

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 суженой 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). Сифились у ребенка приобрѣтенный (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; главо́мъ видны поперечно идущія раздутыя кишечныя петли. При операціи кольцевидное, шириной въ палець 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 послѣсперационномъ теченіи расхожденіе 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 кіло. Специфическаго леченія не продѣлывалось. Въ 4 остальныхъ случаяхъ изъ литературы была примѣнена резекція—выжилъ только 1. Второ́й 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 палець. 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 кіло. Беременная 7 м., черезъ 2 м. разрѣшилась отъ бремени. При стриктурахъ туберкулезнаго происхожденія пред-

почительно соустріе изсѣченію. При операціяхъ на кишечникъ докладчикъ накладываетъ 2 ряда швовъ, при чемъ сервосерозный кѣтгутый, а на остальные слои уже два года по совѣту К. М. Сапѣжко серебряный. За послѣднее время докторъ Петрулисъ предложилъ замѣнить серебряную кадміевою, рассчитывая на ея равсываемость. Въ одномъ случаѣ докладчикъ примѣнилъ ее: надъ этой проволокой д-ръ Петрулисъ ставитъ опыты.

В. В. Ш м и д т ъ. (Бѣлмй) Полипъ тонкой кишки, послужившій причиною инвагинаціи.

Демонстрація препарата тонкой кишки, резецированной по поводу острой непроходимости, вызванной полипомъ на ножкѣ, величиной съ грецкій орѣхъ.

О. А. Ю ц е в и ч ъ. Въ своемъ уже описанномъ случаѣ сифилитическаго суженія кишекъ наложилъ энтероанастомозъ съ благоприятнымъ исходомъ.

Ө. И. Б е р е з к и н ъ. 4 раза пришлось наблюдать суженіе тонкихъ кишекъ послѣ вправленія ущемленныхъ грыжъ—получается катарръ кишекъ ведущій къ рубцеванію. Въ виду обширныхъ срощеній здѣсь резекціи произвести нельзя—нужно наложить энтероанастомозъ.

П. А. Г е р ц е н ъ—имѣлъ два случая инвагинаціи кишки; въ одномъ тонкая выѣдрилась въ толстую—обширная резекція; показанъ препаратъ.

А. А. Б о б р о в ъ—у 2-хъ лѣтъ, ребенка при туберкулезномъ суженіи кишекъ произвелъ энтероанастомозъ съ хорошимъ результатомъ. Вообще при суженіи тонкихъ кишекъ предпочитаютъ энтероанастомозъ резекціи. Швы употребляютъ шелковые.

П. И. Д ѣ я к о н о в ъ, признавая цѣлесообразность металлическихъ швовъ вообще, при операціяхъ надъ желудочнокишечнымъ каналомъ исключительно употребляетъ шелкъ и не видитъ надобности замѣнять его другимъ матеріаломъ.

А. В. М а р т ы н о в ъ. Въмѣсто шелка рекомендую ввести льняныя нити, которыя во много разъ дешевле шелковыхъ.

Д. И. Т а т а р и н о в ъ. (Москва) По поводу операціи кругового вырѣзыванія слизистой оболочки прямой кишки при геморроѣ.

Докладчикъ, давъ патологоанатомическую картину болѣзни, сообщилъ о 92 сл. оперированныхъ въ Г. Х. Кл. Дьяконова по Whitehead'у. Въ 10 случаяхъ первые 5—10 дней послѣ операціи больные, благодаря анестезіи слизистой, не отличали жидкія испражненія отъ газовъ; недержание кала наблюдалось 2 раза, но зависѣло отъ страданія нервной системы; суженіе 5 разъ въ зависимости отъ отхожденія слизистой отъ кожи. Докладчикъ совѣтуетъ работать въ здоровыхъ тканяхъ, для чего не оперировать при воспаленіи толстыхъ кишекъ и резецировать слизистую выше. Способъ этотъ болѣе радикаленъ, чѣмъ перевязка узловъ.

