

МЕДИЦИНСКІЯ ОБЩЕСТВА.

VIII-й Пироговскій съѣздъ въ Москвѣ.

Секція хирургіи.

(Засѣданіе 7 января 1902 г.)

Почетнымъ предсѣдателемъ выбрана: ж. вр. А. Г. Архангельская.

І. Д. Е. Гороховъ къ вопросу объ оперативномъ вмѣшателствѣ при аппендицитахъ въ различныхъ формахъ воспаленія.

1) Разлитое воспаленіе брюшины, при наличности инфильтраціи, показываетъ оперативное вмѣшательство въ первую недѣлю заболѣванія.

2) При тяжелыхъ симптомахъ злокачественнаго перитонита операцію нужно производить не позднѣе 4-го дня.

3) Больные съ большими скопленіями гноя оперируемые поздно, подвергаются опаснымъ осложненіямъ.

4) Продолжительное выжиданіе осумкованія аппендицита гнойника-не-рѣдко гибельно для больныхъ.

5) При разлитыхъ формахъ аппендицита съ перитонитами необходимо избрать болѣе ранній срокъ для оперативнаго вмѣшательства.

6) Въ цѣляхъ выясненія сложныхъ вопросовъ объ оперативномъ вмѣшателствѣ при различныхъ формахъ аппендицита, докладчикъ предлагаетъ разослать всѣмъ врачамъ карточку (форма которой должна быть выработана, отдѣльной комиссіей) для записи больныхъ аппендицитами. Карточки эти будутъ пересылаться въ Правленіе О-ва и тамъ матеріалъ будетъ приводиться въ порядокъ.

Проф. Дьяконовъ. Поддерживая предложенія докладчика, высказываетъ мнѣніе о необходимости определенной программы для собиранія свѣдѣній и предлагаетъ просить Правленіе О-ва взять на себя выработку формы записи и заботу о распространеніи среди врачей.

Проф. Праксинъ полагаетъ, что въ виду трудности распознаванія отдѣльных формъ аппендицита, требующаго большой опытности, нельзя будетъ

относиться съ полнымъ довѣріемъ къ свѣдѣніямъ, которыя будутъ сообщаться врачами.

Послѣ нѣкоторыхъ преній признано желательнымъ ввести запись аппендицитовъ.

II. О. А. Юцевичъ. Къ вопросу о непроходимости кишекъ. Докладчикъ устанавливаетъ два вида механической непроходимости кишекъ: *devia auae* и *devia luminis*. Главный признакъ перваго вида непроходимости—нарушеніе питанія цѣлой петли. Главный признакъ втораго вида—нарушеніе питанія кишечной стѣнки. Въ первомъ случаѣ можетъ наступить омертвѣніе петли, во второмъ прободеніе стѣнки. Мѣстное вздутіе (признакъ Валя) выступаетъ ясно при петливой непроходимости, усиленная перистальтика (признакъ Обалинскаго) преобладаетъ при непроходимости просвѣта. При *devia auae*—теченіе острое, при *devia luminis* теченіе хроническое.

Оперировать надо, когда на лицо имѣется усиленная перистальтика или еще и мѣстное вздутіе. Если же на лицо только признакъ Валя—предсказаніе ухудшается; отсутствіе обоихъ признаковъ свидѣтельствуетъ о начавшемся воспаленіи брюшины.

III. Б. С. Козловскій. О распознаваніи непроходимости кишекъ.

Докладчикъ сообщилъ о 22 случаяхъ кишечной непроходимости. Въ семи случаяхъ наблюдалось перекручиваніе S—образной кишки, операций произведено 8 (у одной больной изъ-за возврата—дважды). Раскручиваніе у 6 человѣкъ (1 смертельный исходъ). Изсѣченіе S—образной кишки у 2 человѣкъ (1 смертный случай).

Затѣмъ слѣдуютъ внутреннія ушешленія: 4 грыжи (всѣ со смертельнымъ исходомъ). Ушешленіе вслѣдствіе вправленія *en bloc* паховой грыжи—2 случая (выздоровленіе).

