

МЕДИЦИНСКІЯ ОБЩЕСТВА.

3-ій Съѣздъ Россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ

(Окончаніе).

Засѣданіе 20 декабря.

С. Ф. Дерюжинецкій (Москва). О послѣоперационной пневмоніи.

Послѣоперационная пневмонія встрѣчается какъ послѣ общаго, такъ и послѣ мѣстнаго наркоза; этиологическими моментами считаютъ: 1) неподвижное положеніе на спинѣ и боязнь изъ за боли въ ранѣ глубоко дышать (Czerny) 2) попаданіе пищевыхъ кусочковъ въ дыхательное горло при рвотѣ и инфекция изъ операционнаго поля въ легкія (Gerulanos) и 3) охлажденіе больныхъ на операционномъ столѣ (Gerulanos и Henle). Пользуясь цѣлымъ рядомъ хирургическихъ отчетовъ докладчикъ собралъ 43 сл. пневмоніи на 4946 операций, слѣд. 0.8% заболѣваемости, при чемъ смертность 0.4%; у 3-хъ больныхъ отмѣчены до операции бронхитъ и эмфизема; у 3-хъ аспирація слизи и въ 13 сл инфекция изъ раны. Въ остальныхъ случаяхъ этиологическій моментъ не ясенъ: иногда воспаленіе развивалось уже послѣ заживленія раны, такъ что воспаленіе нельзя ставить въ зависимость отъ операции. Часть воспаленія надо отнести на счетъ хлороформа и эфира и ихъ надо выдѣлить въ особую группу, послѣоперационной же считать только такую пневмонію, гдѣ будетъ доказана идентичность инфекціоннаго начала въ ранѣ и мокроты.

Исслѣдованіе легкихъ до операции и строгая анти-и асептика во время операции надо считать полезными профилактическими приемами.

Н. В. Синюшинъ—на 300 операций подъ хлороформомъ ни разу не видалъ пневмоніи, только 1 разъ при ущемленной грыжѣ, оперированной подъ кокаиномъ, на почвѣ бывшаго бронхита развилась катарральная пневмонія.

Я. Б. Зельдовичъ. На 54 ущемленныхъ грыжи пневмонія 5 разъ; на 32 коренныхъ грыжесъченія пневмонія 2 раза; заболѣвали въ возрастѣ отъ 57—76 л. Всѣ выздоровѣли. На 50 сл. операций непроходимости—воспаленіе 2 раза, оба смертельны; на 74 операции аппендицита пневмонія 10 разъ съ 3-мя смертельными исходами. Послѣ операций на желчныхъ путяхъ послѣоперационная пневмонія ни разу не наблюдалась.

П. Н. Михалкинъ. На 120 грыжесъченій пневмонія 7 разъ всѣ алкоголики.

А. А. Кадьянъ. 308 наркозовъ бромъ-этиломъ—ни одного воспаленія легкихъ; 464 хлороформныхъ наркозовъ—пневмонія 1 разъ при операции ущемленной грыжи; 534 эфирныхъ нарк. пневмонія 4 раза; надо думать, что при наркозѣ эфиромъ воспаленіе легкихъ встрѣчается чаще.

У. Ф. Земацкій. Въ развитіи послѣоперационной пневмоніи играютъ роль 1) эмболии изъ раны—воспаленіе развивается на 5—6 день и 2) экхимозы въ тканяхъ легкаго при артеріосклерозѣ.

А. Г. Залого. Опириуя на нагрѣваемомъ столѣ на 300 операций подъ хлороформомъ не имѣлъ ни одной пневмоніи.

В. М. Платоновъ—при операцияхъ съ спинномозговой анальгезіей по Bier'у не видалъ послѣоперационной пневмоніи.

О. А. Юцевичъ. Лѣтомъ и зимой послѣоперационныя пневмоніи рѣдки весной и осенью особенно при эпидеміяхъ гриппа, онѣ встрѣчаются чаще.