А. А. Бобровъ. Наблюдалъ 3-хъ больныхъ оперированныхъ по Whitehead'у проф. Дьяконовымъ; у 2-хъ было суженіе, у 1-го недержаніе. Нѣтъ никакой необходимости въ этомъ способѣ.

П. И. Дьяконовъ. При этомъ способѣ удаляется все, что поражено. Встрѣчаются суженія и послѣ простой перевязки и отжиганія. Кромѣ того, у больного съ недержаніемъ кала, о которомъ говоритъ Бобровъ, наблюдалось и недержаніе мочи, такъ что этого нельзя поставить въ упрекъ способу.

И. К. Спичарный. Оперировалъ геморрой болѣе 300 разъ и всегда по старымъ способамъ и не вижу основаній отказываться отъ нихъ—они болѣе просты, производятся безъ наркоза общаго и результаты отличны. Способъ же Whitehead'a сложнѣй и не лишенъ послѣдовательныхъ осложнений.

Розановъ. Оперирую по Whitehead'у при мѣстной анестезіи кокаиномъ.

Д. И. Татаринъ. Только благодаря предлагаемому способу мы познакомились съ патологоанатомической картиной геморроя; удаляемъ пораженное сознательно при контролѣ глазомъ.

Н. И. Напалковъ. Послѣоперационныя осложненія встрѣчаются одинаково часто при всѣхъ способахъ; операція вовсе не сложна, результаты послѣ нея болѣе прочны; больные уже на 4 день на ногахъ. Суженіе встрѣчается послѣ расхожденія швовъ, для чего и нужно оперировать въ здоровыхъ тканяхъ.

Гоппель. При легкомъ геморроѣ достаточно расширение жома по Субботину; при болѣе тяжелыхъ—перевязка и отжиганіе; при самыхъ тяжелыхъ операція Whitehead'a.

Б. С. Козловскій. (Смѣла) Къ казуистику новообразованій изъ остатковъ ductus omphaloentericus.

Демонстрація препаратовъ изъ опухоли въ воложскій орѣхъ, расположенной по linea alba между пупкомъ и лобкомъ, къ которымъ шли тяжи; она была болѣзненна и спаяна съ брюшными стѣнками. Больному 65 л., появилась 7 лѣтъ назадъ. Опухоль вмѣстѣ съ тяжами удалена. Микроскопическій діагнозъ—fibroadenoma submalignum. У другого больного 34 лѣтъ свищевой ходъ ниже пупка ведетъ въ полость. При операціи вскрыта полость съ голубиное яйцо выстланная вялыми грануляціями съ фиброзными стѣнками—расположена надъ fascia transversalis abdominis. Выскабливаніе—выздоровленіе.

П. И. Дьяконовъ. О желчнокаменной болѣзни.

По даннымъ литературы въ Россіи оперировали по поводу каменной болѣзни всего 52 раза, съ 7 смертельными исходами. Протоколы вскрытій различныхъ анатомическихъ театровъ также указываютъ на то, что желчнокаменная болѣзнь въ Россіи встрѣчается довольно рѣдко. Діагностика заболѣванія не всегда легка, можно смѣшать съ артралгіей. Изученіе литературы и личная опытность поз-

воляют докладчику сдѣлать слѣдующіе выгоды: 1) существованіе камня въ желчномъ пузырьѣ и въ пузырномъ и въ общемъ желчныхъ протокахъ слѣдуетъ считать страданіемъ очень опаснымъ, какъ вслѣдствіе вызываемыхъ камнями механическихъ разстройствъ въ желчотдѣленіи, такъ еще болѣе вслѣдствіе осложненій воспалительнаго свойства, которыя развиваются со стороны пузыря, протоковъ и прилежащихъ органовъ. 2) Распознаваніе желчныхъ камней во многихъ случаяхъ трудно, но оно можетъ упроститься путемъ технической разработки применения съ этой цѣлью Рентгеновскихъ лучей. 3) Во всякомъ распознанномъ случаѣ желчнокаменной болѣзни показана операція. 4) Простая холецистомія какъ операція коренная, должна производиться чаще. При сомнѣніяхъ въ свободной проходимости желчи она должна быть замѣнена холецистоміей. Другія операціи (цистикотомія, холедохотомія) показаны рѣже—при прочномъ положеніи камня въ протокъ.

