

и добиться перевода их на другую работу. В прениях кроме того выступали: д-ра Акчурина, Нимцовицкая, Фахретдинов, Юрина и Ширкевич.

Секретарь Н. М. А. прив.-доц В. Эмдин.

Хирургическое общество АТССР.

Заседание 20/III 1936 г.

Демонстрации.

1. Д-р К. И. Мухамедьяров. *Случай двойной самоампутации червеобразного отростка.* Автор продемонстрировал препарат червеобразного отростка, подвергшегося, по его мнению, двойной самоампутации и удаленного оперативно (доц. И. В. Домрачев), в хирургическом отделении Плетневской больницы.

2. Д-р В. П. Суворов приводит 2 случая тетании, которые были излечены пересадкой косточки по Оппелю. В одном случае дело касалось больной 24 лет, у которой тетания развилась после двусторонней операции по поводу зоба. Тетания прекратилась после гомотрансплантации косточки; в течение 4 лет больная находилась под наблюдением. Во втором случае гомопересадка произведена больной, 33 лет, с самопроизвольной тетанией—с положительным результатом. Срок наблюдения—1 год.

3. Д-р С. П. Вилесов приводит *случай тетании* у женщины, развившейся после двусторонней резекции зоба и прекратившейся после гетерогенной пересадки косточки (от коровы).

Прения. Доц. Домрачев подробно останавливается на патологической сущности самоампутированных отростков. Проф. М. О. Фридланд склонен рассматривать действие пересаженной кости при тетании как геиз-терапию. Проф. Н. В. Соколов, отмечая интерес демонстрации д-ра Мухамедьярова, ставит под сомнение необходимость удаления самоампутированных отростков. По вопросу о действии пересаженных косточек при тетании полагает, что многое в сущности этого действия остается неясным: вернее всего пересадочная кость, рассасываясь, действует стимулирующе на паращитовидные железы.

Доклады.

4. Д-р В. И. Михайлов и К. И. Мухамедьяров. *„Результаты хирургического лечения язв желудка и 12-перстной кишки на коротких и отдаленных сроках по материалам хирургического отделения Плетневской рабочей больницы гор. Казани“.* Авторы на основании материала Плетневской больницы за 10 лет, обнимающего собой произведенные по поводу язв желудка и 12-перстной кишки 19 лапаротомий, 104 гастростомии и 128 резекций, пришли к следующим выводам:

1) Хирургическое лечение язвенных больных должно иметь место при безуспешности терапевтического лечения.

2) Новокаиновый блок является вспомогательным средством к показанию оперативного лечения язв желудка и 12-перстной кишки, являясь одновременно и диагностическим средством.

3) Гастростомия на данном этапе наших знаний не теряет своего значения при оперативном лечении язвенных больных и примененная в строго показанных случаях дает благоприятные результаты.

4) Резекция желудка не является операцией выбора, но в сравнении с Г. Е. дает лучшие результаты.

5) При перфоративных язвах мы рекомендуем введение тампона в брюшную полость через разрез Мас-Вигнеуя.

6) Уменьшение послеоперационных осложнений после желудочных операций обуславливается большей частью применением местной анестезии по методу проф. Вишневого.

Прения. Д-р В. А. Суворов обращает внимание на очень низкий процент послеоперационных пневмоний (1:250), что не совпадает с литературными данными. На ранних сроках при перфоративных язвах можно защитить брюшную полость наглухо.

Доц. Ю. А. Ратнер останавливается на вопросе, затронутом докладчиком, о значении новокаинового блока, как диагностического средства. Положение докладчиков, что благоприятный эффект новокаинового блока говорит больше за функциональное расстройство желудка, а не за деструктивный процесс, и противопоказывает операцию—противоречит установкам проф. А. В. Вишневецкого, считающего язвенный процесс трофическим и поддающимся, поэтому, лечению новокаиновым блоком.

Проф. С. М. Алексеев считает резекцию преимущественным методом хирургического лечения язв желудка. С. Е. должна применяться лишь в исключительных случаях. В снижении процента легочных осложнений играет роль не только местная анестезия, но и послеоперационный уход.

Проф. Н. В. Соколов в заключительном слове отмечает хорошие исходы желудочных операций в отд., заведомом доц. И. В. Домрачевым. К сожалению, доклад плохо оформлен (нет совершенно таблиц и диаграмм). Докладчиком затронут ряд вопросов. Новокаиновый блок как диагностическое средство,—в трактовке авторов критики не выдерживает. Резекция, произведенная при правильных показаниях, дает в конечном итоге лучшие результаты, чем С. Е. Но последняя вполне оправдывается, если производится при соответствующих строгих показаниях. Громадное значение на конечный исход имеет послеоперационный режим.

5. Проф. Н. В. Соколов докладывает о пленарном заседании правления хирургического общества, происходившем в Москве 2 марта с. г.

Председатель проф. Н. Соколов.

Секретарь В. Осиповский.

Заседание 15/IV 1936 г.

Демонстрации.

1. Н. И. Рябков. „К казуистике массивных опухолей брюшной полости“.

Автор демонстрирует больного, которому была удалена (проф. С. М. Алексеев) громадная опухоль (10 кило) из верхнего отдела живота. По заключению патолого-анатомов опухоль „напоминает саркому“.

