

яхъ терапевтическое примѣненіе алкоголя является необходимымъ и приносить пользу больному, отказаться отъ примѣненія алкоголя, какъ жаропонижающаго, вкусового и возбуждающаго при отсутствіи въ медицинѣ другого средства при своей безвредности дѣйствующаго аналогично алкоголю, въ настоящее время невозможно; антипиринъ и антифебринъ дѣйствуютъ относительно вредно; необходимо конечно примѣнять алкоголь крайне осторожно и тогда можно избѣжать его вреднаго дѣйствія.

В. Рудневъ.

VIII-й Пироговскій съѣздъ въ Москвѣ.

Секція хирургіи.

Засѣданіе 4 января 1902 г.
(соединенное съ секціей дѣтскихъ болѣзней).

Почетными предсѣдателями избраны: проф. Е. В. Павловъ, В. И. Разумовскій и И. А. Праксинъ.

І. К. Х. Хорнъ (С.-Петербургъ) О пересадкѣ сухожилій.

Описавъ ходъ операціи при *pes equino-varus paralyticus*, докладчикъ подробно изложилъ тѣ приемы, которые примѣняются имъ въ теченіе послѣоперационнаго періода. Стопѣ придается тыльно-согнутое и пронированное положеніе и накладывается гипсовая повязка. Повязка эта снимается черезъ 10 дней для удаленія швовъ, и затѣмъ накладывается вторая гипсовая повязка. Съ этой повязкой больному уже позволяется осторожно ходить. Черезъ 2 недѣли повязка мѣняется, при чемъ стопа укрѣпляется въ прямоугольномъ направленіи, что облегчаетъ ходьбу. Эта повязка—послѣдняя, ее удаляютъ черезъ 2 недѣли и ногу массируютъ, постепенно примѣняя произвольныя движенія мышцъ. На ночь, обыкновенно накладываютъ легкій кожаный снарядъ.

Затѣмъ докладчикомъ были демонстрированы трое больныхъ; результатъ операціи у всѣхъ получился весьма хорошій.

Проф. В. И. Разумовскій сообщилъ, что ему пришлось дважды примѣнять операціи пересадки сухожилій, въ случаѣ *pes-calcaris* и въ случаѣ *pes*

equino varus paralyticus, при чемъ въ обоихъ случаяхъ получились очень хорошіе результаты.

II. К. X. Хорнъ. (С.-Петербургъ). О леченіи косолапости.

По мнѣнію докладчика способомъ Lorenz'a излечиваются самые запущенные случаи косолапости, при чемъ скелетъ стопы сохраняется вполне. Способы же Phelps'a и Walf'a обладают многими недостатками.

При исправленіи косолапости по способу Lorenz'a не примѣняются насильственные приемы, а лишь постепенно стараются перевести стопу въ положеніе прямо противоположное существующему.

Это достигается послѣдовательнымъ наложеніемъ гипсовыхъ повязокъ съ постепеннымъ исправленіемъ стопы.

У дѣтей въ возрастѣ до 3-хъ лѣтъ д-ръ Хорнъ производитъ операцію въ 2 приема: въ первый онъ уничтожаетъ приведеніе и наклоненіе и во второй (черезъ мѣсяць) устраняется *pes equinus* и *supinatis*.

При наложеніи повязокъ нужно слѣдить за тѣмъ, чтобы не образовывались пролежни, для чего необходимо разрѣзывать повязку, какъ только она слѣдается тѣсной, вслѣдствіе опуханія послѣ операціи. Вторая гипсовая повязка лежитъ до 4-хъ мѣсяцевъ.

Такимъ образомъ главнымъ преимуществомъ операціи по способу Lorenz'a по мнѣнію докладчика является полное сохраненіе скелета стопы и затѣмъ отсутствіе возвратовъ.

Послѣ этого доклада д-ръ Хорнъ показалъ троихъ больныхъ, у которыхъ операція исправленія косолапости по способу Lorenz'a произведена съ полнымъ успѣхомъ.

Затѣмъ послѣдовали возраженія со стороны нѣсколькихъ лицъ:

Д-ръ Краснобаевъ заявилъ, что лично онъ отдаетъ предпочтеніе способу Phelps-Kiwnisson'a, такъ какъ при этомъ способѣ не приходится дѣйствовать въ темную, какъ при способѣ Lorenz'a.