В. М. Платоновъ. (Екатеринодаръ) О хирургическомъ вмѣшательствѣ при желчныхъ камняхъ.

За послѣдніе 1½ года въ Екатеринодарской больницѣ наблюдались 3 случая желчнокаменной болѣзни, которые по своему острому началу съ повышеніемъ t°, рвотой и запорами, по сильнымъ болямъ въ ileo—соеса'ной области симулировали аппендицитис; эту форму французы называютъ «forme appendiculaire». Во всѣхъ случаяхъ при операціи отростокъ оказался здоровымъ, желчный же пузырь представлялъ измѣненія. Такъ въ 1-омъ случаѣ желчный пузырь растянутъ, при чемъ въ двухъ мѣстахъ омертвѣвшія участки; черезъ разрѣзъ пузыря извлечено 146 малыхъ и 5 большихъ камней; глухой шовъ пузыря и брюшной стѣнки; черезъ 2 недѣли выдѣлилась стѣнка пузыря. Больная выписалась со свищемъ. Во 2-мъ случаѣ желчный пузырь растянутъ; черезъ разрѣзъ извлечено 20 камней; глухой шовъ пузыря, брюшная стѣнка съ тампономъ; въ послѣоперационномъ теченіи затекъ—вскрытъ. Выписалась со свищемъ. Въ 3-емъ случаѣ пузырь растянутъ. Холецистомія—извлечено по выдѣленіи слизистогнойной жидкости—15 камней. Выздоровленіе со свищомъ.

Г. И. Волынецъ. (Москва) Желчные циррозы и ангиохолиты. Оцѣнка ихъ признаковъ въ хирургическомъ отношеніи

Желчные циррозы зависятъ отъ восходящей инфекціи желчныхъ протоковъ изъ кишечника, благодаря врожденной слабости эпителия желчныхъ путей; такъ какъ эти ангиохолиты поддаются хирургическому леченію, то и желчные циррозы при наличности ангиохолита подлежатъ хирургическому вмѣшательству.

Лихорадка, колики безъ желтухи говорятъ за холециститъ, тѣже признаки, но съ желтухой—за ангиохолитъ. Febris intermittens чаще встрѣчается при катаральномъ процессѣ въ пузырьѣ и протокахъ, f. continua и remittens при гнойномъ. Ограниченные ангиохолиты проходятъ и безъ операціи, которая показана при распространенномъ ангиохолитѣ.

П. А. Герценъ. (Москва) Къ вопросу о технику холцистоэнтеростоміи.

Докладчикъ приводитъ 2 случая этой операціи. Въ первомъ, гдѣ при *sarcinoma pancreatis* операція была сдѣлана по обычному способу, больная погибла на 7-ой день отъ крупозной пневмоніи; при вскрытіи найденъ перегибъ подъ довольно острымъ угломъ подшитой кишки. Во 2-мъ случаѣ, гдѣ больной раньше была сдѣлана по поводу желчнокаменной болѣзни холцистостоміи, докладчикъ, желая залечить свищъ произвелъ холцистоэнтеростомію слѣдующимъ образомъ: послѣ частичной резекціи желчнаго пузыря послѣдній проведенъ черезъ отверстіе въ брыжейкѣ толстой кишки и позади нея вшитъ въ петлю тонкой; у основанія петли наложенъ энтероанастомозъ, такъ что получилось подобіе 12-и перстной кишки; этимъ докладчикъ желалъ облегчить передвиженіе жидкостей въ кишечникѣ и уменьшить опасность инфекціи изъ желчныхъ ходовъ. На основаніи опытовъ надъ животными, докладчикъ предлагаетъ при холцистоэнтеростомозѣ воспользоваться принципомъ Roux при гастроэнтеростомозѣ, т. е. перерѣзать кишку, отводящее колѣно подшить къ желчному пузырю, а приводящее въ боковое отверстіе отводящей, на 30 сант. ниже желчнокишечнаго соустья.