В. И. Разумовскій. Тотъ фактъ, что послѣ операций на желчныхъ путяхъ, когда рана зашивается съ тампономъ, послѣоперационная пневмонія не встрѣчается, заставляетъ предлагать, что нѣкоторую роль въ развитіи пневмоніи играетъ зашиваніе наглухо брюшной раны. Вопросъ о послѣоперационной пневмоніи надо разработать по заранѣе выработанной программѣ.

А. В. Мартыновъ (Москва). О пришиваніи подвижной почки (разработка полученныхъ правленіемъ 74 карточекъ) Изъ оперированныхъ (63 м. и 11 ж.) только 30 чел. занимались физическимъ трудомъ; больше случаевъ въ возрастѣ до 40 л. Какъ этиологическій моментъ отмѣчены: быстрое исхуданіе 8 разъ, исхуданіе въ связи съ другими причинами 7 разъ, подъемъ тяжестей 8 разъ, частая беременность 8 р., паденіе 9 разъ, хроническіе запоры 3 раза, сильная рвота 1 разъ, опущеніе внутренностей 1 разъ и причина неизвѣстна 27 р. Правая почка 65 разъ, лѣвая 6, обѣ 3. Почка прощупывалась въ глубинѣ, смѣщена незначительно, подвижность ограничена—12 разъ, почка въ подреберьѣ—31 сл., почка очень подвижна и низко стоитъ 20 разъ. Тяжесть клиническихъ явленій не стоитъ ни въ какой прямой зависимости отъ степени смѣщенія почки. Анурия отъ перегиба мочеточника 1 разъ. Перемежающійся гидронсфрозъ 1 разъ. Операция, за исключеніемъ одного случая, производилась черезъ поясничный разрѣзъ; 23 раза почечная сумка не вскрывалась, фиксация обычно шелкомъ черезъ сумку или вещество почки къ

мышцамъ; въ двухъ случаяхъ къ ребрамъ. Исходъ операціи—2 смертельныхъ, 7 неуспѣшныхъ; изъ остальныхъ, выписавшихся съ улучшеніемъ, отъ 21 получены благопріятныя свѣденія, а объ остальныхъ 44 свѣденій не получено. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, несмотря на достигнутую фиксацію ноги, боли не прекращались. Способъ операціи не играетъ роли въ смыслѣ отдаленныхъ успѣховъ фиксаціи, большую роль играютъ причины подвижныхъ—при опредѣленныхъ причинахъ (травма, поднятіе тяжести), предсказаніе лучше, чѣмъ при неуловимыхъ, какъ-то отъ анатомическихъ условій. Сначала надо испытать мирныя средства (массажъ стѣнокъ, поясъ) и только въ случаѣ неудачи—операція.

Желательно дальнѣйшее собраніе матеріала по нѣсколько видоизмѣненной карточкѣ.

В. И. Разумовскій. Русскіе хирурги положили много труда на разработку вопроса о подвижной почкѣ и мы видимъ теперь, что операція эта представляетъ нѣкоторые опасности, не всегда успѣшна, а поэтому показанія къ ней должны быть точно выработаны. Дальнѣйшее собраніе безспорно желательно.

О. А. Юцевичъ (Елизаветградъ). Къ вопросу о резекціи мелкихъ костей стопы.

Докладчикъ совѣтуетъ пользоваться разрѣзомъ Obalinsk'аго—разрѣзъ черезъ всю стопу, начиная между 3 и 4 пальцами; если въ процессъ вовлечены еще пятая и таранная, то разрѣзъ продолжать кверху и тогда легко сдѣлать резекцію голеностопнаго сустава.

Выгоды метода: широкій доступъ и функція мало или почти совсѣмъ не нарушается. Докладчикъ привелъ 3 наблюденія

Ө. И. Синицынъ. При бугорчаткѣ операціи лучше не дѣлать, такъ какъ возможна диссеминація.

Ө. А. Юцевичъ. Едва ли можно согласиться съ Ө. И. Синицынымъ, такъ какъ, удаляя бугорковый очагъ, мы ставимъ организмъ въ лучшія условія.

П. И. Дьяконовъ.—При резекціи мелкихъ костей лучше пользоваться разрѣзами дающими болѣйшій просторъ.

С. Ф. Чижъ (Москва).—Пересадка мышцъ для закрытія дефекта стѣнки живота.

