

- 4) Дополнить въ уставѣ § о порядкѣ измѣненія Устава.
- 5) Уничтожить въ § 57 дѣленіе врачей на врачей практическихъ и специалистовъ.
- 6) Въ § 7 Устава вычеркнуть слова—«подъ руководствомъ»:
По постановленію Собранія Предсѣдатель проситъ членовъ комиссіи внести въ Проектъ Устава указанныя поправки.

Административное засѣданіе.

- 1) Утвержденъ протоколъ засѣданія 31 января 1913 г.
- 5) Путемъ закрытой баллотировки выбранъ въ члены О-ва врачей Проф. В. Н. Болдыревъ, д-ра Н. А. Львовъ, А. Н. Каблуковъ, Н. Ф. Зайцевъ, Р. А. Батарчуковъ, В. П. Петровъ и Н. А. Миловзоровъ.
- 3) Предложены въ члены сотрудники О-ва Андрей Михайловичъ Пайкинъ.

Предсѣдатель **Ф. Чистовичъ.**

Секретарь **М. Чебоксаровъ.**

ПРОТОКОЛЬ

засѣданія Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ

14 февраля 1913 г.

Предсѣдательствовалъ проф. Ф. Я. Чистовичъ при секретарѣ Г. А. Любенецкомъ.

Присутствовали: Идельсонъ, Первушинъ, Орловскій, Перимовъ, Казанскій, Вишневскій, Фофановъ, Барыкинъ, Бушмакинъ, Перфильевъ, Фризе, Зарницынъ, Чебоксаровъ, Лепскій, Зимницкій, Шибковъ, Михайловъ, Серебряковъ, Гремячкинъ, Горяевъ, А. Н. Миславскій, Климовичъ, Малиновскій, Лурія, Дьяконовъ, Донсковъ, Рузскій, В. А. Бѣляевъ, Цыпкинъ, Чарушинъ, Нагевичъ, Эмдинъ, и около 100 чел. гостей.

г) Прив.-доц. Л. Л. Фофановъ. Случай чрезмѣрно-запущеннаго лѣвосторонняго выпотнаго плеврита.

П Р Е Н І Я.

Д-ръ Р. А. Лурія. Въ дополненіе къ случаю д-ра Фофанова я хотѣлъ бы сообщить объ аналогичномъ случаѣ, бывшемъ подъ моимъ наблюденіемъ 2 года тому назадъ. У больного К., изъ провинціи, плевритъ лѣвосторонній продолжался 7 мѣсяцевъ. Вся лѣвая сторона грудной клѣтки, начиная съ верхушки легкаго, представляла абсолютную тупость; правая граница сердца находилась у *l. mamill. dextra*. Ввиду сильной одышки и частаго пульса больному было выпущено 1600 кб. ст. серозной жидкости, а черезъ 3 дня еще 1800 кб. ст. Послѣ этого у больного присоединился пнеймотораксъ, что установлено (кромѣ наличности обычныхъ физическихъ симптомовъ—*siccus-sio* Нурросгати, амфорическій звонъ и т. п.) рентгеноскопией. Больной поправился, былъ на кумысѣ, при чемъ въ пораженномъ туберкулезомъ правомъ легкомъ наступило значительное улучшеніе. Когда черезъ мѣсяць была сдѣлана пункція, въ жидкости оказалось большое количество лимфоцитовъ и гнойныхъ клѣтокъ, при чемъ t^0 больного не повышалась. Я видѣлъ больного еще въ теченіе $1\frac{1}{2}$ лѣтъ, и въ послѣдній разъ въ октябрѣ 1912 г. Пнеймотораксъ сталъ меньше; больной, побывавшій въ Сухумѣ, оправился и даже могъ работать. Интересъ случая состоитъ въ томъ, откуда взялся пнеймотораксъ. Я очень благодаренъ проф. Орловскому, который въ частной бесѣдѣ указаль мнѣ на возможность, что въ лѣвомъ легкомъ могла быть старая каверна, которая послѣ выпусканія жидкости и была тѣмъ путемъ, по которому шелъ воздухъ.