Н. В. Синюшинъ. У больной съ желчнымъ свищемъ послѣ холцистостоміи произвелъ холцистоэнтеростомозъ; на 4 день смерть, благодаря перегибу подшитой петли.

Ф. И. Березкинъ. Если сравнить статистику западныхъ хирурговъ по вопросу о желчнокаменной болѣзни съ нашей, то мы должны допустить особія причины, объясняющія рѣдкость этой болѣзни у насъ. Изучать эти причины дѣло хирургическихъ сѣздовъ. Самому лично пришлось оперировать по поводу желчнокаменной болѣзни 17 разъ, при чемъ 3 раза камня не оказалось. Изъ остальныхъ 14 сл.—два раза *choledochotomy* (при зашиваніи наглухо—выздоровленіе), 2 раза *cholecystolysis*, 8 разъ *cholecystomia* (6 р. одноментно и 2 разъ двухментно) съ 4 смертельными исходами, и 2 раза *cholecystoenterostomosis*—1 смертельный исходъ. Наличие желчныхъ камней еще не служитъ абсолютнымъ показаніемъ для оперативнаго вмѣшательства—возможно самопроизвольное выдѣленіе камней. Если же на лицо имѣются воспаленіе пузыря, водянка его, хроническая желтуха въ зависимости отъ закупорки камнемъ, частые колики, тогда необходима хирургическая помощь. Какъ оперировать—это другой вопросъ, большинство высказывается теперь за *cholecystotomia idealis*.

П. И. Дьяконовъ. Разъ есть камень въ пузырь, мы должны помнить объ опасности, которая грозитъ организму, а потому сейчасъ же предложить операцію. Въ виду того, что при наличии камней въ пузырь всегда имѣется инфекция его, едва-ли можно считать цѣлесообразной *cholecystotomia idealis*.

Д. Е. Гороховъ. Пришлось оперировать 71 лѣтнюю старуху, у которой явленія непроходимости были вызваны наличиемъ желчнаго камня въ *duodenum*.

В. М. Минцъ привелъ 4 случая операций по поводу желчнокаменной болѣзни.

А. Г. Залюга. (Серпуховъ) Наблюденіе надъ больной съ перевязаннымъ мочеточникомъ.

Докладчикъ, удаляя фиброміому матки у 39 л. больной, при отдѣленіи сросшей нечаянно перерѣзалъ правый мочеточникъ. Имѣя въ виду слабость больной, которая едва-ли перенесла продолжительную операцію восстановления мочеточника, докладчикъ перевязалъ центральный конецъ мочеточника и подсунулъ его подъ брюшину. Гладкое послѣоперационное теченіе за исключеніемъ болѣе при ощупываніи правой почки (боли въ первые дни)—нащупать почку не удавалось; количество мочи черезъ недѣлю держалось между 1200—1400—совершенно нормальная по составу. Черезъ 11 мѣсяцевъ больная была подвергнута изслѣдованію—она совершенно здорова; при цистоскопіи найдено, что отверстіе праваго мочеточника зияетъ, зондъ входитъ въ него только на 7 с., упираясь въ непроходимое препятствіе. Отсутствіе развитія гидронефроза надо объяснить быстрой гибелью всѣхъ почечныхъ элементовъ въ зависимости отъ повышеннаго внутрпочечнаго давленія вызваннаго внезапнымъ закрытіемъ мочеточника.

В. И. Разумовскій. Подобный же исходъ при перевязкѣ мочеточника наблюдалъ совмѣстно съ проф. Н. Н. Феноменовымъ, которымъ и описанъ этотъ случай.

С. П. Федоровъ. (Москва) Объ оперативныхъ вмѣшательствахъ при опухоляхъ мочевого пузыря.

