

## XXIII Всесоюзный съезд хирургов.

(Ленинград 25—30 июня 1935 г.).

А. Г. Гильман.

23-й съезд хирургов происходил после трехлетнего слишком перерыва, в момент, когда советское здравоохранение находится на крутом подъеме, когда советская хирургия растет и ширится. Это чувствовалось и в том напряженном внимании, с каким выслушивались при переполненном зале доклады, и в живых беседах и теплых встречах соратников по хирургическому оружию в коридорах во время перекурив.

Программа была посвящена 4 основным вопросам: 1) шок; 2) ранняя диагностика злокачественных опухолей; 3) абсцесс и гангрена легких; 4) этапное лечение язвений. Один день был ортопедическим, и в основном был посвящен программной теме о псевдартрозах. Первый деловой день открылся докладом проф. Н. Н. Бурденко «К учению о шоке». Шок долгое время рассматривался как самостоятельная нозологическая единица. С точки зрения литературы последних лет о различных видах шока—травматическом, токсическом, анафилактическом, гемолитическом—его следует рассматривать как синдром ответных реакций организма на различные виды инсультов. Нарушение целостности значительных участков тканей с последующим их некробиотическим состоянием ведет к освобождению белка и продуктов его распада, всасывание которых вызывает картину шока. В дальнейшем в порочный круг вовлекается целый ряд систем. Компоненты шока многообразны. Они складываются из явлений со стороны: а) центр. нервной системы—корковых и подкорковых центров—и вегетативной нервной системы; б) кровеносной в смысле нарушения гемодинамической функции, ее дезорганизации, как образно выражается докладчик, изменения состава крови, плазмы и лимфы; в) эндокринного аппарата; г) обмена веществ. Что является общим при всех шоковых состояниях—это явления со стороны гемодинамической системы. Разумеется, что самые расстройства гемодинамики связаны с нарушением функций корковых и подкорковых центров и вегетативной нервной системы. Таким образом изучение и анализ компонентов шока устанавливает сложное взаимовлияние различных систем, создающее картину *circus us vitiosus*. Поэтому докладчик отказывается от рассмотрения различных теорий шока, считая основным их недостатком недооценку многообразия шоковых состояний.

Анализируя основной симптом—дезорганизацию гемодинамики, докладчик объясняет падение кровяного давления несоответствием между *количеством циркулирующей крови и емкостью кровяного русла*. При шоке происходит своего рода кровоизлияние внутри самой системы кровообращения. До сих пор думали, что кровь скапливается в области воротной вены. На самом деле, скопление крови происходит в запасных пространствах—печени, селезенке, поперечной мускулатуре, сосудах *v. portae*. Роль портальной системы остается значительной, скопления мышечных волокон около *v. portae* создают подобие шлюзового аппарата. В первые моменты шокового состояния наблюдается мобилизация из этих депо покоящейся крови, кровяное давление повышается, но вскоре катастрофически падает. Симпатико-адреналовая система при раздражениях, вызывающих шоковое состояние, сокращает кровеносные сосуды всех органов, кроме сердца и мускулатуры. В результате, в первый момент шока освобождается кровь из запасных депо и кровяное давление, как указано, повышается. Эта фаза шока быстро сменяется торпидной, когда кровь скапливается в запасных депо и кровяное давление резко падает. Вследствие изменения тонуса капилляров и контрактильности сосудов наблюдается их повышенная проницаемость, что ведет к выхождению плазмы. Повышенная проницаемость наблюдается не только в отношении солей, но и белков крови, происходит выхождение красных кровяных шариков. Наблюдается далее изменение химизма крови. При шоковых состояниях отмечено увеличение глобулинов и уменьшение альбуминов крови. Этому моменту америк. авторы придают большое значение. Изменяется и углеводный обмен. Во время шока установлено значительное образование сахара, что несомненно вызывается пертурбацией в адреналовой

системе. Патолого-анатомические изменения имеют большое практическое значение при состояниях шока, но до последнего времени характерным считалось отсутствие при них анатомических изменений. Докладчик просмотрел большое количество протоколов вскрытий, но не нашел в них характерных изменений. В последнее время немецкие и английские авторы отмечают различную картину при состояниях шока различного происхождения. Установлено выхождение красных кровяных шариков за пределы кровяного русла, скопление крови в депо, изменения коры надпочечника, гиперемия сердечной мышцы и диастолическое состояние сердца. Таким образом, основное в картине шока—дизрегуляция гемодинамики, что в свою очередь обусловлено таким состоянием адреналовой системы, при котором она дает патологическое распределение крови.

Из этих теоретических построений вытекает и практический смысл наших мероприятий у постели больного. Переливание крови, которое имеет громадное значение в борьбе с шоком, играет роль не только заменяющей терапии, но и подавляет состояние раздражения симпатической нервной системы.

140 лет назад родилось слово „шок“. За это время наши установки в терапии и профилактике шоковых состояний, за немногими исключениями, остались симпатическими. Только в последнее время мы вплотную подошли к разгадке этого сложного явления. Дальнейшее изучение патогенеза и механизма шока должно расширить методы борьбы с шоковыми состояниями и поставить их на степень методов каузальной терапии.