Ушешленія между тяжами послѣ воспаленія брюшины—4 случая (всѣ со смертельнымъ исходомъ).

Непроходимость отъ новообразованій—три случая (два смертельныхъ исхода). Въ двухъ случаяхъ наблюдалась непроходимость вслѣдствіе остраго воспаленія брюшины, оба случая со смертельнымъ исходомъ.

Главная причина смерти—упадокъ силъ отъ самоотравленія организма токсинами, что можетъ быть устранено лишь опорожненіемъ и обеззараженіемъ кишечника.

Засѣданіе 8 января 1902 года.

Почетными предсѣдателями избраны: приватъ-доцентъ Н. М. Волковичъ, докторъ Б. С. Козловскій и докторъ А. Т. Богаевскій.

І. Р. І. Венгловскій (Москва) Къ вопросу о леченіи выпаденій прямой кишки (срединныхъ промежностныхъ грыжъ.

Главнѣйшія положенія доклада:

а) Прямая кишка дѣлится на легкоподвижную, не укрѣпленную, «тазовую» часть и малоподвижную, крѣпко замурованную въ тазовое дно, «промежностную» часть.

б) При повышеніи внутрибрюшного давленія Дугласова впадина дѣлается глубже; въ дальнѣйшемъ же это повышенное давленіе направлено исключительно почти на переднюю стѣнку «тазовой» части прямой кишки, которая активнымъ сокращеніемъ мускулатуры противодѣйствуетъ этому давленію. Тому же усиленному давленію противодѣйствуютъ мышца, поднимающая задній проходъ и подкожный жомъ прямой кишки.

с) Когда наступаютъ условія, при которыхъ стѣнка прямой кишки заболѣваетъ, разслабляется тазовое дно и расширяется подкожный жомъ, то ослабѣваетъ нормальное противодѣйствіе повышенному внутрибрюшному давленію, Дугласова впадина углубляется насчетъ передней стѣнки прямой кишки, эта стѣнка постепенно втягивается въ просвѣтъ кишки и выпадаетъ наружу.

д) Сперва выпадаетъ только тазовая часть прямой кишки (неполная срединная промежностная грыжа) потомъ, въ запущенныхъ случаяхъ, выпадаетъ вся прямая кишка (полная срединная промежностная грыжа).

е) Оперативное леченіе выпаденій прямой кишки должно стремиться создать нормальныя анатомическія и фізіологическія условія; т. е. при рѣзко измѣненныхъ стѣнкахъ выпадающей части прямой кишки лучше всего ее удалить и замѣнить вышележащей здоровой частью; при разслабленіи же тазового дна и расширеніи подкожнаго жома прямой кишки, нужно стремиться къ ихъ укрѣпленію, что достигается лучше всего по принципу перинеорафій.

Въ своемъ случаѣ съ полнымъ застарѣлымъ (29 л.) выпаденіемъ прямой кишки, докладчикъ извѣкъ всю выпавшую часть, прикрѣпилъ вновь образованную «промежностную» часть къ мышцѣ, поднимающей задній проходъ, сблизилъ края этой мышцы и сложилъ ее въ поперечную складку. Успѣхъ полный.

ІІ. В. П. Зеренинъ (Москва) Къ леченію выпаденій прямой кишки.

Изученіе на трупахъ показываетъ, что тазовая часть прямой кишки имѣетъ значительныя укрѣпленія въ видѣ фасціальныхъ пластинокъ, происходящихъ отъ тазовой фасции и фиброзными тяжами, проходящими въ брыжжейкѣ прямой кишки.

При выпаденіяхъ прямой кишки нужно укрѣпить ея тазовую часть у крестца, нѣсколько влѣво отъ promontorium'a при помощи длинной передней связки позвоночника. Это сзади, спереди же кишка укрѣпляется при помощи тазовой фасции.

Кромѣ того прямая кишка прикрѣпляется къ мышцамъ, поднимающимъ задній проходъ, и къ подкожному жому.