Изъ 32 больныхъ съ опухолями мочевого пузыря оперировались 22, остальные 10 лечились палліативно; радикальныхъ операций сдѣлано 17 (12 при злокач. новообр. и 5 доброкач.—папилломы). 4 наложены надлобковый свищъ и 1 разъ свищъ и выскабливаніе раковой массы. Опухоль удалялась 15 черезъ *sectio alta* и 2 раза (у женщинъ) черезъ мочеиспускательный каналъ. Для захватыванія и оттягиванія опухоли докладчикъ пользуется особыми изогнутыми щипцами (были демонстрированы). При доброкачественныхъ просто накладывается лигатура на ножку, злокачественныя же высѣкаются вмѣстѣ съ подлежащими тканями, на которыя послѣ этого накладываются шелковыя швы, концы которыхъ выводятся наружу или черезъ каналъ (у женщинъ), или черезъ пузырную рану; за послѣднее время употребляетъ докладчикъ кэтгутъ. Трудно наложить первый шовъ (большинство опухолей расположено на днѣ пузыря около мочеточниковъ, такъ что 2 раза пришлось резецировать и конецъ мочеточника), другіе же накладываются легко. Пузырная рана зашивалась наглухо, но *prima intentio* получилась 5 разъ, а въ остальныхъ случаяхъ свищи, заживавшіе въ 1—2 мѣсяца. Для вскрытія пузыря лучше пользоваться продольнымъ разрѣзомъ, такъ какъ при поперечномъ (примѣнено 2 раза) получаютъ грыжи. Изъ 12-и оперированныхъ по поводу злокачественныхъ опухолей умеръ только одинъ—на 5 день; отъ рецидива 2 (черезъ

2 г. 7 м. и 1 г. 8 м.); изъ живыхъ безъ рецидива больше 3-хъ лѣтъ 1, больше 2-хъ лѣтъ—2, больше 1-го года—2, нѣсколько мѣсяцевъ—4. Уменьшенія болей послѣ наложенія надлобковаго свища при неоперируемомъ ракъ пузыря докладчикъ почти не наблюдалъ; боли эти успокаиваются отъ промыванія 5% растворомъ антипирина въ количествѣ 200—300 к. с. Для остановки пузырныхъ кровотеченій при злокачественныхъ новообразованіяхъ докладчикъ рекомендуетъ давать внутрь *hydrastis canadensis* и промываніе пузыря ляписомъ. Оперировать черезъ мочеиспускательный каналъ при помощи операціоннаго цистоскопа (приборъ продемонстрированъ) докладчикъ считаетъ возможнымъ только у женщинъ, послѣ предварительнаго расширенія канала; у мужчинъ же помимо трудности нельзя быть увѣреннымъ, что вся опухоль удалена—удавалось только отжечь верхушку и послѣ всѣхъ попытокъ приходилось переходить къ сѣченію пузыря. Діагностическое же значеніе цистоскопа очень велико; кромѣ того цистоскопія даетъ возможность сказать—можно ли произвести коренную операцію или придется ограничиться палліативной.

Ө. И. С и н и ц ы н ъ. Надлобковый пузырьный свищъ, конечно, операція палліативная, но не могу согласиться, чтобы она не приносила облегченія болей; лично видалъ отъ нее прекрасные результаты.

Этимъ докладомъ закончились занятія 3-го съѣзда. Предсѣдатель съѣзда проф. В. И. Разумовскій въ своей заключительной рѣчи, сдѣлавъ краткій обзоръ дѣятельности, подчеркнул рядъ интересныхъ докладовъ, новыхъ идейныхъ оперативныхъ способовъ, удачно выполненную разработку програмныхъ вопросовъ и выразилъ сожалѣніе, что Петербургъ съ его массой хирурговъ не принялъ должнаго активнаго участія ¹⁾. Изъ числа административныхъ постановленій самымъ важнымъ является изданіе собственнаго журнала. Съѣзды Россійскихъ хирурговъ уже вышли изъ своего подготовительнаго періода, встали на твердую почву и можно быть увѣреннымъ въ ихъ дальнѣйшемъ развитіи и продуктивной дѣятельности.

И. Левинъ.

¹⁾ Петербургскихъ членовъ было всего 14, докладовъ же за исключеніемъ демонстраціи Ботезата ни одного.