Демонстрація больной 24-хъ лѣтъ у которой по поводу большого дефекта брюшной стѣнки надъ lig Poupartii произведена 2 мѣсяца назадъ слѣдующая операція: обнаженъ m. sartorius, перерѣзанъ на разстояніи 30 с. отъ sp. oss. ilei ant. sup. (ниже мѣста вхожденія въ него нерва), протянуть къ дефекту черезъ отверстіе въ апонѣвровѣ наружней крсой мышцы и тамъ фиксированъ; такимъ образомъ брюшная стѣнка восстановлена и при сгибаніи ноги пересаженная мышца напрягается. На лицо только небольшая анестезія на передненаружной сторонѣ бедра.

В. И. Разумовскій. Идея пересаживать мышечный лоскутъ съ сохраненнымъ нервомъ должна быть признана въ высшей степени удачной.

Р. О. Венгловскій. Обь этиологии грыжъ.

Паховой промежутокъ бываетъ овальный съ высотой до 1. 5. с. и треугольный съ высотой до 2 с; при высотѣ треугольнаго промежутка 2, 5—грыжа была на лицо. При овальной формѣ *m. obliquus* и *transversus*, перекидываясь надъ канатиномъ, достигаютъ лобковыхъ костей, чего нѣтъ при треугольной формѣ, при которой стѣнка на нѣкоторомъ протяженіи лишена мышечнаго слоя, канатинокъ прохдитъ прямѣ *gsp.* путь для грыжи короче.

У женщинъ промежутокъ овальный. Исслѣдованіе на зародышахъ показало, что если паховой тяжъ пройдетъ ближе къ *m. rectus*, то разовьется треугольный промежутокъ, если дальше отъ него, то овальный. Исслѣдованіе промежутковъ на операционномъ столѣ показало, что въ большинствѣ случаевъ (63 изъ 77) промежутокъ былъ треугольный съ высотой отъ 2. 5. до 6 с. Въ 39 сл. апоневрозъ былъ развитъ хорошо, слѣд. ему нельзя приписывать удерживающую роль, послѣднюю могутъ играть только мышцы, а поэтому при операціи надо закрывать отверстіе мышцами—только они способны оказать активное сопротивленіе постоянному внутрибрюшному давленію.

В. В. Шмидтъ (Бѣлый) Къ хирургіи ущемленныхъ грыжъ.

Разсѣкая при ущемленной грыжѣ кольцо герниотомомъ получилъ разрывъ омертѣвшей кишки—смертельный исходъ; послѣ этого въ остальныхъ 9 случаяхъ онъ разсѣкалъ кольцо снаружи внутрь, производя кожный разрѣзъ какъ при коренной операціи. Выгода—все дѣлается подъ контролемъ глаза.

А. А. Флоровъ (Севастополь) Къ хирургіи ущемленныхъ грыжъ.

Докладчикъ привелъ исторіи болѣзни 10 случаевъ (4 сл. съ омертвѣніемъ). На основаніи своего опыта рекомендуетъ внѣбрюшинную фиксацію ущемленной петли; если черезъ 2 дня кишка нормальна, то она вправляется, въ противномъ случаѣ резецируется. При запущенныхъ случаяхъ ущемленныхъ грыжъ, когда больные истощены—достаточно наложить *anus protes.*, чѣмъ иногда удается спасти больного, такъ какъ болѣе серьезнаго вмѣшательства больной не перенесетъ бы.

В. Г. Лѣсовой. 69 грыжъ, леченныхъ оперативно въ дальнеконстантиновской участковой сельской больницѣ.

Докладчикъ стоитъ за оперативное леченіе грыжъ, такъ какъ бандажи мало помогаютъ. Лучшимъ и болѣе надежнымъ для людей занимающихся физическимъ трудомъ является способъ Bassini. Каждый участковой врачъ долженъ дѣлать грыжесѣченія.

