

ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

7 марта 1913 г.

Предсѣдательствовалъ проф. Ф. Я Чистовичъ при секретарѣ М. Н. Чебоксаровѣ.

Присутствовали члены О-ва: А. Н. Каземъ-Бекъ, Идельсонъ, Орловскій, Клячкинъ, Лурія, Казанскій, Первушинъ, Дьяконовъ, Гремячкинъ, Воскресенскій, Малиновскій, Власовъ, Яхонтовъ, Шибковъ, Фризе, Кушелевскій, Лепскій, Алексѣевъ, Перфильевъ, Молчановъ, Барыкинъ, Горяевъ, Перимовъ, Казанли, Мелкихъ, Любенецкій, Леманъ, Воронжевъ, Якимовъ, Чарушинъ, Оаворскій, Миславскій, Львовъ, Зарницынъ, Вишневскій, Долговъ, Зимницкій, Гликманъ, Чирковскій, Зайцевъ, Варушкинъ, Быковъ, Бѣляевъ и гости.

1) В. П. Первушинъ. Случай острого передняго поліомієлита у взрослого.

Демонстрація больного.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Е. М. Идельсонъ. Какъ быстро развивается мышечная атрофія у больныхъ?

Докладчикъ. При остр. передн. поліомієлитѣ мышечныя атрофіи начинаютъ развиваться уже черезъ нѣсколько недѣль. Въ дальнѣйшемъ онѣ или остаются стойкими на всю жизнь или уменьшаются даже исчезаютъ въ зависимости отъ степени пораженія клѣтокъ переднихъ роговъ. Въ данномъ случаѣ ихъ надо считать уже стойкими.

Д-ръ Клячкинъ. Въ послѣднее время указываютъ на связь острого полиомієлита съ сифилисомъ. Каковъ взглядъ докладчика на этотъ вопросъ?

Докладчикъ. Первая работа, касающаяся соотношенія остр. передняго полиомієлита и сифилиса принадлежитъ Lévi и Wilson'у (1904 г.). Но тутъ, судя по всѣмъ даннымъ, дѣло шло о простомъ совпадении.—Здѣсь былъ случай довольно типичнаго острого передн. полиомієлита у сифилитика. Далѣе, нашъ соотечественникъ проф. Преображенскій выдвинулъ вопросъ объ этиологическомъ значеніи сифилиса въ происхожденіи хроническаго полиомієлита у взрослыхъ. Теперь слѣдуетъ признать, что сифилисъ не имѣетъ никакого отношенія къ развитію типичнаго острого передняго полиомієлита въ смыслѣ Heine-Medin'ской болѣзни. Если же при сифилисѣ, какъ при всякой другой инфекціи, и возникаютъ полиомієлитической очаги, то они обязаны случайной локализациі яда въ предѣлахъ передняго рога спинного мозга.

Предсѣдатель благодаритъ докладчика за интересную демонстрацію.

2) Д-ръ Р. А. Лурія. *Къ вопросу о леченіи выпотныхъ плевритовъ парацентезомъ.*

П Р Е Н І Я.

Проф. Зимницкій. Въ прошломъ засѣданіи Общества Врачей мною было указано по поводу случая, приведеннаго д-ромъ Лурія, на нерациональность выпусканія сразу большаго количества жидкости при торакоцентезѣ, причемъ были сдѣланы ссылки на руководства проф. Dieulafoy и Gumprecht'a.

Мнѣ кажется, что лучшимъ доказательствомъ правильности моихъ словъ служить бывшее осложненіе торакоцентеза пнеймотораксомъ, который можетъ наступить тотчасъ или спустя нѣкоторое время вслѣдъ за операцией. Я говорилъ, что при торакоцентезѣ надо выпускать вообще 800—1000 кб. см. жидкости.