Д-ръ В. А. Перимовъ. Я бы хотѣлъ спросить терапевтовъ, нельзя-ли было бы, въ цѣляхъ леченія плеврита, устраивать больному подкожный дренажъ: быть можетъ, этимъ достигались бы сразу и удаленіе жидкости изъ полости плевры и аутосеротерапія?

Проф. С. С. Зимницкій по поводу случая д-ра Лурія замѣчаетъ, что вообще нельзя выпускать изъ полости плевры болѣе 800 кб. ст. жидкости.

Д-ръ Р. А. Лурія. Въ моемъ случаѣ была *indicatio vitalis* для удаленія по возможности большаго количества жидкости. Больной перенесъ свободно это удаленіе.

Проф. В. Ф. Орловскій. Имѣя дѣло съ огромнымъ и крайне запущеннымъ выпотомъ въ плевральной полости, вызвавшимъ рѣзкое

смѣщеніе сосѣднихъ органовъ, мы могли поступить двояко: или примѣнить методъ аутосеротерапіи, про который упомянулъ В. А. Перимовъ, или выпустить жидкость, замѣстивъ часть ея азотомъ. Первый способъ обѣщаль намъ мало хорошаго въ отношеніи результатовъ, такъ какъ въ виду огромной запущенности выпота и большихъ его размѣровъ слѣдовало ожидать, что всасывательная способность плевры уничтожена; кромѣ того, къ леченію аутосеротерапіей плевритическихъ выпотовъ при туберкулезѣ легкихъ я отношусь отрицательно, такъ какъ вслѣдъ за быстрымъ всасываніемъ экссудата я видѣлъ сплошь да рядомъ обостреніе туберкулезнаго процесса. По этимъ соображеніямъ мы выбрали путь замѣщенія экссудата, который къ слову сказать оказался рѣзко измѣненнымъ, азотомъ. Успѣхъ нашего терапевтическаго мѣропріятія явствуетъ изъ доклада.

Д-ръ В. А. Барыкинъ. Какимъ образомъ вліяетъ наложеніе пнеймоторакса при t. b. c. легкаго на содержаніе Кош'овскихъ палочекъ въ крови?

Д-ръ Л. Л. Фофановъ. Этимъ вопросомъ я не занимался.

2) Д-ръ В. П. Первушинъ. Демонстрація больного съ Polio-encephalomyelitis subacuta.

3) Пренія по поводу доклада проф. В. Ф. Орловскаго и пр.-доц. Л. Л. Фофанова «о леченіи t. b. c. легкихъ по методу искусственнаго пнеймоторакса», прочитаннаго въ засѣданіи Общ. врачей 24 янв. 1913 г.

Пр.-доц. М. Н. Чебоксаровъ, подробно разбирая случаи докладчика, приходитъ къ выводу, что во второмъ случаѣ тяжелыя явленія, развившіяся у больной вслѣдъ за введеніемъ азота, обусловливаются газовой эмболией, а не «плевральной эклампсіей», какъ предполагають докладчики.

Проф В. Ф. Орловскій, признавая названіе «плевральная эклампсія» неудачнымъ, указываетъ, что, обозначая этимъ названіемъ полученный у второй больной симптомокомплексъ по сходству его картины съ классическимъ описаніемъ «плевральной эклампсіи», онъ не предрѣшаетъ этимъ вопроса о патогенезѣ симптомокомплекса. Forlanini, какъ извѣстно, объясняетъ его рефлексомъ съ плевры на сердце и мозгъ, а Брауеръ газовой эмболиею. Разбирая подробно всѣ возможности возникновенія газовой эмболии и данныя, имѣвшіяся у больной во время введенія N и въ послѣдующее время, В. Ф. Орловскій не находитъ у больной условий для возникновенія газовой эмболии, въ виду этого въ настоящее время задается вопросъ, не имѣлась ли у больной эмболія мозга органическимъ (кровянымъ) эмболомъ, занесеннымъ изъ сдавлен-

ныхъ N легочныхъ сосудовъ, подвергающихся, какъ извѣстно, въ пораженныхъ туберкулезомъ участкахъ измѣненію и представляющихся нерѣдко затромбированными. Объясненіе Foglani для плевральной эклампси В. Ф. Орловскій признаетъ неприемлемымъ.