Пренія послѣ этихъ докладовъ вертѣлись около спорнаго вопроса какъ поступить съ гангренозной петлей при ущемленныхъ грыжахъ. Сапѣжко, Оедоровъ, Алексинскій и Красинцевъ считаютъ обязательной немедленную резекцію. Мар-

тыновъ, Юцевичъ и Лѣсовой—въ интересахъ больного, особенно при инфекціи грыжевого мѣшка произвести фиксацію омертвѣвшей кишки; когда же рана очистится, тогда приступить къ резекціи.

Передъ началомъ вечерняго засѣданія группа врачей заявила о желаніи возобновить утреннія пренія. Съѣздъ согласился на это и пренія были возобновлены послѣ доклада Б. С. Козловскаго.

Б. С. Козловскій. (Смѣла) Операция при ложно вправленныхъ грыжахъ (*reduction en bloc*.)

Докладчику пришлось оперировать по этому поводу 3 раза: 1) У больного 18 л. вскорѣ послѣ вправленія правой паховой грыжи развились явленія непроходимости и воспаленія брюшины; на 4 день чревосѣченіе, отысканъ мѣшокъ и освобождена здоровая петля. Выздоровленіе. 2) Подобный же случай у больного 45 л., операция на 6 день; выздоровленіе. 3) У 35 лѣт. больного явленія непроходимости послѣ вправленія правой грыжи. Въ правой половинѣ мошонкѣ опухоль въ куриное яйцо, дряблая, ненапряженная, дающая зыбленіе и тупой тонъ при постукиваніи; выше ея у наружнаго пахового отверстия другая опухоль, представляющая всѣ признаки ущемленной грыжи; операция на 4-й день по Bassini—каналъ вскрытъ, опухоль черезъ каналъ протянута наружу—это былъ грыжевой мѣшокъ съ ущемленной петлей тонкихъ кишекъ; разрѣзъ шейки мѣшка, освобожденіе петли; выздоровленіе. Если заранѣе распознано, что причиной непроходимости является вправленіе *en bloc* ущемленной грыжи, то разрѣзъ надо дѣлать какъ для коренного грыжесѣченія, въ противномъ случаѣ обычный срединный разрѣзъ.

Пренія по вопросу о способахъ операции ущемленныхъ грыжъ.

К. М. Сапѣжко. Только два способа ущемленныхъ грыжъ—вправленіе съ одной стороны и резекція съ другой; на какомъ изъ этихъ способовъ остановиться всецѣло зависитъ отъ состоянія кишки т. е. отъ строго опредѣленныхъ признаковъ жизни или смерти ея.

Главнымъ признакомъ утраченной жизнеспособности считаю плотность мѣстами брыжейки, затѣмъ помутнѣніе *serosae*, потерю *turgor'a*—кишка собирается въ складки какъ мертвая ткань—здѣсь резекція обязательна; первичная резекція даетъ хорошіе результаты, и для нея, по моему, не могутъ служить противопоказаніемъ ни наличность флегмоны, ни состояніе больного. Если больной такъ плохъ, что умираетъ, то онъ умираетъ. Если Вы примѣните временную фиксацію ущемленной кишки, то остается во всей силѣ угнетающее вліяніе ущемленія на сердце, такъ какъ даже вскрытіе ущемленной кишки не гарантируетъ полнаго выдѣленія содержимому, дается поводъ къ распространенію инфекціи изъ затромбозированныхъ венъ брыжейки ущемленной петли, возможны пролежни кишки отъ упиляющаго грыжевого кольца—пролежень же совершенно свободно можетъ вызвать флегмону и общій перитонитъ. Является вопросъ, что же Вы дѣлаете для

больного? Итти прямо къ грыжевому кольцу, чтобы разсѣчь его и затѣмъ уже произвести резекцію считаю непозволительнымъ, такъ какъ этимъ чистую брюшную полость ставимъ въ сообщеніе съ зараженной полостью грыжевого мѣшка. Во всѣхъ случаяхъ гангрены кишки даже при флегмонѣ мѣшка поступаю слѣдующимъ образомъ—дохожу до грыжевого мѣшка, выдираю его, тщательно дезинфецирую гангренозную кишку, обливаю все поле *t-rae jodi* со спиртомъ и, обложивъ все операционное поле стерилизованными салфетками, разсѣкаю кольцо и резецирую кишку.

