

МЕДИЦИНСКІЯ ОБЩЕСТВА.

3-ій Съѣздъ Россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ

(18—21 декабря 1902 г.)

18-го декабря въ 10 ч. утра въ физической аудиторіи новаго зданія университета открылись засѣданія съѣзда краткимъ отчетомъ предсѣдателя правленія общества Россійскихъ хирурговъ о дѣятельности правленія за истекшій годъ.

Предсѣдателемъ съѣзда былъ опять избранъ профессоръ В. И. Разумовскій, товарищемъ-врачъ Московскаго земства Н. И. Орловъ.

Проф. Разумовскій, отмѣтивъ въ своей рѣчи, что нѣкоторые доклады 3-го съѣзда являются какъ-бы продолженіемъ дѣятельности предыдущихъ, предложилъ съѣзду не найдеть-ли онъ возможнымъ расширить свою дѣятельность въ пользу совместной разработки вопросовъ болѣе общаго характера, ограничивъ, по возможности казуистическій матеріалъ. Для этого нужно собирать и разрабатывать матеріалъ по карточной системѣ, поручить цѣлымъ учрежденіямъ разработку вопросовъ по заранѣе выработанному плану, собирать свѣденія о дальнѣйшей судьбѣ оперированныхъ больныхъ, для каковой цѣли огромную пользу можетъ оказать земская медицина. Принимая во вниманіе интересы медицины, которая въ Россіи преимущественно земская, пора позаботиться объ упрощеніи и удешевленіи хирургическихъ инструментовъ, аппаратовъ для стерилизаціи и т. п. Въ заключеніе Разумовскій высказалъ надежду, что русская мысль, проявившая свою самостоятельность и оригинальность въ другихъ областяхъ знанія, наложитъ такой же отпечатокъ и на съѣзды Россійскихъ хирурговъ.

И. И. Орловъ, приписывая свое избраніе тому почету, которымъ пользуется земская медицина, видитъ дальнѣйшее процвѣтаніе ея въ общеніи съ научными центрами. Земская медицина по своимъ условіямъ преимущественно хирургическая и желательно установить болѣе тѣсную связь между ней и клинической медици-

ной. Нужно сожалѣть, что въ клиникахъ взимается плата съ коечныхъ больныхъ, чѣмъ, конечно, затрудняется доступъ неимущему населенію ¹⁾.

Сѣздъ, по предложенію проф. Разумовскаго, почтилъ вставленіемъ покойныхъ проф. Вирхова и д-ра Бенисовича.

А. А. Бобровъ (Москва). — О средствахъ борьбы съ хирургическимъ туберкулезомъ.