III. П. А. Герценъ (Москва). О леченіи выпаденій прямой кишки.

Выпаденіе прямой кишки происходитъ по типу вѣдренія. Лучшими оперативными пособіями докладчикъ считаетъ исѣченіе выпавшей части и колопексію.

Чтобы устранить возможность появленія сращеній докладчикъ къ колопексіи присоединялъ образованіе соустья между S-образной кривизной и прямою кишкой, что еще больше укрѣпляло прямую кишку.

Въ заключеніе сообщено о трехъ больныхъ, оперированныхъ по такому способу. Во всѣхъ случаяхъ оказались стойкіе результаты.

IV. В. М. Зыковъ. (Москва) Исѣченіе колѣна безъ укороченія конечности.

Аутопластическое замѣщеніе костей можетъ быть производимо посредствомъ куска кости имѣющаго ножку или безъ нея—т. наз. свободной аутопластикой.

Первый способъ очень затруднителенъ по своей сложности, при свободной же аутопластикѣ взятая кость переносится въ любое мѣсто организма. Переносимые куски должны имѣть въ себѣ костный мозгъ и надкостницу; ей принадлежитъ главная роль въ дѣлѣ приживленія и послѣдовательнаго роста, костный же мозгъ поддерживаетъ жизнь перенесеннаго куска, способствуя образованію сосудовъ между нимъ и окружающими тканями.

Демонстрирована больная, у которой д-ръ Зыковъ сдѣлалъ операцію въ ноябрѣ 1900. Диагнозъ: бугорчатка лѣвыхъ бедренной и большеберцовыхъ костей.

Разрѣзъ по Textor'y. По удаленіи надколѣнника и отдѣленіи надкостницы, перерѣзаны крестообразныя связки и сращения, а концы бедренной и большеберцовой костей спилены. Изъ передней поверхности бедренной кости выпилено (круглой пилой бор-машинѣй) костное полукольцо, шириною около 4 и вышиною около 2,5 см., которое и вставлено между концами спиленныхъ костей, отступя отъ переднихъ краевъ. Надъ этимъ кускомъ сшита пластически перенесенная надкостница бедренной кости съ надкостницей большеберцовой и наложенъ шовъ. Ходить позволено черезъ 3 мѣсяца. Укороченіе=1,5 см. какъ разъ столько, сколько необходимо для свободной ходьбы при несгибающейся конечности.

V. К. Х. Хорнъ. (С.-Петербургъ). Сведеніе Dupuytren'a.

Заболѣваніе, выражающееся хроническо пластическимъ воспаленіемъ ладоннаго апоневроза, проявляется въ томъ, что пальцы прижимаются къ ладони и выправленіе ихъ дѣлается невозможнымъ. Болѣе начальный признакъ заболѣванія, еще не отмѣченный—небольшія воронкообразныя углубленія кожи. Операція производится докладчикомъ слѣдующимъ образомъ: разрѣзъ кожный по наиболѣе выдающемуся шнуру апоневроза вверхъ доходитъ до запястья, внизу—до 2-ой или 3-ей фаланги; апоневрозъ перерѣзается какъ можно выше, отдѣляется со всѣми

отростками и отрѣзается на уровнѣ 2-ой или 3-ей фаланги. Кисть приводится въ положеніе крайняго разгибанія, пальцы должны быть сильно раздвинуты. Гипсовая повязка. Массажъ и активныя движенія пальцевъ черезъ 3 недѣли.

Демонстрированъ больной.