А. А. Ка д ѣ я н ѣ. Мы не можемъ говорить о строго опредѣленномъ способѣ операціи ущемленныхъ грыжъ, такъ какъ имѣемъ дѣло не съ болѣзнью, а больнымъ. Каждый случай приходится индивидуализировать. Прежде всего нужно устранить ущемленіе разсѣченіемъ грыжевого кольца и затѣмъ, вытянувши кишку и осмотрѣвъ, рѣшить какъ поступить съ ней; если она здорова, она вправляется обратно и производится обычная радикальная операція; если подозрительна, вводится въ брюшную полость на тампонѣ; если нѣкоторые участки потеряли свою жизненность, ихъ обшиваютъ серознымъ покровомъ. При гангрентъ кишки—резекція, но только въ томъ случаѣ, если можно рассчитывать на силы больного, такъ какъ резекція—операція трудная и даетъ солидный % смертности; въ противномъ случаѣ или *enteroanastomosis*, или *anus praetern*. Если къ ущемленію присоединяется флегмона мѣшка, то брюшная полость не зашивается, а вводится тампонъ.

А. В. М а р т ы н о в ѣ. Вполнѣ присоединяясь къ взглядамъ А. А. Ка д ѣ я н ѣ, считаю нужнымъ добавить, что едва ли можно какими угодно манипуляціями септическую полость привести въ асептическое состояніе.

Я. Б. З е л ь д о в и ч ѣ. Г. Ф. Цейдлеръ поступаетъ идентично съ А. А. Ка д ѣ я н о м ѣ, но только тамъ гдѣ нельзя дѣлать резекціи исключительно накладываетъ *anus praetern*, для чего при флегмонозныхъ грыжахъ пользуется ущемленной петлей. Первичная резекція, которая практиковалась раньше, изъ-за большого % смертности, оставлена. Простой *anus praetern*, при флегмонозной ущемленной грыжѣ спасаетъ иногда и такихъ больныхъ, про которыхъ проф. Сапѣжко говоритъ, что «если больной умираетъ, то онъ умретъ». Еще недавно пришлось оперировать старуху почти безъ пульса; наложенъ *anus praetern* и старуха поправилась.

К. М. С а п ѣ ж к о. — Я не вижу существенной равницы между моими взглядами и взглядами А. А. Ка д ѣ я н ѣ и не понимаю, почему операція *enteroanastomosis* или *anus praeternat*.—болѣе простая и болѣе скорая чѣмъ, резекція? Вѣдь резекцію можно произвести въ 10—12 минутъ.

Б. С. К о з л о в с к і й. Если оставить гангренозную кишку внѣ брюшной полости, мы не гарантированы отъ выпаденія внутренностей при рвотѣ и отъ проникновенія инфекции въ брюшную полость; дѣлая энтероанастомозъ, мы оставляемъ омертвѣвшую кишку и подвергаемъ больного возможности септической

эмболии. Все это устраняется при резекции, которая не долгие и не труднее enteroanastomos'a. Если больной находится въ тяжеломъ состояніи, то можно оперировать при мѣстномъ наркозѣ кокаиномъ.

Ф. И. Берзкинъ. Я хотѣлъ бы указать, что при опредѣленіи жизнеспособности ущемленной кишки надо обращать вниманіе на состояніе слизистой оболочки ея; послѣдняя умираетъ гораздо раньше другихъ слоевъ.

П. Н. Михалкинъ. Оперировалъ по поводу гангренозныхъ ущемленныхъ грыжъ 12 разъ. Прежде всего разсѣкаю кольцо; омертвѣвшія участки ввертываю, обшиваю, а затѣмъ произвожу радикальное грыжесѣченіе; если гангрена и флегмона обширны и можно ожидать инфекцію брюшной полости—то ограничиваюсь anus praetern.; результаты хороши. Приступать въ подобныхъ случаяхъ къ резекціи при недостаткѣ ассистенціи не совсѣмъ легко.

Л. А. Флоровъ. Въ земствѣ приходится иногда имѣть дѣло съ такими запущенными случаями, что нельзя и думать о резекціи, а только о стока гангренозныхъ массъ.