Докладчикъ различаетъ 2 вида хирургическаго (очаговаго) туберкулеза: 1) Хроническій процессъ, съ признаками ясновыраженнаго воспаленія или безъ него, сопровождающійся развитіемъ инфильтрата или даже новообразованіемъ соединительной ткани, 2) хронически или полустро протекающій процессъ клѣточной инфильтраціи съ образованіемъ бугорковъ, подвергающихся распаду—творожистое перерожденіе съ нагноеніемъ или безъ него. Разъ въ очагъ попадутъ другіе гноеродные микробы, то развивается бурнопротекающій процессъ съ дурного качества нагноеніемъ. Специфическихъ средствъ нѣтъ, главное повысить жизненную энергію клѣточныхъ элементовъ, такъ какъ теченіе очаговаго хирургическаго туберкулеза зависитъ отъ общаго состоянія, отъ улучшенія условій жизни и отъ возраста—въ дѣтскомъ возрастѣ излеченіе при улучшеніи условій чаще, чѣмъ у взрослыхъ; послѣ 40—50 лѣтъ излеченіе—рѣдкость. При первомъ видѣ туберкулеза рекомендуются покой органа, отвлекающія (вѣрнѣе привлекающія фагоцитовъ и лимфоцитовъ)—согрѣвающій компрессъ, мѣшокъ съ горячей водой, смазываніе t-rae jodі, мушки, каленое желѣзо и наконецъ, разрѣзъ и закладываніе полосокъ марли съ цѣлю направить токъ жидкости кнаружи. При второй формѣ—вышеупомянованныя средства ненадежны; выгоднѣе оперативно удалить распавшіяся ткани, выскаблить грануляціи, опорожнить гнойникъ, чѣмъ привлекаются элементы для борьбы, облегчается примѣненіе іода и іодоформной эмульсіи (единственное фармацевтическое средство, оказывающее благотворное вліяніе на свойства грануляцій), а затѣмъ направить всѣ заботы на укрѣпленіе цѣлительныхъ силъ организма. 19-и лѣтнія наблюденія надъ вліяніемъ южнобережнаго климата Крыма на больныхъ съ хирургическимъ туберкулезомъ убѣждаютъ докладчика, что длительное пребываніе отзывается благотворно на теченіи процесса; воздухъ, солнце и морскія ванны повышаютъ жизненную энергію, процессъ стихаетъ, уступая мѣсто пластическимъ процессамъ—инфильтраты рассасываются, свищи закрываются, кроветвореніе улучшается и организмъ замѣтно крѣпнеть. Такое благотворное вліяніе юга сказывается на дѣтяхъ съ сѣвера, на жителей же юга вліяніе менѣе рѣзко и въ болѣе длинный срокъ. Подъ систематическимъ воздѣйствіемъ солнеч-

¹⁾ Надо думать, что здѣсь идетъ рѣчь о Московскихъ клиникахъ; доктору И. И. Орлову навѣрно неизвѣстно, что большинство коечныхъ больныхъ въ клиникахъ Казанскаго университета пользуются бесплатнымъ леченіемъ, а если и взимается плата, то меньшая, чѣмъ въ губернскихъ земскихъ больницахъ.

ныхъ лучей на пораженные органы глубокіе инфильтраты начинаютъ рассасываться, что сопровождается повышеніемъ t° до 38.

Н. И. Напалковъ (Москва).—Объ обширныхъ резекціяхъ реберъ при эмпіемъ.

Докладчикъ обработалъ собранныя правленіемъ карточки 64 случаевъ, расположивъ ихъ въ таблицахъ. Первая операція по Estlander'y произведена въ Россіи Н. В. Склифосовскимъ въ 1883 г.; около $\frac{1}{3}$ случаевъ приходятся на послѣдніе 2 года; большинство (56) случаевъ падаетъ на возрастъ отъ 15—40 лѣтъ; оперируютъ сравнительно поздно ($\frac{1}{2}$ —2 лѣтъ) послѣ начала заболѣванія; бугорковыхъ эмпіемъ было 11 (полное выздоровленіе 1 случ., смерть 4 сл.); обычно изсѣкались (поднадкостнично) отъ 2-хъ до 9-ти реберъ, куски отъ 2 до 21 с. длиной. Чаше резецировалось 5, 6, 7, 8 ребра; операція производилась повторно, за одинъ пріемъ рѣдко больше 3-хъ реберъ. Исходъ—19 зажило, 7 смертныхъ сл. и въ 38 сл. остались свищи. Если наступаетъ выздоровленіе, то въ первые 3 мѣсяца, иначе надо повторную операцію. Для большого западенія докладчикъ рекомендуетъ разрѣзъ всю длину полости чрезъ межреберныя ткани. Въ выводахъ докладчикъ предлагаетъ производить эту операцію чаще, раньше, не стѣсняясь количествомъ и величиной отрѣзковъ изсѣкаемыхъ реберъ. При туберкулезѣ операція не противопоказана.

Пренія.

А. А. Бобровъ. При простой эмпіемъ операція эта даетъ хорошіе результаты, но она противопоказана при бугорковой, такъ надо опасаться обостренія и диссеминаціи процесса.

