

# ПРОТОКОЛЬ

очередного засѣданія Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

20-го марта 1904 г.

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

Присутствовали — Неболюбовъ, Казанскій, Гиммель, Осокинъ, Идельсонъ, Валицкій, Илговскій, Порфирьевъ, Сивре, Образцовъ, Панъ, Зуевъ, Десятовъ, Шибковъ, Адамюкъ, Никольскій, Кузнецовъ, Побѣдимскій, Надель-Пружанская, Зеньковичъ, Мигаловскій, Бердниковъ.

## ПРЕДМЕТЫ ЗАСѢДАНІЯ.

Проф. Н. М. Любимовъ. О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ паренхиматозныхъ органовъ при Верльгофовой болѣзни (съ демонстраціей макро и микроскопическихъ препаратовъ).

## П Р Е Н І Я.

Проф. Каземъ-Бекъ. Вашъ докладъ представляетъ большой интересъ. Несомнѣнно, въ Вашемъ случаѣ была *morbus maculosus Werlhofii*. Такіе случаи очень рѣдки, что доказывается между прочимъ и тѣмъ, что за всю Вашу дѣятельность это—первый случай. Больные, страдающіе *morbus Werlhofii*, обыкновенно выздоравливаютъ, на чемъ между прочимъ отчасти основана дифференціальная діагностика между лейкемією и Верльгофовой болѣзнію. Если больной выздоравливаетъ, то ставится діагнозъ Верльгофовой болѣзни. 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года тому назадъ умеръ больной отъ острой лейкеміи, препараты котораго Вами были продемонстрированы въ Обществѣ врачей, и гдѣ отношеніе форменныхъ элементовъ крови достигало 1:1. Что дѣйствительно тамъ была острая лейкемія, а не *morbus macul. Werlhofii* до-

казывается даже тѣмъ, что при взглядѣ на свертокъ крови видно, что онъ бѣлый или даже зеленовато-бѣлый, между тѣмъ какъ здѣсь онъ совершенно красный. Я считаю долгомъ своимъ благодарить Николая Матвѣевича за то рвеніе, съ которымъ онъ знакомитъ Общество, представляя цѣлую серію случаевъ болѣзней крови. На такихъ случаяхъ можно учиться не только молодымъ врачамъ но и старымъ.

2. Д-ръ К. Х. Орловъ. Объ измѣненіяхъ глаза при Верльгофовой болѣзни (съ демонстраціею препаратовъ).

#### П Р Е Н І Я.

Проф. Агабабовъ. Ваше сообщеніе является очень интереснымъ для окулистовъ. Глазъ и при этомъ заболѣваніи принимаетъ участіе въ общемъ серьезномъ страданіи всего организма. Этимъ доказывается, такъ сказать, что глазъ служить не только отраженіемъ души, но и тѣла. Для насъ-окулистовъ подмѣченные Вами измѣненія, само собою разумѣется, представляются не существенными. Эти кровоизліянія бывають и при другихъ заболѣваніяхъ, какъ общихъ, такъ и мѣстныхъ (при главкомѣ, заболѣваніи *sinus cavernosi* и т. д.). Я укажу на нѣкоторыя общія заболѣванія, которыя діагностируются и окулистомъ: заболѣванія почекъ, диабетъ, анемія и т. д., когда страданія сосредоточивается только въ глазахъ. Вашъ случай между прочимъ даетъ возможность выяснитъ тотъ путь, по которому кровь проникаетъ изъ сѣтчатки въ стекловидное тѣло. Я не могу согласиться съ Вами, что здѣсь кровоизліяніе произошло *per diapedesin*. Если бы это кровоизліяніе было точечное, то можно было бы еще допустить такое толкованіе, но при большомъ и внезапномъ—съ такимъ предположеніемъ трудно мириться. Быть можетъ здѣсь при обследованіи измѣненный сосудъ и не попалъ въ разрѣзъ. Пользуясь случаемъ, не могу обойти молчаніемъ тѣхъ какъ бы противорѣчій, которыя даетъ клиника кровоизліяній внутри глаза. Условія, при которыхъ питается глазъ, отличаются отъ условій въ другихъ органахъ. Если бываетъ задержка оттока крови или закрытіе притока крови, то всякій разъ должно было бы компенсироваться соотвѣтственно кровообращеніе. Не смотря на это приходится наблюдать, напр. полный спазмъ артерій, между тѣмъ какъ кровоизліянія не бываетъ; въ то же время такой-же спазмъ артерій при лихорадкѣ сопровождается кровоизліяніемъ. Очевидно, что измѣненіе просвѣта сосудовъ играетъ мало роли при кровоизліяніяхъ. Если мы имѣемъ кровоизліяніе при главкомѣ, то тамъ обыкновенно связываютъ кровоизліяніе съ возрастомъ, гдѣ возможно старческое измѣненіе сосудовъ. Какъ же нужно объяснять кровоизліянія въ случаяхъ, подобныхъ Вашему у субъекта молодого, гдѣ болѣзнь длилась нѣсколько дней. Я предполагаю, что кровоизліяніе внутри глаза вообще будетъ тогда, когда стѣнка сосуда измѣнена подъ влияніемъ тѣхъ или иныхъ причинъ. Извѣстно, что кровоизліянія внутри глаза могутъ быть даже