А. А. Бобровъ. Если ущемленная кишечная петля мертва, то надо резецировать ее; но, если ущемленіе осложнено флегмоной грыжевого мѣшка, причемъ въ процессъ всегда вовлекается подкожная клетчатка и кожа, надо ограничиться вскрытіемъ флегмоны и дренированіемъ ея полосками марли. Гангренозную кишку можно вскрыть сейчасъ-же или ждать самопроизвольнаго вскрытія ея. Разсѣкать же грыжевое кольцо рискованно, такъ какъ этимъ можемъ нарушить имѣющееся на лицо благодаря сращеніямъ отграниченіе брюшной полости отъ инфицированнаго мѣшка. Едва ли можно считать вѣрнымъ пріемомъ опредѣленія жизнеспособности кишки по состоянію брыжейки, такъ какъ разница между величиной брыжейки и соотвѣтствующей ей петли очень велика.

К. М. Сапѣжко. Разъ имѣется флегмона мѣшка, мы имѣемъ уже дѣло съ перитонитомъ, гдѣ лапаротомія безусловно показана. Въ этихъ случаяхъ хороший дренажъ брюшной полости, тампонъ Mikulicz'a повышаетъ шансы на выздоровленіе; тогда какъ простое вскрытіе флегмоны безъ устраненія ущемленія едва ли окажетъ существенную пользу больному.

І. Ф. Земацкій. Резекція гангренозной кишки при ущемленіи должна считаться идеаломъ для хирурга; въ молодые годы я принципиально такъ и поступалъ, но теперь я болѣе остороженъ и готовъ уступить т. е. наложить anus praeternat.

В. И. Разумовскій (резюме преній). Большинство высказываются за первичную резекцію кишки при гангренозной ущемленной грыжѣ и допускаютъ другого рода операцію какъ уступку нѣкоторымъ условіямъ и обстановкѣ, въ которыхъ приходится работать земскимъ товарищамъ. Принимая во вниманіе что на

съѣздъ мало больничныхъ хирурговъ, которые имѣютъ наибольшій опытъ по данному вопросу, не найдетъ-ли возможнымъ съѣздъ поставить этотъ вопросъ программнымъ на одинъ изъ будущихъ съѣздовъ.

Съѣздъ согласился съ этимъ предложеніемъ председателя съѣзда В. И. Разумовскаго.

К. М. Сапѣжко (Одесса). О гонококкѣ.

Я выслушалъ такъ много интереснаго на съѣздѣ, что мнѣ стыдно уѣзжать, не подѣлившись своими личными наблюденіями. Я буду говорить о гонококкѣ; подробно эта работа выйдетъ въ скоромъ времени въ печати. Всѣмъ извѣстна та роль, которую играетъ этотъ микробъ въ цѣломъ рядѣ глазныхъ и женскихъ заболѣваній; теперь я хочу остановить вниманіе съѣзда на значеніи гонококка въ заболѣваніи суставовъ. Инфекція можетъ быть и внѣполовой: ко мнѣ обратилась дѣвушка 19 л., *virgo intacta* съ гонорройнымъ заболѣваніемъ сустава; при тщательномъ анамнезѣ оказалось, что она не задолго до заболѣванія имѣла ссадину на пальцахъ, которымъ она, акушерка по профессіи, производила исследование. Набросавъ яркую клиническую и патологоанатомическую картину, докладчикъ говорить, что характернымъ для этого заболѣванія является его острое начало, больные прекрасно и точно помнятъ часъ наступленія болѣи: «Спрашиваю у больного, когда онъ заболѣлъ и онъ точно отвѣчаетъ въ такой то день, въ такой то часъ»; конечно, это не единственный, но зато весьма характерный признакъ гонорройнаго заболѣванія. Другимъ характернымъ признакомъ является безсонница и сильныя боли. Патологоанатомическія измѣненія часто гнѣздятся въ клѣтчаткѣ окружающей суставъ, въ самомъ суставѣ, хотя иногда, несмотря на сильное воспаленіе въ самомъ суставѣ, можемъ имѣть только нѣсколько капель гноя. Гонококкъ сильно поражаетъ суставные хрящи, чѣмъ и надо объяснить громадную склонность къ развитію анкилоза при гонорройномъ страданіи: суставныя сумки раздуты, стягиваются. Имѣя все это въ виду, при леченіи я примѣняю какъ можно раньше вытяженіе, чѣмъ дѣйствительно и предупреждаю наступленіе анкилоза. Относительно леченія могу сказать слѣдующее: если и есть въ медицинѣ специфическія средства, но несомнѣнно такимъ является іодоформная эмульсія вприснутая въ пораженный суставъ въ количествѣ 10 гр. Иногда достаточно одного вприскиванія, чтобы успокоить боли — вприскивать надо въ суставъ, въ самое болѣзненное мѣсто: «тщательно ищите это мѣсто и не смотря на стоны больного, Вы найдете самое болѣзненное мѣсто и только туда и вприскивайте; при заболѣваніи мелкихъ суставовъ руки вприскиваніе надо дѣлать во всѣ закомки. Я помню больного съ гонорройнымъ заболѣваніемъ лучезапятнаго сустава, который 30 дней не сидѣлъ съ кресла, неподвижно втянувъ руки на подушки; страшныя боли въ рукахъ не позволяли ему пошевеливаться — другіе его кормили. Достаточно было вприснуть 1 десятигр. шприцовку іодоформной эмульсіи, какъ на другой же день боли утихли и т^о спала. Неправильное мнѣніе, что при гонорреѣ поражаются отдѣльныя суставы, мнѣ лично приходилось видѣть множественность заболѣванія.