Ө. И. Березкинъ. % Смертности слишкомъ малъ, надо думать что въ статистику попали болѣе благоприятные случаи. Лично на 10 оперированныхъ не имѣлъ ни одного вполнѣ излѣченного. Операція противопоказана при туберкулезѣ.

Н. Н. Петровъ. Способъ проф. Субботина даетъ хорошіе результаты.

К. М. Сапѣжко. Для лучшаго западенія полости рекомендуетъ провести два параллельныхъ кожныхъ разрѣза тамъ, гдѣ предполагается резекція, но вмѣсто резекціи только перестричь ребра въ этихъ двухъ мѣстахъ и полученный такимъ образомъ лоскутъ съ реберными кусками вдавить въ полость.

П. И. Дьяконовъ. Собранный матеріалъ недостаточенъ для окончательныхъ выводовъ; лично оперируетъ и у больныхъ съ бугорковой эмпіемой; способъ Субботина едва-ли достаточенъ для большихъ полостей.

П. Н. Михалкинъ—оперировалъ 8 разъ—два изъ нихъ туберкулезные. Результаты хорошіе; смертность—0.

В. И. Разумовскій, резюмируя пренія, подчеркнул что нѣтъ необходимости сразу резецировать много реберъ, лучше сдѣлать повторную операцію, чѣмъ рисковать потерей больного, такъ какъ травма слишкомъ велика.

В. А. Гейеръ (Москва).—Предъявленіе автоматическаго прибора для хлороформированія.

Конусообразное отверстіе капельницы закрывается винтовымъ стержнемъ, приподнятіе котораго вызываетъ учащенное отдѣленіе капель; капельница соединена съ маской, фиксируемой резинкой вокругъ головы больного. Выгоды прибора—равномѣрный наркозъ, малое количество хлороформа и свобода хлороформатора. Изъ 6 случаевъ гдѣ примѣнялся приборъ въ двухъ отмѣчена асфиксія.

С. И. Спасокукоцкій. Надо протестовать противъ примѣненія подобныхъ приборовъ, такъ какъ они лишаютъ возможности слѣдить за ходомъ наркоза; лучшимъ доказательствомъ служатъ 2 асфиксіи на 6 наркозовъ.

В. И. Разумовскій. Кромѣ сказаннаго, дорогая цѣна прибора (14 руб.) помѣшаетъ его распространенію.

Н. М. Терещенковъ (Москва).—Къ вопросу о послѣоперационной желтухѣ.

Два случая желтухи послѣ операціи appendicit'a подѣ кокаиномъ побудили докладчика просмотрѣть въ этомъ направленіи весь матеріалъ Ф. Х. Кл. за 8 лѣтъ для выясненія этиологическихъ моментовъ послѣоперационной желтухи. На 1705 операцій подѣ наркозомъ желтуха наблюдалась 10 разъ—всѣ послѣ хлороформныхъ наркозовъ. Этиологически случаи распределяются слѣдующимъ образомъ 1) 4 сл. реакція конституціи организма (алкоголизмъ, ожирѣніе) на хлороформъ 2) 3 сл. реакція на хлороформъ организма съ заболѣваніемъ печени и пищеварительнаго тракта 3) 1 сл.—травматическая желтуха при обширномъ поврежденіи печени 4) 2 сл. желтухи септического происхожденія. Слѣдовательно въ послѣоперационной желтухѣ, какъ и въ другихъ послѣоперационныхъ осложненіяхъ огромное значеніе имѣютъ свойства организма.

В. М. Минцъ. У алкоголика послѣ операціи гнойнаго аппендицита на 3-й день появилась желтуха съ повышеніемъ t^0 и кровавой рвотой. Смерть при вскрытіи—острая атрофія почки; въ печеночной ткани омертвѣніе клѣтокъ и кишечная палочка.

В. П. Заренинъ.—Къ этиологіи и леченію слоновости.