Теперь д-ръ Лурія въ своемъ докладѣ о леченіи плевритовъ торакоцентезомъ говоритъ, что по наведеннымъ справкамъ, ибо проф. Зимницкій совѣтовалъ почитать указанныя руководства, находимъ, что Dieulafoy, Fränzel, Bowditch и другіе совѣтуютъ выпускать гораздо большія количества, чѣмъ указалъ проф. С. Зимницкій, именно болѣе 1500 кс. Позвольте же привести Вамъ подлинныя слова проф. Gumprecht'a и Dieulafoy. Gumprecht на стр. 257 своего руководства Техники Частной

Терапіи (изд. «практич. Медицины» 1902 г.) пишетъ: «Обращаясь къ указаніямъ отдѣльныхъ авторовъ на количество жидкости, выпускаемой проколомъ, приведемъ слѣд. данныя: Dieulafoy совѣтуетъ *никогда* не опорожнять болѣе 1000—1200 кб. см.; Widal присоединяется къ его мнѣнію; Fränzel отмѣчаетъ, какъ *предѣльную* норму 1500 кб. см.; Bowditch—1600 к. с.; v. Ziemsen говоритъ: «мы рѣдко выпускаемъ болѣе 1500 к. см., чаще даже еще меньше». Но почему д-ръ Лурія не читаетъ дальше?! А тутъ какъ разъ написано именно то, что говорилъ и я. «Naunyn высказывается слѣд. образомъ: «По моему глубокому убѣжденію, врачъ долженъ установить, какъ правило, *никогда* не опорожнять въ одинъ сеансъ болѣе 1000 кб. см.» Наконецъ Gerhardt пишетъ: «если уже желаютъ держаться извѣстнаго правила, то, какъ *крайній предѣлъ*, нужно считать 1000 кб. см.»

Далѣе я прошу Васъ взглянуть на стр. 300 руководства къ внутрѣнной Патологіи Dieulafoy (Изд. практ. Медицины 1899). «Секретъ для предотвращенія неблагопріятныхъ осложненій состоитъ въ томъ, чтобы ограничивать однимъ литромъ количество жидкости, извлекаемое за одинъ разъ»—говоритъ этотъ авторъ. Я нарочно прочиталъ эти мѣста, чтобы видѣли, что мое возраженіе покоится на научныхъ данныхъ, и я и теперь совѣтую при примѣненіи торакоцентеза для удаленія экссудатовъ изъ плевры держаться золотой середины.

Докладчикъ приводитъ литературныя данныя, указывающія, что были случаи, когда больные гибли послѣ выпусканія и значительно меньшихъ количествъ выпота, напр. 400—300 к. с. Потому никакихъ нормъ и точныхъ цифръ устанавливать нельзя, нужна каждый разъ самая строгая индивидуализація. Далѣе, докладчикъ подчеркиваетъ значеніе медленнаго выпусканія жидкости изъ плевр. полости.

Проф. Зимницкій. Чтобы не было никакого риска, надо придерживаться золотой середины.

Д-ръ Гликманъ. Я видѣлъ того больного, о которомъ говорилъ д-ръ Лурія. Здѣсь было жизненное показаніе для торакоцентеза: больной задышался, не могъ двигаться, имѣлся сильный ціанозъ. Было выпущено 1½ литра жидкости, причемъ выпусканіе производилось постепенно въ теченіе 1½ часовъ.

Д-ръ Клячкинъ высказывается за возможность выпусканія и большихъ, чѣмъ 1000 кс., количествъ жидкости при наличности жизненныхъ показаній. Понятіе же золотой середины слишкомъ растяжимо, чтобы имъ руководствоваться.

Проф. Зимницкій. Я опять повторяю относительно данного вопроса, что мнѣніе о золотой серединѣ высказывается и Gumprecht'омъ на стр. 257 и Dieulafoy на 300 стр. (opus cit.).

Д-ръ Перимовъ указываетъ на примѣненный имъ способъ леченія выпотн. плеврита постояннымъ дренажомъ: больному съ правосторон. плевритомъ было просверлено 6-ое ребро, и въ отверстіе вставлена дренажная (серебряная) трубка, одинъ изъ концовъ которой былъ введенъ подъ кожу. Въ первые дни количество выпота у больного увеличилось, но вскорѣ стало уменьшаться, и въ настоящее время уровень эксудата стоитъ ниже уровня трубочки. Состояніе больного хорошее, кашель уменьшился, вѣсъ прибавился.