Гонорройное заболѣваніе встрѣчается чаще, чѣмъ это думаютъ, но подобные больные лежатъ въ терапевтическихъ палатахъ подъ діагнозомъ *polyarthritis rheumatica acuta*. Быть можетъ *arthritis deformans* окажется также отдаленнымъ послѣдствіемъ гонорройнаго измѣненія суставовъ.

Ө. И. Синицынъ. Проф. Сапѣжко, надо сознаться, сильно раскрасилъ нарисованную имъ картину, потративъ на это много времени; чтобы «раскрасить» надо еще больше времени, какового у сѣзда лишняго нѣтъ.

І. Ф. Земацкій. Пришлось наблюдать случай, гдѣ перелой сослужилъ добрую службу.

Больной съ упорнымъ *lichen ruber* заболѣваетъ перелоемъ—*lichen* исчезаетъ; черезъ нѣсколько лѣтъ снова появляется *lichen*—опять заболѣваетъ перелоемъ и *lichen* снова исчезаетъ. Лечение этого *lichen* гонококковой вытяжкой—и *lichen* больше не появлялся.

Проф. Сапѣжко влилъ, такъ сказать, въ одинъ горшокъ такіа разнородныя заболѣванія какъ гонорройный артритъ, ревматическій полиартритъ и *arthritis deformans*, въ чемъ можно сомнѣваться.

К. М. Сапѣжко. Я не говорю больше, чѣмъ знаю. Никому не навязываю свою мысль на вѣру. Единственное мое желаніе, чтобы товарищи, которые работаютъ въ сосѣдствѣ съ терапевтическимъ отдѣленіемъ провѣрили мои наблюденія; пусть они поизслѣдуютъ уретру у ревматиковъ и не только раздвиганіемъ краевъ ея и выдавливаніемъ, а немного пораздражайте ее впрыскиваніемъ янписа и сдѣлайте постѣвы и Вы въ 90% найдете гонококкъ, за это я ручаюсь. На одномъ изъ слѣдующихъ сѣздовъ они подѣлятся этими наблюденіями съ нами, тогда увидимъ, кто былъ правъ.

В. И. Разумовскій. Если проф. Сапѣжко и увлекается, зато онъ обладаетъ способностью увлекать и другихъ, почему нельзя не поблагодарить его за такой интересный докладъ.

А. Ф. Гогманъ. (Москва) Къ вопросу о діагностикѣ и леченіи опухолей толстыхъ кишекъ.