Прения. Проф. С. М. Алексеев. Случай интересен с точки зрения диагностики. До операции опухоль рассматривалась как травматическая киста rapsgas. При операции прямого отношения опухоли к rapsgas установить не удалось, и источник происхождения опухоли остался неясным.

Проф. Н. В. Соколов. Диагностика больших опухолей брюшной полости часто является делом трудным. У женщин значительная доля таких опухолей относится к половой сфере. В данном случае источник развития остался невыясненным. Саркоматозный характер опухоли говорит за возможность развития из любого соединительнотканного элемента верхнего этажа брюшной полости. Операбильность случая решается часто только на операционном столе.

2. Б. Ф. Сметанин. „К вопросу о лечении больших выпадений прямой кишки“. Автор демонстрирует больную, оперированную доц. И. В. Домрачевым, по поводу давнего и значительного выпадения прямой кишки. Произведена операция по Mikulitz'у под местной анестезией.

Прения. Доц. И. В. Домрачев дополняет докладчика, указывая, что больная уже раньше оперировалась по поводу злокачественной опухоли прямой кишки, затем неоднократно по поводу последовавшего выпадения—без успеха; в данном случае он, вскрыв первый футляр кишки, вытянул до отказа сигму и резецировал внутренний футляр.

Проф. Н. Соколов. При выпадениях без гангрены кишки есть ряд более консервативных оперативных методов. Метод Mikulitz'a вполне целесообразен при омертвлении выпавшей кишки.

3. Н. И. Рябов, „Случай кистозной дегенерации почек“. Автор демонстрирует больного с двусторонним поражением почек, подвергшихся кистозной дегенерации.

Прения. Доц. Ю. А. Ратнер считает, что для диагностики кистозной дегенерации почек нет затруднений там, где ясно просматривается, как в демонстрируемом случае, бугристая почка. Обращает внимание на Rб-диагностику и контрастную пиелографию. Делится своим опытом.

Проф. С. М. Алексеев останавливается на дифференциальной диагностике, данных Рб, пиелографии, противопоказаниях и показаниях к операции. Демонстрирует препарат удаленной им кистозно-перерожденной почки.

Проф. Н. В. Соколов подчеркивает практическое значение демонстрации интересной как с диагностической точки зрения, так и с точки зрения поведения врача-хирурга при такого рода заболеваниях.

4. А. И. Масловская. „Выбор метода лечения операционного свища, наложенного вследствие гидронефроза почки“. Докладчик демонстрирует больную, у которой в левой полости живота имеется опухоль и свищ, через который выделяется моча. Свищ наложен провинциальным хирургом, принявшим опухоль за кисту (яичника?). Докладчик интересуется соображениями членов собрания о выборе метода лечения.

Прения. Доц. Ю. А. Ратнер считает случай интересным, но не вполне ясным по этиологии развития опухоли. Требуются дополнительные исследования.

Проф. С. М. Алексеев считает, что у больной имеется гидронефроз врожденного типа. Природа свища вполне ясна: наложен при операции по поводу кистовидной опухоли, принятой за неудалимую кисту. Интерес демонстрации — с точки зрения выбора оперативного метода закрытия свища и удаления опухоли. Намечает следующий план операции: в первый момент наложить поясничный свищ, во второй — закрыть свищ брюшной стенки и в третий момент — удалить гидронефротический мешок.

П. А. Гулевич высказывается за одномоментную операцию.

Доц. Домрачев также высказывается за возможность одномоментной операции, допустимость которой выясняется при поясничном разрезе.

Проф. Соколов соглашается с доц. Домрачевым, что ход операции определится после поясничного подхода к опухоли: если отношение опухоли к окружающим органам и тканям позволит выделить ее, то одномоментная операция будет иметь несомненное преимущество.

Доклады.

5. Проф. Н. В. Соколов. „Об околопочечных кровоизлияниях“.

Автор приводит данные, касающиеся этиологии околопочечных кровоизлияний не травматологического происхождения; симптоматику и клинику данного страдания; в заключение демонстрирует больную 60 лет, которая была оперирована автором 5 лет назад и у которой в основе остро развившегося кровоизлияния в околопочечной области оказалась раково-перерожденная почка. Почка и клетчатка были удалены.

Прения. Проф. С. М. Алексеев приводит свое наблюдение поздней операции по поводу околопочечного кровоизлияния, начавшего уже организовываться. Больная оперировалась с диагнозом гипернефрома и только после разреза удаленной опухоли выяснился истинный диагноз. Демонстрирует препарат.

Д-р Ефимов обращает внимание на большую поражаемость левой почки, что, очевидно, объясняется анатомическими особенностями кровоснабжения.

Доц. И. В. Домрачев обращает внимание на значение удаления клетчатки при Са почки, чем в значительной мере предупреждается рецидив.

П. А. Гулевич подчеркивает трудность диагноза данного случая. Больная была доставлена с картиной „острого“ живота.

6. Читывается проект устава хирургического общества АТССР, который после обсуждения принимается.

7. Проф. Н. Соколов сообщает о болезни активнейшего члена общества проф. В. А. Гусынина и предлагает от имени общества выразить ему сочувствие и пожелание скорейшего выздоровления.

Председатель проф. Н. Соколов.

Секретарь Осиповский.