Проф. Орловскій касается вопроса, какъ слѣдуетъ поступать при выпотныхъ плевритахъ, осложняющихся тѣс. легкихъ. На основаніи своего опыта, а также данныхъ другихъ авторовъ, проф. Орловскій пришелъ къ выводу, что такихъ плевритич. эксудатовъ выпускать не надо. При легочномъ туберкулезѣ выпоть очевидно играетъ такую же роль, какъ азоть при искусств. пнеймотораксѣ. Этимъ и объясняется отмѣченный уже прежними авторами далеко не рѣдкій фактъ благоприятнаго теченія легочнаго туберкулеза при присоединившемся къ нему выпотномъ плевритѣ. Потому плевриты т. б. с.-го происхожденія и не слѣдуетъ выпускать, хотя бы они длились долгое время.

Д-ръ Горяевъ. Такого же взгляда придерживался и покойный проф. Н. И. Котовщиковъ.

Проф. Каземъ-Бекъ. Обычно, если нѣтъ жизненныхъ показаній, надо для выпусканія выжидать паденія температуры. Относительно количества выпускаемой жидкости надо руководствоваться состояніемъ больного, слѣдуетъ внимательно слѣдить, какъ реагируетъ больной на выкачиваніе. Я обыкновенно выпускалъ 1000—1500 к. ст. жидкости, но приходилось выпускать 2000 кс. и даже больше безъ какихъ либо осложнений.

3) А. Э. Леманъ. *Къ нахожденію туберкулезныхъ бациллъ въ крови здоровыхъ лицъ и больныхъ туберкулезомъ.*

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Бѣляевъ. Мнѣ кажется, что докладчикъ не правъ, отказываясь считать найденныя имъ кислотоупорныя палочки въ крови за туберкулезныя. Докладчикъ говоритъ, что найденныя имъ палочки часто имѣли то длинную форму, то короткую, были то толстыя, то

тонкія, что при аутопсіи лицъ, у которыхъ при жизни въ крови были найдены кислотоупорныя палочки, не было констатировано туберкулезнаго пораженія органовъ. Но отсутствіе туберкулезн. пораженія органовъ ничуть не мѣшаетъ считать найденныя въ крови палочки за туберкулезныя. Объясняется это тѣмъ, что организмъ достаточно справлялся съ туберкулезной инфекціей, resp. бактеріеміей, благодаря имѣющемуся въ немъ иммунитету. Явленіе туберкулезной бактеріеміи и отсутствіе въ то же время туберкулезнаго пораженія органовъ все чаще и чаще начинаетъ встрѣчаться въ литературѣ. Этой же побѣдой защитительныхъ силъ организма надъ внѣдрившейся въ него инфекціей, мнѣ кажется, объясняется и полиморфизмъ палочекъ въ крови. Такой полиморфизмъ былъ замѣченъ и мною при моихъ изслѣдованіяхъ, а также о немъ упоминають и другіе авторы Дукинова, Rosenberger и др. Отсутствіе въ работѣ докладчика эксперимента на животныхъ, т. е. прививки изслѣдуемой крови морскимъ свинкамъ, еще болѣе не позволяетъ отрицать найденныя имъ палочки, какъ туберкулезныя.

Докладчикъ. Я не могу считать найденныя мной въ крови палочки за туберкулезныя, такъ какъ онѣ найдены мной и въ дистиллированной водѣ, которой я пользовался въ своихъ изслѣдованіяхъ. Когда же я сталъ примѣнять фильтрованную воду, палочки не открывались мной не только въ крови у здоровыхъ, но и у туберкулезныхъ больныхъ, у которыхъ можно было а priori предполагать присутствіе въ крови туберкулезныхъ бациллъ. Что же касается указанія на то, что отсутствіе эксперимента на животныхъ, т. е. прививки морск. свинкамъ еще болѣе не даетъ права отрицать найденныя палочки, какъ туберкулезныя, то на мой взглядъ экспериментъ на свинкахъ въ данномъ случаѣ ничего бы не сказалъ: найденныя палочки были бы изъ воды, а свинка могла заболѣть отъ зараженія настоящими туберкулезными бациллами, имѣющимися въ крови, но не открываемыми антиформиновымъ способомъ по Козлову.