6 случаевъ съ различнымъ этиологическимъ моментомъ. При развитіи слоновости меньшую роль играетъ стрептококковая инфекция—въ лимфѣ пораженной конечности бактерій не найдено; большую роль надо приписать раздраженію сосудодвигательныхъ и трофическихъ нервовъ въ зависимости отъ разстройства кровообращенія и лимфоотдѣленія. Терапія должна быть каузальная; каломель оказываетъ свое дѣйствіе только при слоновости на сифилитической почвѣ. Примѣненіемъ кератина внутрь докладчикъ очень доволенъ.

И. А. Григоровичъ (Москва).—Къ леченію слоновости.

Демонстрація больного съ слоновостью не на сифилитической почвѣ, у котораго послѣ 11 впрыскиваній каломеля замѣтно значительное улучшеніе.

А. А. Кадьянъ. Надо сначала точно установить этиологическій моментъ слоновости и сообразно этому предпринять то или иное лечение.

В. И. Ставровскій (Москва).—О сведеніи челюстей.

На основаніи данныхъ литературы докладчикъ рекомендуетъ при анкилозахъ височночелюстного сустава резекцію куска кости изъ нижней челюсти по возможности вблизи сустава, при рубцовомъ сведеніи—пластику щеки. Приведены 2 исторіи болѣзни: 1) При двустороннемъ анкилозѣ послѣ операции открытіе рта на 2, 5 с. 2) При рубцовомъ сведеніи—пластика (лоскутъ съ шеи, повернутъ кожной поверхностью въ ротъ) открытіе рта на 1, 6. с.

П. И. Развицкій и С. И. Спасокукоцкій (Смоленскъ).—Резекція симпатическаго нерва при хронической невоспалительной глаукомѣ.

Операция—удаленіе верхняго шейнаго симпатическаго узла и около 2 с. ствола произведена 5 разъ при невоспалительной (процессъ развивался 2—3 года) и 1 разъ при воспалительной глаукомѣ. Внутриглазное давленіе во всѣхъ случаяхъ было повышено. Послѣоперационныя явленія: покраснѣніе лица, слабое слезо и слюноотеченіе, западеніе глаза, суженіе зрачка (maximum на другой день), паденіе внутриглазнаго давленія; черезъ 2—3 дня расширеніе поля зрѣнія, повышеніе остроты зрѣнія, причемъ въ 3-хъ случаяхъ V поднялся съ 0,2—0,5 до 0,8. Докладчикъ настойчиво рекомендуетъ эту операцию при невоспалительной глаукомѣ, такъ какъ при ней туботиса и даже иридэктомія остается безъ результата.

И. П. Алексинскій (Москва).—Къ вопросу о распознаваніи и леченіи непроходимости пищевода, обусловливаемой незлокачественными опухолями.

За 1½ года докладчикъ эзофагоскопировалъ 195 чел. (500 сеансовъ); въ 65 случаяхъ имѣлъ дѣло съ незлокачественными заболѣваніями. Эзофагоскопъ даетъ возможность съ увѣренностью сказать, есть-ли въ пищеводѣ инородное тѣло, при чемъ иногда открываетъ его тамъ, гдѣ простое бужированіе дало отрицательный результатъ. Эзофагоскопъ помогъ докладчику разобраться въ рядѣ заболѣваний пищевода: острое и хроническое воспаленіе (8 сл.), атонія (1 сл.), спазмъ (5 сл.), суженіе послѣ ожоги, сифилитическія суженія, пептические язвы и дивертикулы. Эзофагоскопией можно пользоваться и какъ лечебнымъ методомъ, напр., для извлеченія инородныхъ тѣлъ, для отысканія мѣста суженія съ цѣлью ввести бужъ, для прижиганія язвъ и т. п. Больные легко переносятъ эзофагоскопію особенно послѣ смазыванія зѣва 5% раств. кокаина. Докладчикъ горячо рекомендуетъ этотъ способъ изслѣдованія пищевода, такъ какъ ни разу эзофагоскопія не оказалась вредной.