при самыхъ незначительныхъ причинахъ напр., кашель, чиханіе, дефекація. Въ Вашемъ случаѣ очевидно, что въ такихъ случаяхъ непосредственныя причины кровоизліянія кроются въ предварительныхъ измѣненіи сосудовъ подѣ влияніемъ. Не смотря на короткое время болѣзни было гіалиновое перерожденіе сосудовъ, е смотря на то, что больной страдалъ 2 дня. Быть можетъ, здѣсь и были измѣнены сосуды подѣ влияніемъ токсиновъ, какъ результата инфекции, лежавшей, весьма возможно, по предположенію Николая Матвѣевича Любимова въ основѣ Верльгофовой болѣзни. Въ заключеніе я бы хотѣлъ обратить вниманіе на всю важность офтальмоскопическаго изслѣдованія. По моему мнѣнію, тамъ, гдѣ нѣтъ указаній на заболѣваніе общее, нужно посмотрѣть въ глаза, который весьма часто и даетъ ключъ къ разгадкѣ болѣзненнаго состоянія организма. Весьма желательно, чтобы врачи при постановкѣ діагноза общаго страданія возможно чаще обращались къ содѣйствію офтальмоскопа.

Д-ръ Орловъ. Я не объясняю всѣ кровоизліянія *per diapedesin*; но при *retinitis leucaemica*, гдѣ сосуды несомнѣнно цѣлы, кровоизліяніе на лице. Это даетъ мнѣ возможность думать, что по крайней мѣрѣ, иногда кровоизліяніе можно объяснить *per diapedesin*.

Прив.-доц. Небольбовъ. Встрѣтивъ такія кровоизліянія на судебно-медицинскомъ вскрытіи, мы думали бы, что они—результатъ отравленія фосфоромъ. Въ такихъ случаяхъ мы прежде всего обращаемъ вниманіе на желудокъ. У Васъ (обращается къ проф. Н. М. Любимову) ничего не было сказано о желудкѣ.

Проф. Н. М. Любимовъ читаетъ изъ протокола вскрытія данныя о состояніи желудка, и затѣмъ прибавляетъ, что противъ отравленія говоритъ слишкомъ большое количество кровоизліяній: все тѣло было сплошь усыяно ими, и что при отравленіи фосфоромъ такая картина наступитъ не ранѣе 5—7 дня.

Прив.-доц. Небольбовъ. Противъ фосфорнаго отравленія здѣсь говоритъ еще отсутствіе жирового перерожденія печени. Что же касается большого количество пятенъ, то ихъ бываетъ тоже очень большое количество при асфиксіи.

Д-ръ Казанкинъ. Этотъ случай, скорѣе, результатъ интоксикаціи, чѣмъ инфекции.

Проф. Любимовъ. Вопросъ о причинѣ Верльгофовой болѣзни еще не рѣшенъ окончательно. Одни авторы говорятъ, что при ней встрѣчаются стафилококки, другія—палочки. За инфекцію говорятъ и экспериментальныя изслѣдованія. Быть можетъ, имѣетъ мѣсто случайное попаданіе микроорганизмовъ. Что касается вопроса о механизмѣ кровоизліянія, то не вяжется, конечно, предположеніе: какъ это, черезъ неповрежденный сосудъ выходитъ кровь. Весьма возможно, что при кровоизліяніи *per diapedesin* промежуточное вещество то же разрывается и пропускаетъ кровь, такъ что получается кровоизліяніе, то же, если хотите *per rhexin*. Что касается случаевъ лейкеміи, то тамъ сосуды бываютъ часто измѣне-

ны, чѣмъ и обусловливаются встрѣчающіеся тамъ кровоизліянія. Относительно возможности кровотеченій *per diapedesin* я укажу на мнѣнія *Foot, Litten'a* которые говорятъ, что при атрофическомъ циррозѣ печени, когда бываетъ расширеніе, при отсутствіи водянки, сосудовъ *oesophagi*, встрѣчающіяся кровоизліянія изъ этихъ сосудовъ происходятъ *per diapedesin*.

Д-ръ Орловъ. Измѣненія сѣтчатки при остромъ отравленіи фосфоромъ бываютъ иныя: они не столь обширны и сопровождаются отекомъ.

Проф. Любимовъ. При инфекціонныхъ заболѣваніяхъ кровоизліянія обычны, напр. при *typhus recurrens*, чумѣ и т. д. Само собою разумѣется, что дѣйствуютъ токсины, а не бактерии.

Д-ръ Казанкинъ. Если бы въ данномъ случаѣ была инфекція, то мы въ правѣ были бы ждать реакціи со стороны организма, а ее нѣтъ.

Проф. Любимовъ. Были обширныя кровоизліянія, напр. въ кожѣ, слиз. оболочкахъ и мозжечкѣ. Назовите мнѣ еще реакцію, какая должна быть здѣсь.