VI. Б. Н. Хольцовъ (С.-Петербургъ). О леченіи суженій мочеиспускательнаго канала электролизомъ.

Изъ всѣхъ способовъ леченія суженій мочеиспускательнаго канала электролизъ имѣетъ наибольшее распространеніе, что объясняется по мнѣнію докладчика, съ одной стороны несовершенствомъ инструментовъ, примѣнявшихся въ первое время введенія способа, а съ другой—тѣмъ, что врачи обыкновенно соединяютъ электролизъ съ методическимъ расширеніемъ мочеиспускательнаго канала бужами и этому послѣднему приему приписывали хорошіе результаты. Наблюденія д-ра Хольцова показываютъ, что электролизъ даетъ лучшіе, по сравненію съ остальными способами леченія суженій уретры, результаты. При этомъ наблюденія докладчика показали, что: 1) круговой электролизъ заслуживаетъ предпочтенія передъ линейнымъ. 2) Токи слѣдуетъ примѣнять слабые. 3) Бужированія на ряду съ электролизомъ лучше избѣгать. 4) Непосредственный результатъ электролиза—быстрое расширеніе суженнаго отдѣла мочеиспускательнаго канала. 5) За одинъ сеансъ удастся расширить суженный отдѣлъ уретры, при чемъ результатъ этотъ получается при суженіяхъ какъ перелойнаго, такъ и травматическаго происхожденія, при суженіяхъ какъ свѣжихъ, такъ и старыхъ. Хорошіе результаты получены были д-ромъ Хольцовымъ въ 53 случаяхъ примѣненія электролиза безъ одновременнаго бужирования. Сеансы продолжались 10 минутъ, сила тока=5—6 М. А.

VII Проф. И. А. Праксинъ. (Казань). О заднемъ катетеризмѣ при непроходимыхъ суженіяхъ уретры чрезъ промежностное сѣченіе.

Задняя катетеризація, въ случаяхъ непроходимости уретры, можетъ быть выполнена или черезъ перепончатую часть или черезъ пузырь (высокое сѣченіе). Послѣдній способъ опасенъ въ смыслѣ инфекции. При первомъ же способѣ можетъ встрѣтиться затрудненіе въ отысканіи *persem membranaseam*. Профессоръ предлагаетъ проникать въ уретру черезъ предстательную железу которая отыскивается безъ труда.

VIII. Б. Л. Гордонъ-Клячко. (Москва) Статистика русскихъ ампутацій.

Докладчикомъ собрано 1413 случаевъ ампутацій. Общій процентъ смертности послѣ ампутацій=9,5. Средняя продолжительность окончательнаго заживленія раны *per primam*=28 днямъ *per secundam*=75 днямъ. Наибольшій % смертности приходится на долю ампутацій по поводу омертвѣнія (19,25%) наименьшій повторныя ампутаціи (2,6%). Общій % смертности послѣ ампутацій=9,5. За послѣднія 25 лѣтъ процентъ смертности понизился вдвое.

Засѣданіе 9-го января 1902 года.

Почетными предсѣдателями выбраны: проф. И. А. Праксинъ, д-ръ Б. С. Козловскій, д-ръ В. К. Горбатовскій и д-ръ К. Х. Хорнъ.

I. А. В. Савостьяновъ (Москва) О распознаваніи воспалительныхъ процессовъ кости при помощи Röntgen'овскихъ лучей.

Изслѣдованіе различныхъ воспалительныхъ процессовъ на костяхъ при помощи X—лучей показало, что при бугорчатковыхъ пораженіяхъ очертанія кости гладки, что объясняется слабымъ участіемъ надкостницы въ воспалительномъ процессѣ; губчатое вещество хотя и остеопорозировано, однако кое гдѣ замѣтны тонкія, костныя перекладины. При остеомиелитическихъ же процессахъ очертанія кости представляются шероховатыми (рѣзко выраженное участіе надкостницы въ воспалительномъ костеобразовательномъ процессѣ) и въ губчатомъ веществѣ совершенно уничтожаются перекладины.

II. Н. Н. Черкасовъ. (Москва) Условія радіографированія въ больничныхъ учрежденіяхъ

По мнѣнію докладчика во всѣхъ больницахъ необходимо завести радіографическіе приборы, завѣдываніе которыми поручить специально подготовленнымъ врачамъ. Сообщено нѣсколько совѣтовъ для руководства при выборѣ приборовъ и при устройствѣ кабинетовъ для рентгенографіи.