Проф. Каземъ-Бекъ указываетъ, что экспериментальныя изслѣдованія на животныхъ уже начаты д-ромъ Леманомъ.

Д-ръ Лопатинъ. Нельзя, конечно, пользоваться дистиллированной водой, которая долго стоитъ. Если же употреблять безусловно свѣжую воду, то упрекъ методу отпадаетъ. Я наряду съ антиформин. методомъ примѣнялъ параллельно и прививку животнымъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ были найдены палочки въ крови, тамъ туберкулезъ обнаруживался и путемъ прививки морск. свинкамъ. Потому нѣтъ достаточныхъ основаній не считать за туберкулезныя находимыя въ крови при антиформ. методѣ палочки.

Проф. Чистовичъ. Для меня совершенно не понятно, почему Вы отвергаете антиформ. методъ?

Докладчикъ. Отрицательно къ антиформ. методу я отношусь потому, что, применяя улучшенную технику, т. е. работая съ профильтрованной водой, я даже у туберкулезныхъ больныхъ при повторныхъ изслѣдованіяхъ не могъ найти туберкулезныхъ палочекъ въ крови.

Проф. Чистовичъ. Почему же Вы думаете, что у этихъ больныхъ туберкул. палочки обязательно должны были быть въ крови? Ихъ вовсе могло и не быть. Опираясь на подобныя апіорныя соображенія, вовсе нельзя дѣлать вывода о непригодности антиформ. способа.

Докладчикъ. Я убѣжденъ, что палочки, если не во всѣхъ случаяхъ у изслѣдованныхъ мной туберкулезно больныхъ, то по крайней мѣрѣ у больныхъ III стадіи должны были циркулировать въ крови. Но, конечно, я долженъ согласиться съ проф. Чистовичемъ, что исходить изъ однихъ апіорныхъ соображеній нельзя; палочки въ моментъ взятія крови для изслѣдованія могли отсутствовать въ крови. Прививка морскимъ свинкамъ разрѣшила бы этотъ вопросъ вѣрнѣе. Я производилъ зараженіе морскихъ свинокъ, но опыты пока еще не закончены, и потому говорить о нихъ я сейчасъ не считалъ возможнымъ.

Д-ръ Лурія указываетъ на изслѣдованія Лидіи Рабиновичъ: послѣ леченія туберкулиномъ иногда палочки появляются и тогда, когда ихъ раньше не было; подъ вліяніемъ туберкулинизации происходитъ мобилизациа палочекъ, на что указывалъ еще Вирховъ.

Д-ръ Барыкинъ. Д-ръ Леманъ указалъ на одинъ изъ важныхъ источниковъ ошибокъ при изслѣдованіи крови на туберкулезъ. Простое загрязненіе воды кислотоупорными широко распространенными въ природѣ сапрофитами достаточно, чтобы прійти къ завѣдомо ошибочнымъ выводамъ о частотѣ туберкулезныхъ бактерій въ крови. Но не только въ этомъ отношеніи могутъ встрѣтиться затрудненія при постановкѣ діагноза. Опредѣленіе туберкулезной природы выдѣленной кислотоупорной палочки является подчасъ задачей очень трудной. И если даже прибѣгать рядомъ съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ къ опытамъ зараженія животныхъ, то и тутъ мы не гарантированы отъ двусмысленныхъ результатовъ. Намъ извѣстны въ семьѣ кислотоупорныхъ такіе сапрофиты, какъ напр. *Grasbacillus* II Möller'a, микробъ Petri и Рабиновичъ и др., которые обладаютъ ясно выраженными патогенными свойствами для лабораторныхъ животныхъ. Наконецъ, сами по себѣ туберкулезныя бактеріи въ отдѣльныхъ разновидностяхъ (типъ человѣческій, рогатаго скота, птичій и т. п.) въ широкихъ предѣлахъ могутъ разнообразить свои

ядовитыя свойства. Такимъ образомъ попытка разрѣшить вопросы о присутствіи туберкулезныхъ бактерій въ крови, о туберкулезной бактериэміи, даже при самой тщательной постановкѣ опыта можетъ привести къ совершенно неопредѣленнымъ результатамъ.