П. И. Дьяконовъ. Эзофагоскопія большой шагъ впередъ въ изученіи болѣзни пищевода, но при инородныхъ тѣлахъ, особенно съ явленіями воспаленія лучше воздержаться отъ нее; въ этихъ случаяхъ рентгеноскопія облегчитъ отысканіе инороднаго тѣла.

Я. Б. Зельдовичъ. При рубцовомъ суженіи пищевода электролизъ даетъ хорошіе результаты.

С. П. Оедоровъ. Если инородное тѣло съ острыми краями, надо осторожно попытаться извлечь его черезъ эзофогоскопъ; при неудачѣ, если тѣло находится въ шейной части, показана oesophagotomia externa, если въ грудной—желудочный свищъ, а уже черезъ извѣстный срокъ попытаться извлечь тѣло или черезъ свищъ, или по Насилову черезъ рану на спинѣ.

А. А. Бобровъ. Рентгеноскопія не всегда даетъ возможность точно опредѣлить наличность инороднаго тѣла въ пищеводѣ.

І. Ф. Земадкій. Очень доволенъ эзофагоскопіей, которую давно принимаетъ.

В. И. Разумовскій. У ребенка съ рѣзкимъ суженіемъ пищевода черезъ желудочный свищъ провелъ бужъ à demeure въ пищеводъ; пища проходя мимо бужа, тѣмъ самымъ производила расширеніе стриктуры.

Ө. И. Синицынъ. Способъ примѣненный Разумовскимъ идентиченъ съ тѣмъ, который онъ примѣняетъ для леченія стриктуры уретры.

А. П. Прокунинъ (Москва).—Къ хирургическому леченію рака грудной части пищевода.

Коренная операція рака грудной части не снискала довѣрія хирурговъ; остается только палліативная операція—наложеніе желудочнаго свища, бужированіе же, какъ методъ опасный, работа въ темную, долженъ быть исключенъ изъ хирургіи. Докладчикъ—сторонникъ ранняго наложенія желудочнаго свища, такъ какъ помимо большей продолжительности жизни, замедляется пониженіе функциональной способности желудка. За 13 мѣсяцевъ въ Г. Х. Кл. произведено 20 операцій по способу Vitzel'я, но каналъ закладывается подъ лѣвой прямой мышцей. Кормить черезъ свищъ надо начинать какъ можно раньше, истощенныхъ уже на операціонномъ столѣ. Изъ 20 умерло въ клиникѣ 5 чел.; черезъ 5½ недѣль еще 2.

Въ возникшихъ преніяхъ одни горячо рекомендовали эту операцію, какъ избавляющую больныхъ отъ мучительной голодной смерти, большинство же, въ числѣ которыхъ были Сапѣжко, Березкинъ, Спасокукоцкій находили, что эта операція даетъ очень неутѣшительные результаты; нѣкоторыми было указано, что въ земскихъ больницахъ, гдѣ количество коекъ и такъ ограничено, подобные больные послѣ операціи являются пенсіонерами.

Засѣданіе 19 декабря. (Въ клиникѣ на Дѣвичьемъ полѣ).

А. А. Бобровъ продемонстрировалъ рядъ больныхъ: два случая гастростоміи изъ за инородныхъ тѣлъ пищевода; одинъ случай былъ осложненъ флегмоной шеи; случай эмпіемы—въ два пріема резецировано 8 реберъ; случай бугорковой эмпіемы—послѣ выкачиванія гноя впрыскиваніе въ полость іодоформной

эмульсии—улучшеніе замѣтно. Очень интересенъ случай дермоида правой плевры у 19-и лѣтней дѣвушки. Резекція реберъ; послѣоперационное теченіе съ рѣзкимъ повышеніемъ t° ; до сихъ поръ гноящаяся полость еще очень велика. Проф. Сапѣжко на вопросъ Боброва, что дѣлать, посоветалъ широко вскрыть полость и выжечь ея стѣнки—это единственный способъ, иначе смерть неизбежна. Попутно онъ сообщилъ о своемъ случаѣ, гдѣ дермоидъ окружалъ сердечную сорочку, такъ что сердце лежало какъ-бы въ шубкѣ. Изъ демонстрированныхъ препаратовъ интересны—прободеніе аорты костью застрявшей въ пищеводъ и саркома брюшной полости, гдѣ вмѣстѣ съ опухолью удаленъ кусокъ кишки, $\frac{1}{2}$ поджелудочной железы и селезенка.