III. Б. С. Козловскій. (Смѣла) О леченіи бугорчатки шейныхъ железъ. Бактеріологическими изслѣдованіями теперь уже вполне доказана полная тождественность называвшихся прежде «золотушными» пораженій железъ съ бугорчаткою ихъ, а потому такія железы, представляющія для организма непосредственную опасность зараженія, не должны быть оставляемы безъ леченія. Изъ способовъ предложенныхъ съ этой цѣлю: консервативнаго, бактеріеубивающаго и оперативнаго, послѣдній даетъ наилучшіе результаты. Матеріалъ докладчика обнимаетъ 127 случаевъ.

Противопоказаніемъ къ операциі служатъ 1) распространеніе процесса на большое пространство, съ обширными периаденитами, сросшеніями, изъязвленіями, разрушеніями кожи, сосѣднихъ тканей, дѣлающими невозможнымъ полное удаленіе всего пораженнаго: если нельзя удалить всего, то удаленіе части только повредить. 2) Существованіе легочной бугорчатки, (операциа ускоритъ смертельный исходъ). 3) Наличие множественной бугорчатки.

IV. А. Б. Араповъ. (С.-Петербургъ) О рѣдкихъ хирургическихъ осложненіяхъ брюшного тифа. Нарывы селезенки.

Нарывы селезенки образуются изъ инфарктовъ отъ занесенія частицъ тромбовъ изъ венъ кишечника, содержащихъ брюшнотифозныя палочки. Диагностическіе признаки 1) Сильное опуханіе селезенки 2) Температура до 39°—40° 3) Силь-

ныя боли въ лѣвомъ боку и плечѣ. 4) Увеличеніе селезеночной тупости и иногда 5) явленія мѣстнаго воспаленія брюшины.

При бѣгломъ изслѣдованіи можно заподозрить лѣвосторонній ограниченный плевритъ. Пробный проколъ въ области селезенки даетъ красно-бурую жидкость съ кусочками селезеночной ткани и тифозными палочками. Хирургическое леченіе даетъ хорошіе результаты. Изъ трехъ больныхъ, оперированныхъ докладчикомъ, двое выздоровѣли, одинъ же умеръ отъ распавшагося легочнаго гноиника (какъ показало вскрытіе).

В. А. Я. Якубовскій. (Бобринская ст. Ю. З. ж. д.). О торфяномъ мхѣ (*sphagnum*) какъ перевязочномъ матеріалѣ.

Дешовый перевязочный матеріалъ—мохъ, имѣетъ главное достоинство то, что задерживаетъ процессы разложенія выдѣленій, поглощая амміакъ и сѣроводородъ. Собираютъ мохъ лучше весною или осенью. Стерилизовать паромъ.

VI. Проф. И. А. Праксинъ, (Казань) Опытъ леченія бугорчатки и пузыря открытымъ высокимъ сѣченіемъ.

Высокое сѣченіе показано при наличности истощающихъ больного мучительныхъ позывовъ и болей; такимъ оперативнымъ пособіемъ мочевой пузырь приводится въ покойное состояніе. Изъ трехъ случаевъ такой операции произведенной профессоромъ, два увѣнчались полнымъ успѣхомъ.

Послѣ нѣкоторыхъ преній по поводу этого доклада изъ которыхъ выяснилось, что нѣкоторые (проф. Дьяконовъ, д-ръ Горбатовскій, д-ръ Волынцевъ, проф. Синицынъ) считаютъ основнымъ леченіемъ бугорчатки пузыря—гигіеническое и климатическое, почетный предсѣдатель проф. И. А. Праксинъ въ краткой рѣчи бросилъ взглядъ на дѣятельность хирургической секціи на Пироговскомъ Съѣздѣ.

По предложенію д-ра Горбатовскаго была выражена благодарность завѣдующимъ и секретарямъ секции за ихъ труды.

Засѣданіе закрыто рѣчью завѣдующаго секціей проф. О. И. Синицына.

А. Сурковъ.