Д-ръ Бѣляевъ. Антиформ. методъ, хотя и имѣетъ свои недостатки, но они все же не умаляютъ значенія метода. Мною самимъ было замѣчено, что иногда туберкулезныя палочки растворяются подѣ влияніемъ антиформина; такъ при обработкѣ мокроты безъ антиформина иногда видно было въ полѣ зрѣнія больше палочекъ, чѣмъ послѣ обработки антиформиномъ. Слѣдовательно стойкость туберкул. палочекъ къ антиформину не всегда одинакова. И мнѣ кажется, что было бы интереснымъ изучить этотъ до сихъ поръ еще не изслѣдованный вопросъ. Почему однѣ палочки болѣе стойки, другія—менѣе, сказать пока нельзя; б. м. это зависитъ отъ силы инфекции—чѣмъ болѣе стойки палочки, тѣмъ онѣ болѣе вирулентны; б. м. и оборонительная сила организма также вліяетъ на стойкость туберкул. палочки. Я хотѣлъ бы знать, наконецъ, какимъ именемъ называетъ докладчикъ тѣ кислотоупорныя палочки, которыя онѣ находилъ (въ крови и) въ водѣ?

Докладчикъ. Назвать опредѣленнымъ именемъ найденныя мною въ дистил. водѣ палочки я пока затрудняюсь. Можетъ быть окажется при специальномъ изученіи, что онѣ принадлежать уже къ извѣстнымъ видамъ кислотоупорныхъ палочекъ.

Проф. Каземъ-Бекъ. Вопросу о присутствіи туберкул. палочекъ въ крови посвящена, какъ извѣстно, работа д-ра Козлова, произведенная въ фак. тер. клиникѣ. Д-ръ Козловъ изъ 100 изслѣдованныхъ имъ туберкул. больныхъ въ 65 случаяхъ нашелъ въ крови туберкул. палочки, тогда какъ у 20 здоровыхъ лицъ палочки найдены не были. Д-ръ Козловъ не находилъ тоже кислотоупорныхъ палочекъ въ водѣ и въ водопроводныхъ кранахъ.

Предсѣдатель, резюмируя пренія, указываетъ на цѣнность работы докладчика, доказывающей, что безъ употребленія профильтрованной дистиллир. воды пользоваться антиформ. методомъ нельзя. Придерживаться указанной докладчикомъ методики является теперь обязательнымъ для послѣдующихъ изслѣдователей. Напрасно только докладчикъ отрицательно относится къ антиформ. методу вообще; такой выводъ не вытекаетъ изъ работы докладчика.

Административное Засѣданіе.

- 1) Предлагается въ члены О-ва врачей д-ръ М. Л. Левинсонъ.

2) Докладывается обращеніе вдовы д-ра Островскаго съ предложеніемъ пожертвовать въ библіотеку О-ва медицинскія книги и шкафъ для нихъ.

Постановлено: пожертвованіе принять и благодарить г-жу Островскую.

3) Доложено ходатайство библіотекарши О-ва объ измѣненіи времени выдача книгъ изъ библіотеки. Постановлено удовлетворить ходатайство и назначить для выдачи книгъ время отъ 1 ч. до 4-хъ ч. дня.

4) Прочтено извѣщеніе Орловскаго медип О-ва о предстоящемъ 50-лѣтнемъ юбилеѣ Общества. Постановлено: письменно привѣтствовать Орловское мед. О-во.

5) Доложено предложеніе Главнаго Комитета по сбору пожертвований на усиленіе воздушнаго флота о разсылкѣ воззваній Комитета при книжкахъ Каз. Мед. Журнала. Постановлено принять предложеніе, о чемъ и довести до свѣдѣнія Главнаго Комитета.

6) Прочтено извѣщеніе Конференціи Военно-Медиц. Академіи объ открытіи конкурса на премію имени Виктора Пашутина.

Постановлено: принять къ свѣдѣнію.

7) Доложено извѣщеніе Тетюшск. Земск. Управы объ открывшейся вакансіи на должность участковаго Земск. врача въ Тетюшскомъ уѣздѣ. Постановлено: вывѣсить объявленіе въ библіотекѣ О-ва.

Предсѣдатель **Ф. Чистовичъ.**

Секретарь **М. Чебоксаровъ.**