Пр. В. И. Разумовскій отъ имени съѣзда поблагодарилъ А. А. Боброва за интересныя и въ высшей степени поучительныя демонстраціи.

С. П. О е д о р о в ъ (Москва).—Къ казуистикѣ излѣченія крупныхъ нервныхъ стволовъ при удаленіи опухолей шеи.

Докладчикъ привелъ 4 случая резекціи нервныхъ стволовъ при удаленіи опухолей въ надключичной области: 1) Удаленіе всего сосудистонервного пучка—вначалѣ пульсъ 114, суженіе зрачка; остался только параличъ связки 2) Удаленіе всего пучка; давленіе пинцетомъ n. vagi вызывало паденіе пульса до 35,—3-хъ вѣтвей шейнаго сплетенія, n. vi hypoglossi и n. Acc. Willisii—послѣ операціи затрудненіе глотанія (черезъ 2 недѣли осталось только поперхиваніе), параличъ голосовой связки, параличъ мышцъ шеи. 3) Резекція мелкихъ вѣтвей сплетенія имѣло слѣдствіемъ атрофію соотвѣтственныхъ мышцъ—функция конечности пострадала мало. 4) Излѣченіе длинныхъ вѣтвей сплетенія—значительное пониженіе функции конечности. На основаніи своихъ случаевъ докладчикъ считаетъ резекцію vagi операціей менѣе опасной, чѣмъ выдѣленіе его изъ опухоли.

К. М. Са п ѣ ж к о. Механическое раздраженіе vagi при операціяхъ на шеѣ сказывается, по его наблюденіямъ, только незначительнымъ замедленіемъ пульса.

Ө. И. Березкинъ.—Излѣкая V. jugularis при злокачественной опухоли долго возился съ блуждающимъ нервомъ, при чемъ рѣзкихъ измѣненій въ пульсѣ не замѣчалъ.

П. И. Д ѣ я к о н о в ъ.—Лѣтъ 7 назадъ резецировалъ сосудистонервный пучекъ; проростаніе опухоли нерва не служитъ противопоказаніемъ къ операціи.

В. И. Разумовскій. Опирируя по поводу рецидива карциномы въ железахъ былъ вынужденъ убрать весь правый сосудистый пучекъ. Больной вполнѣ оправился—остался только параличъ связки; голосъ все таки нѣсколько чище, чѣмъ вскорѣ послѣ операціи. Больной подлѣ наблюденіемъ больше года—рецидива нѣтъ.

П. И. Д ѣ я к о н о в ъ (Москва).—Предъявленіе больныхъ съ пластическими операціями на сухожильяхъ и мышцахъ при параличахъ.

1) У мальчика 3-х лѣтъ послѣ дѣтскаго паралича атрофія дельтовидной мышцы. Исходя изъ положенія, что волокна *m—li deltoidei* являются какъ-бы продолженіемъ нѣкоторыхъ волоконъ *m. trapezii*, отдѣленные другъ отъ друга только костной перекладиной, докладчикъ выкроилъ изъ обѣихъ мышцъ два лоскута, перерѣзалъ верхній лоскутъ надъ акроміальнымъ отросткомъ и подвелъ верхній лоскутъ подъ нижній, укрѣпивъ его швомъ; парализованный *m. deltoideus* долженъ былъ играть роль для здороваго *m. trapezii*. Черезъ мѣсяцъ мальчикъ уже нѣсколько отводилъ руку; такое же движеніе получается при электрическомъ раздраженіи. 2) Студентъ 28 л.—*pes varus* отъ паралича разгибателей стопы послѣ дѣтскаго паралича, часть пяточного сухожилія сшита съ периферическимъ короткой малоберцовой мышцы. Результатъ—больной наступаетъ на подошву; вновь образованное сухожиліе при примѣненіи индуктивнаго тока замѣтно напрягается. Больной болѣе доволенъ результатомъ, чѣмъ самъ докладчикъ.