Д-ръ Хорнъ. Упражненія на трупахъ даютъ возможность освоиться съ характеромъ измѣненій производимыхъ при способѣ Lorenz'a.

Проф. Праксинъ. Въ запущенныхъ случаяхъ косолапости у взрослыхъ приходится прибѣгать къ кровавой операціи на костяхъ.

Проф. Бобровъ. Нельзя изъ за одного способа отвергать другіе, тѣмъ болѣе, что Lorenz самъ отказывается отъ нѣкоторыхъ приемовъ своего способа.

III. А. А. Кисель (Москва). О леченіи воспаленія червеобразнаго отростка у дѣтей.

Докладчикъ примѣнял при аппендицитахъ у дѣтей леченіе слабительными. Д-ръ Кисель привелъ 33 случая аппендицита у дѣтей въ возрастѣ отъ 2 до 13 лѣтъ. Въ началѣ давалось *Oleum Ricini* въ большихъ дозахъ, и затѣмъ, въ те-

ченіе 4 дней, то же масло въ видѣ крѣпкой эмульсіи. Противъ боли narcotica не употреблялись, а въ случаѣ необходимости примѣнялись или холодъ, или тепло. Изъ 33 случаевъ д-ра Киселя 31 окончились выздоровленіемъ, 2—смертью отъ разлитого воспаленія брюшины; въ 7 случаяхъ въ области processi-vermicularis образовался нарывъ. Средняя продолжительность пребыванія больныхъ въ клиникѣ 19 дней.

Д-ръ Бенисовичъ полагалъ, что цифры докладчика незначительны для того, чтобы по нимъ можно было дѣлать какіе-либо выводы. Назначеніе же слабительныхъ—опасно въ виду возможности вызвать прободеніе.

Проф. Праксинъ. Слабительное, вызывая перистальтику, ведетъ къ разрыву фибриновыхъ сращеній и затѣмъ къ перитониту. Противъ примѣненія слабительныхъ высказались также проф. Бобровъ, Корсаковъ, фонъ Мантейфель и д-ръ Зеренинъ.

Докладчикъ заявилъ, что къ широкому примѣненію слабительныхъ при аппендицитахъ онъ перешелъ послѣ продолжительнаго осторожнаго примѣненія.

IV. Н. Н. Михайловъ. (Москва) Сосудистыя опухоли у дѣтей и ихъ леченіе.

Положенія доклада таковы: 1) сосудистыя опухоли встрѣчаются въ 47,8% общаго числа опухолей у дѣтей. 2) Сосудистыя опухоли помѣщаются чаще на лицѣ и на головѣ. 3) Приступать къ леченію надо возможно раньше, такъ какъ нельзя заранѣе опредѣлить съ какой формой имѣютъ дѣло—съ быстро или медленно растущей. 4) Докладчикъ примѣняетъ электролизъ (гальваническая батарея Гиршмана въ 24 элемента или Шпамера въ 10 элементовъ). Въ опухоль втыкаются 2 платиновыя иглы и держатся 3—5 минутъ. (Колебаніе силы тока отъ 2 до 20 М.А.

Примѣнивъ въ 155 случаяхъ леченіе электролизомъ докладчикъ получилъ лучшіе результаты при сосудистыхъ опухоляхъ носа, вѣкъ и губъ. Осложненія наблюдались лишь въ видѣ незначительныхъ кровотеченій, нагноеній и однажды асфиксія въ теченіе нѣсколькихъ минутъ.

Преимущество этого способа передъ другими, по мнѣнію д-ра Михайлова,—легкость и безопасность примѣненія даже въ самомъ раннемъ возрастѣ.

Д-ръ Козловскій. Я примѣнялъ дважды съ хорошимъ результатомъ леченіе электролизомъ сосудистыхъ опухолей.

Засѣданіе 5 января 1902 г.

Почетными предсѣдателями избраны: проф. М. С. Субботинъ, проф. В. Г. Цега-фонъ Мантейфель и прив. доцентъ Н. М. Волковичъ.