Д-ръ В. П. Первушинъ. Меня интересуетъ терминологія— «плевральная эклампсія»,—употребляемая для обозначенія того симптомокомплекса со стороны нервной системы, который возникаетъ иногда при образованіи искусственнаго пнеймоторакса. Обозначеніе «эклампсія» относится къ специфическому симптомокомплексу, свойственному специальному заболѣванію, связанному съ процессомъ материнства—у беременной, роженицы или у новорожденнаго ребенка. Это страданіе теперь приписывается процессу аутоинтоксикаціи, возникающему отъ поступленія въ организмъ синтиціальныхъ клѣтокъ. Тѣявленія судорожныя, которыя наблюдались докладчиками, правильнѣе опредѣлить, какъ эпилептическія судороги. Что касается до патогенеза тяжелаго симптомокомплекса со стороны центральной нервной системы, возникшаго у больной г. г. докладчиковъ тотчасъ вслѣдъ за введеніемъ газа (hemiparesis dextra), то, судя по нѣкоторымъ клиническимъ даннымъ, слѣдуетъ думать здѣсь объ эмболии, но не о грубомеханической, а именно о газовой эмболии: парезы стали выравниваться довольно быстро, что свойственно именно газовой эмболии; часть патологическихъ явленій въ такихъ случаяхъ иногда неминуемо остается на всю дальнѣйшую жизнь больного, что обусловливается стойкимъ выпаденіемъ функціи соответствующихъ элементовъ нервной системы. Случаи такъ наз. «кессонной болѣзни» служатъ хорошей иллюстраціей только что сказаннаго.

Д-ръ Перфильевъ. Меня интересуютъ случаи съ благоприятнымъ результатомъ леченія туберкулеза по доложенному методу. Какъ въ литературѣ, такъ и г. г. докладчиками и д-ромъ Луріей указывается г. о. на благоприятные результаты. Между тѣмъ у меня возникаютъ такіе вопросы: 1) Какія послѣдствія для функціи легкаго дастъ такое продолжительное сдавленіе легкаго, какъ рекомендуемое 2-хъ—лѣтнее? Мнѣ представляется, что функція его будетъ сильно ослаблена, а въ такомъ случаѣ можно ожидать, что это легкое будетъ locus minoris resistentiae противъ инфекціи гноеродными микроорганизмами. На леченіе туберкулеза по методу сдавленія нельзя смотрѣть, какъ на избавленіе организма всл. гибели туберкулезныхъ бациллъ. Можно говорить лишь объ обычномъ излеченіи всл. локалізаціи—замуравливанія ту-

беркулезнаго очага. Гноеродные микробы, какъ извѣстно, поселяясь на такихъ очагахъ, могутъ дать свободу туберкулезнымъ палочкамъ, а потому туберкулезная инфекция организма можетъ возобновиться.

2) Другой вопросъ. Какъ относится другое легкое? При продолжительномъ сдавленіи его товарища по работѣ, несомнѣнно, въ немъ разовьется викарная эмфизема, которая можетъ перейти въ стационарную. Если это такъ, то положеніе больного, излѣченнаго такимъ образомъ, нельзя считать завиднымъ. Когда дѣло идетъ о жизни больныхъ, тогда эти соображенія, конечно, отпадаютъ. Говоря о доложенныхъ случаяхъ, я долженъ сказать, что тотъ случай, который признанъ благоприятнымъ въ смыслѣ результатовъ леченія, — не чистъ. У больного были lues, и передъ началомъ леченія по методу пнеймоторакса больной продолжалъ противосифилитическое леченіе, а, слѣдов., наступившее у больного улучшеніе могло бы зависѣть и отъ этого обстоятельства.