В. И. Разумовскій. Операция, примѣненная у ребенка въ высшей степени оригинальна и результаты ея блестящи, во второмъ же случаѣ скорѣе былъ показанъ артротомія.

В. И. Гедройцъ-Бѣлозерова (Орловск. губ.).—Демонстрація больного съ двухсторонней *osteotomia subtrochanterica* по поводу анкилоза тазобедренныхъ суставовъ.

28-и лѣтній больной, суставы анкилозированы уже 12 лѣтъ; ноги представляли четырехугольникъ, два угла котораго колѣнные суставы. Мышцы значительно атрофированы. При операции кости поставлены подъ острымъ угломъ открытымъ кнутри; послѣоперационное леченіе съ вытяженіемъ. Теперь, черезъ годъ послѣ операции, больной ходитъ безъ помощи палки.

П. И. Дьяконовъ.—Больной интересенъ для изученія механизма ходьбы, парализованныя мышцы замѣнены другими. Результатъ надо считать прекраснымъ.

В. И. Разумовскій привѣтствовалъ докладчицу, какъ первую женщину-врача, выступившую на сѣздѣ хирурговъ.

С. Ф. Дерюжинскій (Москва).—Предъявленіе больной черезъ годъ послѣ удаленія блуждающей селезенки.

Черезъ 7 лѣтъ послѣ травмы появилась блуждающая селезенка и вызывала расстройства желудочнокишечнаго канала. Больная 16-и лѣтъ. Всѣ удаленной селезенки 638,5 имѣли дѣло съ *hypertrophia lienis chronica*. Кровь до операции: гемоглобина 95%, красныхъ тѣлецъ 4700000, бѣлыхъ 11000. Въ послѣоперационномъ теченіи гематома брюшной полости и пневмонія; черезъ 2½ мѣсяца развилась гипертрофія лимфатическихъ железъ при чемъ количество гемоглобина пало до 75%; черезъ 10 мѣсяцевъ гемоглобина 98%, красныхъ тѣлецъ 4.500.000, бѣлыхъ 16.000.

А. Н. Сахаровъ. (Саратовъ).—Хирургія селезенки.

Докладчикъ на основаніи литературныхъ данныхъ сторонникъ оперативнаго вмѣшательства при блуждающей селезенкѣ. Лично оперировалъ 1 разъ 28-и лѣтнюю женщину; въ анамнезѣ страданіе маляріей въ теченіи года, затѣмъ появилась опухоль. Въ послѣднее время тянущая боль, особенно при тряской ѣздѣ. Прежде чѣмъ наложить лигатуры на ножку селезенки, докладчикъ, приподнявъ ее, выдавилъ по возможности кровь изъ нее. Въсь удаленной селезенки 960.0. На 11 день послѣ операціи приступы лихорадки въ теченіи 8 дней—приступы прошли отъ пріемовъ хинина.

А. В. Мартыновъ.—Недавно удалилъ подвижную селезенку, при чемъ одновременно удалилъ спаянную съ ней кисту pancreas; на первыхъ порахъ гемоглобина и красныхъ тѣлецъ стало меньше, бѣлыхъ больше.

В. М. Платоновъ. Въ Екатеринбургской больницѣ удаленіе селезенки произведено 16 разъ.

Н. П. Воскресенскій. Надо думать, что удаленіе слишкомъ большихъ селезенокъ губительно для организма. При удаленіи селезенки послѣ перевязки ножки наступилъ коляпсъ съ смертельнымъ исходомъ. Удаленная селезенка вѣсила 6000.0 гр.