Д-ръ Казанкинъ. Хотя бы повышеніе температуры. Затѣмъ, не смотря на инфекцію здѣсь нѣтъ измѣненія кроветворныхъ органовъ, а только—печени, которая какъ извѣстно, принимаетъ дѣятельное участіе при интоксикаціяхъ. Кроме того, данныя анамнеза здѣсь очень кратки и неясны.

Проф. Любимовъ. Многія инфекціонныя заболѣванія, нпр. холера, чума, и т. д. протекаютъ безъ повышенія температуры, такъ что Ваше предположеніе объ отравленіи едва-ли къ данному случаю примѣнимо.

Д-ръ Эворскій. Я бы желалъ сказать по поводу возможности кровоизліянія *per diapedesin*. При нѣкоторыхъ неврозахъ чистыхъ, напр. истеріи мы нерѣдко встрѣчаемся съ кровоизліяніями, занимающими сравнительно большое пространство и совершающимися вдругъ. Такія кровоизліянія были подмѣчены множествомъ авторовъ, имена которыхъ можно найти въ монографіяхъ по этому вопросу *Mora* и *Athanossio*. Мнѣ самому удалось наблюдать въ клиникѣ больную истеричку, гдѣ безъ всякихъ видимыхъ причинъ, вдругъ появилось кровотеченіе изъ сосудовъ кожи около пальцевъ или истеченіе соломеннаго цвѣта жидкости изъ кожи уха. Кровотеченіе это нерѣдко происходило изъ мѣстъ кожи, гдѣ ясно, подъ лупой, было видно, расширеніе кожныхъ сосудовъ. При кровоизліяніи сосуды эти представлялись цѣлыми слѣдовательно говорить здѣсь о кровоизліяніи *res rhexin* не приходится. Если допускать возможность кровотеченія *per diapedesin* только точечное, то большое количество излившейся крови въ очень короткое время не дастъ намъ права отрицать возможности большихъ и внезапныхъ кровоизліяній. На самомъ дѣлѣ, если такихъ мѣстъ для точечнаго кровоизліянія будетъ не одно, а нѣскольکو на ограниченномъ протяженіи сосуда, по всей его окружности, то вотъ вамъ и условіе для появленія внезапнаго и большого кровотеченія *per diapedesin*. Затѣмъ, я совершенно не могу согласиться съ мнѣнемъ,

что *per diapodesin* есть тоже *per rhexin*, только болѣе деликатное. Я понимаю, согласно смыслу самого слова *per rhexin*, что это кровоизліяніе происходитъ благодаря разрыву ткани сосуда; кровоизліяніе же *per diapodesin* обязано своимъ происхожденіемъ растяженію межучючнаго вещества кѣтокъ сосуда не доходящему до разрыва его, нарушенія его непрерывности.

Проф. Агабабовъ. Но вѣдь у Вашей больной не было произведено микроскопическаго изслѣдованія сосудовъ.

Д-ръ Таборскій. Д-ръ Орловъ указываетъ, что при *retinitis leucaemica* сосуды бывають цѣлы, а тѣмъ не менѣе кровоизліяніе происходитъ въ сѣтчаткѣ.

Проф. Агабабовъ. Для сужденія о цѣлости сосудовъ необходимо все же микроскопическое изслѣдованіе.

Проф. Каземъ-Бекъ. Въ случаѣ *Dieulafoy*, гдѣ было кровотеченіе изъ желудка и былъ поставленъ діагнозъ язвы желудка при микроскопическомъ же изслѣдованіи никакихъ измѣненій въ сосудахъ не найдено было. Слѣдовательно, кровотеченіе *per diapodesin* въ большихъ размѣрахъ возможно.

Д-ръ Казанскій (къ д-ру Таборскому) неужели Вы, какъ врачъ, считаете истерію достаточно изученною болѣзнью настолько, чтобы считать ее болѣзнью функциональною, а не органическою.

Д-ръ Таборскій. Что касается клинической стороны болѣзни, то она представляется изученною съ достаточною полнотою, что доказывается между прочимъ существованіемъ цѣлыхъ монографій по этому вопросу. Вовсякомъ случаѣ я могу только сказать, что при настоящемъ положеніи науки истерія считается болѣзнью безъ какихъ-либо деструктивныхъ измѣненій въ нервной системы. Въ добавленіе къ этому я могу обратить Ваше вниманіе еще на одну клиническую форму на такъ наз. острый перемежающійся параличъ, гдѣ болѣзненные симптомы появляются очень быстро, въ теченіе даже нѣсколькихъ часовъ, держатся 1—2—3 дня и исчезаютъ. Въ случаяхъ подобной болѣзни, дошедшихъ до аутопсіи, никакихъ анатомическихъ измѣненій въ нервной системы найдено не было.

## II. Административная часть.

1. Выбраны въ дѣйствительные члены общества проф. Архангельскій и д-ръ Соларевъ.

2. Прочтены и утверждены протоколы засѣданій отъ 28-го Февраля и 31-го Января 1903 года.

Предсѣдатель *А. Каземъ-Бекъ*.  
Секретарь *А. Таборскій*.

---