I. Прив. доц. С. М. Оедоровъ (Москва). Къ распознаванію и леченію болѣзней пищевода.

Главный припадокъ заболѣваній пищевода въ огромномъ большинствѣ случаевъ—затрудненіе проглатыванія пищи, доходящее иногда до полной непроходимости. Для опредѣленія мѣста и характера суженія пищевода примѣнялось изслѣдованіе зондомъ Troussseau съ оливами и эзофагоскопія. При весьма сильномъ суженіи пищевода, когда не проходилъ самый тонкій бужъ, вводился эзофагоскопъ, отыскивалось отверстіе пищевода и проводился черезъ него, подъ контролемъ глаза, тотъ или иной бужъ. Затѣмъ, убѣдившись въ мѣстѣ суженія, эзофагоскопъ проводился, если было нужно, за мѣсто суженія и путемъ осмотра опредѣлялся характеръ суженія; если же такимъ путемъ опредѣлить не удавалось, черезъ эзофагоскопъ шпичиками отрывался кусочекъ опухоли или грануляцій и изслѣдовался подъ микроскопомъ.

Разстояніе суженія отъ зубного края опредѣлялось съ помощью зонда, устроеннаго докладчикомъ специально для этой цѣли.

Докладчикъ привелъ нѣсколько случаевъ распознаванія заболѣваній пищевода при помощи эзофагоскопіи и выразилъ пожеланіе, чтобы этотъ способъ, въ виду своей доступности и полезности, получилъ широкое примѣненіе.

II. Проф. Праксинъ. Къ леченію проникающихъ ранъ брюшной полости чревосѣченіемъ.

Какъ при колотыхъ, такъ и при огнестрѣльныхъ ранахъ необходимо прибѣгать къ чревосѣченію, такъ какъ распознаваніе поврежденія внутреннихъ органовъ весьма затруднительно, зондированіе же раны примѣнять не слѣдуетъ.

Смертность отъ огнестрѣльныхъ ранъ въ военное время колебалась между 70—88%. Отъ ранъ холоднымъ оружіемъ въ Американскую войну погибло 59%.

Въ мирное время, когда примѣняется выжидательное леченіе, отъ огнестрѣльныхъ ранъ брюшной области погибаетъ 46,5%, а отъ колото-рѣзанныхъ ранъ—37%.

Оперировать необходимо какъ можно ранѣе, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда пораженіе внутреннихъ органовъ не установлено съ несомнѣнностью.

Разрѣзъ черезъ рану производится послонно, что дастъ возможность опредѣлить, имѣется ли прониканіе или нѣтъ. Изслѣдованіе кишекъ не надо производить въ брюшной полости, такъ какъ въ такомъ случаѣ легко выжать содержимое изъ пораненной кишки въ брюшную полость. Лучше вынимать кишки изъ раны. Рану можно зашивать наглухо только при пулевыхъ ранахъ, при ранахъ же колотыхъ необходимо тампонировать.

Докладчикъ сообщилъ 4 случая огнестрѣльныхъ ранъ брюшной полости, при которыхъ имъ примѣнено было чревосѣченіе въ первые 5 часовъ послѣ пораненія. Одинъ больной умеръ, остальные выздоровѣли. У погибшаго были раны: проникающая въ грудную полость, рана діафрагмы и 4 раны на селезеночной S-видной кривизнѣ. Затѣмъ было сообщено о 12 случаяхъ колото-рѣзанныхъ ранъ, изъ которыхъ въ 7 случаяхъ наблюдалось выздоровленіе.

Д р ѣ З е р е н и н ѣ. Я прибѣгаю къ чревосѣченію въ тѣхъ случаяхъ, когда существуютъ указанія на кровотеченіе или начинающійся перитонитъ, въ остальныхъ случаяхъ только очищаю раны.

Проф. Цегефонъ Мантейфейль Въ военное время поврежденія брюшной полости лучше оставлять безъ вмѣшательства.

Ш. Н. И. Долгополовъ. Къ казуистикѣ травматическихъ поврежденій черепа.

Сообщеніе случая тяжелаго осложненнаго перелома черепа съ благополучнымъ исходомъ.

А. Сурковъ.