В. И. Разумовскій. Около 4-хъ лѣтъ назадъ удалилъ очень подвижную селезенку; черезъ годъ больная извѣстила, что чувствуетъ себя прекрасно; но едва-ли можно въ широкихъ размѣрахъ примѣнять эту операцію.

М. И. Ботезать (С.-Петербургъ)—Ирригаторъ—рукомойникъ простѣйшаго устройства для операціонныхъ комнатъ.

Кружка на штативѣ снабжена длинной резиновой кишкой, средняя часть которой лежитъ полу и снабжена нажимомъ, открывающимся нажатіемъ ноги. Вставляя различные наконечники можно пользоваться приборомъ для разнообразныхъ цѣлей. Достоинство прибора—его дешевизна—около 1 рубля.

Н. И. Напалковъ (Москва)—Приборъ для стерилизаціи и храненія ручныхъ хирургическихъ щетокъ.

Металлическая коробка, въ которой колонной лежатъ щетки, послѣ стерилизаціи ставится на особый штативъ, при нажатіи педали котораго изъ коробки выбрасывается одна щетка.

Н. И. Зябловъ (Москва).—Нѣсколько словъ о Владимировской операціи.

Чтобы получить послѣ операціи Владимирова конечность равную по длинѣ здоровой надо отъ берцовыхъ костей отнять на два сантиметра больше, чѣмъ дасть разниа разстояній лодыжекъ до подошвы и Schopart'овскаго сустава до головокъ плюсневыхъ костей. Вычисленіе сдѣлано на рядѣ измѣреній на трупахъ. Лично располагаетъ двумя случаями, въ литературѣ нашлъ 121 сл. Владимировской операціи.

К. М. Сапѣжко вмѣсто операціи Владимирова примѣняетъ обширное выскабливаніе всего пораженнаго, сохраняя надкостницу.

В. И. Разумовскій. Надо думать, что проф. Сапѣжко не совсѣмъ отрицаетъ операцію Владимірова, такъ какъ она имѣетъ свои опредѣленные показанія.

К. И. Малиновскій (Москва).—Лимфатическая система нижней конечности въ частности колѣна.

Экспериментальная работа съ налитіемъ сосудовъ по способу Sevota. Докладчикъ нашелъ что лимфатическіе сосуды сопровождаютъ артеріи.

Затѣмъ слѣдовало административное засѣданіе, въ которомъ, послѣ долгихъ дебатовъ, большинствомъ 37 противъ 30 постановлено издавать при обществѣ журналъ, въ которомъ помѣщать труды общества и рефераты русскихъ хирургическихъ работъ. Въ этомъ же засѣданіи большинствомъ голосовъ мѣстомъ 4-го сѣзда назначенъ С.-Петербургъ. Слѣдующія лица выбраны въ комиссію по организации сѣзда: Вальтеръ, Вельяминовъ, Гейнацъ, Земацкій, Зененко, Кадьянъ, Павловъ, Субботинъ, Тауберъ, Таллингъ, Трояновъ, Турнеръ и Цейдлеръ.

Програмными вопросами 4-го сѣзда поставлены слѣдующіе:

1) О средствахъ борьбы съ бугорчаткой вообще и бугорчаткой суставовъ въ особенности. 2) Объ отдаленныхъ результатахъ операцій на нервахъ 3) О непроходимости кишекъ. Кромѣ того, профессору Дьяконову поручено выработать форму отчетовъ хирургическихъ отдѣленій и хирургическую номенклатуру.

Считаю нужнымъ здѣсь же упомянуть, забѣгая нѣсколько впередъ, что рѣшено продолжать собраніе матеріала по вопросамъ о пришиваніи почекъ, о множественной резекціи и о послѣоперационной пневмоніи. Въ составъ правленія общества на слѣдующій годъ вошли: Алексинскій, Бобровъ, Дерюжинскій, Дьяконовъ, Левицкій, Мартыновъ и Рейнъ. Кандидатами: Напалковъ, Прокунинъ и Сивницъ.

И. Левинъ.

(Окончаніе слѣдуетъ).