйшемъ развитіи и совершенствованіи земскаго дѣла и, въ частности, земской медицины».

Предсѣдатель Н. Миславскій.

Секретарь М. Малиновскій.