Разработка казуистики изъ Ф. Х. Кл. Боброва. Руководящей нитью для діагностики служитъ постепенность нарастанія суженія кашекъ при соответственномъ возрастѣ и развитіе явленій кахексін. Пальпация даетъ увѣренность въ діагностикѣ. Въ 2 случаяхъ операція не производилась (1 сл. диссеминація и слабость, въ 2-омъ достаточная проходимость кишечника)

Въ одномъ случаѣ изъ-за слабости больного и сильного вздутія кишечника ограничились наложеніемъ *anus praetern.*; въ двухъ случаяхъ пробная лапаротомія, такъ какъ опухоль удалить нельзя было, а проходимость была удовлетворительна; 2 раза была примѣнена резекція кишекъ и 4 раза энтероанастомозъ. На основаніи наблюденій въ клиникѣ Боброва при туберкулезномъ пораженіи кишечника луч-

шіе результаты получаютъ отъ простаго энтероанастомоза; резекцію надо считать въ этихъ случаяхъ противопоказанной.

С. И. Спасокукоцкій. Мнѣ пришлось 4 раза оперировать по поводу новообразованія толстыхъ кишекъ; случаи попались такіе гдѣ свободно можно было прибѣгнуть къ резекціи. Въ одномъ случаѣ смертельный исходъ.

Засѣданіе 21 декабря.

В. И. Разумовскій. (Казань) О хирургическомъ леченіи суженій тонкой кишки.

Изложивъ литературу вопроса докладчикъ привелъ исторію болѣзни 6-лѣтняго мальчика у котораго наблюдалось рѣзкое страданіе—сифилитическое суженіе тонкой кишки. (Сл. докладчика 5-ый). Сифилис у ребенка приобретенный (бытовой); страданіе развилось довольно остро, выражается болями въ животѣ, рвотами и упорными запорами; боли періодически то усиливаются, то ослабѣваютъ; сильное истощеніе. Въ животѣ, нѣсколько ниже пупка вздутіе; главною видною поперечно идущія раздутыя кишечныя петли. При операціи кольцевидное, шириной въ палецъ суженіе тощей кишки, на ощупь—эластическій, плотный воспалительный инфильтратъ. Выше суженія кишки раздуты, ниже въ видѣ спавшейся ленты. Serosa на мѣстѣ суженія безъ блеска, мѣстами эрозіи и налетъ; брыжеечныя железы увеличены. Энтероанастомозъ между приводящимъ и отводящимъ отрѣзкамъ. Въ послѣопераціонномъ теченіи расхождение въ нижнемъ углу кожной раны. Всѣ явленія тотчасъ послѣ операціи прекратились и больной быстро поправился. Черезъ 13½ мѣс. больной осмотрѣнъ: выросъ, окрѣпъ, вѣсъ съ 18,7 дошелъ до 25 kilo. Специфическаго леченія не продолжалось. Въ 4 остальныхъ случаяхъ изъ литературы была примѣнена резекція—выжилъ только 1. Второй случай докладчика относится къ женщинѣ 25 л. Въ анамнезѣ хроническіе запоры; съ мая 1901 г. рѣзкія боли въ животѣ, вздутіе и урчаніе. Боли приступами. Послѣ терапевтическаго леченія нѣкоторое улучшеніе, но потомъ все снова и приступы болѣе чаще. Порядочно истощена; около пупка вздутіе, при боляхъ рѣзче выраженное. Звукъ плеска. При операціи 16/xi 1901 г. найдена сильная инъекція обоихъ листковъ брюшины, два суженія на разстояніи 40 сант. другъ отъ друга, при чемъ верхнее не полное кольцо, проходимо, нижнее—кольцевидный инфильтратъ шириной въ палецъ. Энтероанастомозъ между приводящей и отводящей петлями (по отношенію къ нижней стриктурѣ). Гладкое выздоровленіе—боли исчезли.

Считая эти стриктуры туберкулезными, больную отправили на кумысъ; черезъ 10 мѣсяц. осмотрѣна—съ 48 дошла до 68½ kilo. Беременная 7 м., черезъ 2 м. разрѣшилась отъ бремени. При стриктурахъ туберкулезнаго происхожденія пред-