Проф. В. Ф. Орловскій: На оба вопроса, которые ставятъ д-ра Перфильева въ недоумѣніе, мною данъ былъ исчерпывающій отвѣтъ въ моемъ докладѣ, въ виду чего и за позднимъ временемъ не буду останавливаться на нихъ вновь. Что касается оцѣнки результатовъ леченія по методу спаденія пораженнаго легкаго у перваго больного, то ко взгляду д-ра Перфильева присоединиться не могу. Процессъ во всей верхней долѣ праваго легкаго протекалъ у больного остро и въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ привелъ къ развитію порядочныхъ размѣровъ каверны и обильныхъ звучныхъ мелкопузырчатыхъ хриповъ въ этой долѣ на всемъ ея протяженіи; въ мокротѣ были многочисленныя туберкулезныя палочки. Съ самаго же начала леченія пневмотораксомъ т^о сразу упала до нормы, самочувствіе больного быстро улучшилось, въ мокротѣ спустя короткій промежутокъ времени туберкулезныя палочки почти исчезли. Такого разительнаго эффекта въ тотъ же промежутокъ времени и при условіяхъ, въ которыхъ находился больной, мы не могли ожидать при примѣненіи другихъ методовъ леченія.

Предсѣдатель напоминаетъ, что такъ наз. эклампсія беременныхъ имѣетъ происхожденіе не эмболическое, а токсическое. Въ заключеніе предсѣдатель благодаритъ докладчиковъ за интересное сообщеніе, вызвавшее оживленный обмѣнъ мнѣній.

4) Проф. А. В. Вишневскій. Урологическія наблюденія.

Д-ръ Нагевичъ. Въ вашемъ 2-омъ случаѣ нужно было предвидѣть большое кровотеченіе при отжиманіи папилломы. Нельзя ли было сдѣлать перевязку шейки?

Проф. А. В. Вишневскій. Это вообще невозможно въ подобныхъ случаяхъ—лигатура соскальзываетъ.

Прив. доц. В. А. Барыкинъ. При заболѣваніяхъ почекъ вообще можетъ выдѣляться съ мочей множество бактерий, въ томъ числѣ и патогенныхъ, и потому при простой прививкѣ свинкѣ получается гнойный перитонитъ. и потому, при діагностикѣ туберкулеза почекъ необходимо предварительно убить всѣхъ остальныхъ бактерий антиформиномъ.

Предсѣдатель благодаритъ докладчика.

Административное засѣданіе.

1) Заслушана бумага отъ Правленія Ун-та съ предложеніемъ, не найдетъ ли Общество Врачей возможнымъ отказаться отъ бесплатнаго печатанія своего журнала въ университетской типографіи.

Постановлено отвѣтить, что Общество не можетъ отказаться отъ бесплатнаго печатанія въ универс. типографіи.

2) Заслушано объявленіе Кіевскаго Ун-та о конкурсѣ на кафедру дѣтскихъ болѣзней.

3) Заслушано нѣсколько предложеній отъ Бюро Общества Врачей и сдѣланы постановленія:

1) По поводу вопроса о продолжительности докладовъ на засѣданіяхъ Общ. Врачей постановлено ограничить доклады 20-ю минутами, возраженія оппонентовъ 5-ю минутами и возраженіе докладчика оппонентамъ 10-ю минутами.

2) Ввиду невнесенія нѣкоторыми членами О. В. членскихъ взносов постановлено сдѣлать напоминаніе соотвѣтствующимъ членамъ.

3) По поводу направленія дѣятельности Общ. Врачей признано желательнымъ, чтобы различныя клиники и лабораторіи Каз. Ун-та устраивали отъ времени до времени засѣданія Общ. Врачей въ своихъ помѣщеніяхъ для демонстраціи на этихъ засѣданіяхъ интересныхъ больныхъ, новыхъ аппаратовъ и пр.

4) Баллотировкой избранъ въ члены-сотрудники Общ. Врачей фабричный инспекторъ А. М. Пайкинъ.

Предсѣдатель Ф. Чистовичъ.

Секретарь А. Любенецкій.