Следующий доклад проф. Э. Гессе (Ленинград) был посвящен гемолитическому шоку. Проблема гемолитического шока (г. ш.) приобретает особое значение в связи с широким применением переливания крови. Докладчик указывает на полное отсутствие экспериментальных работ в этой области. Самое понятие г. ш. находит различное понимание у разных авторов. Под г. ш. следует понимать состояние, возникающее вследствие воздействия на организм несовместимой крови. На основании своих клинико-экспериментальных данных докладчик считает основным в картине шока состояние угнетения нервной и сердечно-сосудистой системы. На первом месте г. ш. стоит гемолиз и, как его последствие, тяжелые изменения почек. В результате гемолиза образуются вазопрессорные субстанции и, как вторичное явление, происходит понижение сердечной деятельности из-за незаполнения сердца во время диастолы. Клиника проф. Гессе собрана из мировой литературы 217 сл. гемолитического шока (Германия—60 сл., СССР—56 сл., США—38 сл.). Относительно большое количество случаев г. ш. у нас объясняется большим распространением метода переливания крови и в частности применением консервированной крови. В клинике докладчика на 2360 случ. переливания крови наблюдалось 6 сл. шока, т. е.  $\frac{1}{4}\%$ . На мировом материале в 217 сл. г. ш. отмечено 105 смертных исходов, т. е.  $52\frac{1}{2}\%$  смертности. На деле он выше, т. к. ряд плохих исходов не публикуется. Причина г. ш. в подавляющем большинстве случаев—несовместимость крови. К несовместимым группам докладчик относит и группу O. Далее г. ш. может обуславливаться переливанием консервированной крови, в которой наступили явления, хотя бы и невыраженные, гемолиза даже если кровь совместимая. Наконец, денатурация крови также может быть причиной г. шока. Из случаев г. ш., наблюдавшихся у нас в Союзе, в 20 случ. шок наступил после переливания консервированной крови. Из субъективных симптомов г. ш. следует отметить: внезапное наступление при переливании крови тяжелого самочувствия, жар в голове, головокружение, боли в голове, животе и, особенно постоянно, в пояснице. Последние никогда не отсутствуют, происходят они, по мнению докладчика, *от спазма почечных сосудов*. Эти боли не поддаются даже морфию. Объективно мы наблюдаем: 1. Понижение кровяного давления даже тогда, когда еще нет изменений пульса. Уже небольшие порции гетерогенной крови (2—30) дают этот симптом. 2. Одышка. 3. Рвота. 4. Повышение перистальтики кишечника (непроизвольное отхождение газов и стула, иногда стойкие поносы (эмболии мелких сосудов кишок? рефер.). В 35% случ. смерть наступает в первые часы. Дальнейшее течение зависит от количества введенной крови и функциональной устойчивости ретикуло-эндотелиальной системы и почек. Диагноз, если учитывать описанные субъективные жалобы и симптомы, не затруднителен. В сущности на начальных симптомах г. ш. основана биологическая проба на совместимость крови. *Во-время прекратить переливание крови*—это предупредить явления тяжелого г. ш. Гессе различает следующие формы г. шока:

1) Острая форма с преобладанием *легких* сердечно-сосудистых расстройств. До 60 куб. см. гемолизированной крови могут улавливаться печенью, не оказывая таким образом вредного воздействия.

2) Острая форма с *тяжелыми* сердечно-сосудистыми расстройствами. Здесь может сразу наступить смерть, отчасти вследствие перегрузки правого сердца. Наблюдается и кишечная форма с преобладанием расстройств пищеварительного аппарата.

3) Поздняя форма. Через 12—24 ч. после переливания крови. Гемол. шок обычно вызывается большими дозами перелитой крови, но в редких случаях наблюдался и после незначительных порций крови. При пользовании кровью группы 0 с высоким титром г. ш. будет наблюдаться часто, использование не-одноименной плазмы также связано с риском получения шокового состояния.

До 1932 года господствовала механическая теория происхождения гемолитического шока—завивание\*, закупорка сосудов почки склеивающимися кровяными шариками. Клиника проф. Гессе, основываясь на ряде экспериментальных работ, считает, что падение кровяного давления при г. ш. происходит вследствие расширения капилляров. Падение и дальнейшее истощение деятельности сердечно-сосудистой системы—явление вторичное, вследствие незаполнения сосудистого ложа. При г. ш., вследствие распада и растворения эритроцитов, повышено содержание калия крови. Этим, возможно, объясняется переустановка в центральной нервной системе, влияние которой при г. ш. несомненно. Большое значение имеют и токсические вещества, освобождающиеся при распаде элементов крови. Работы Петрова, установившие, что токсические вещества при г. ш. не проходят через мембрану, доказывают, что они не относятся к группе пептонов.

Состоянием почки больного решается вопрос о его жизни или смерти. Отсюда вытекает *требование—обязательное исследование функции почек до всякого переливания* крови. С целью профилактики г. ш. не надо никогда отказываться от биологической пробы.

До 1932 года не было рационального лечения шоковых состояний, наступающих после переливания крови. Известное значение имеет влияние глюкозы, вследствие вызываемого этим повышением мочеотделения. Были предложены декапсуляция и денервация почки, но они значительного успеха не давали.

На 22 съезде А. В. Вишневский предложил блокаду почки новокаином. С 1933 г. Филатов и Гессе применяют при г. ш. переливание совместимой крови. Из 5 больных г. ш., у которых применялся этот метод, погиб один; из 16 случаев, собранных в литературе—умерло 2.

Докладчик предостерегает от пользования группой 0 при переливании с целью борьбы с наступившим шоком. При недостаточности функции ретикуло-эндотелиальной системы переливание совместимой крови может не дать успеха. Доза 150—200,0. Боли могут пройти и после 25—50,0. При явлениях гемоглобинурии и при анурии—переливание крови в комбинации с вливанием глюкозы.

Докладчик считает, что в переливании совместимой крови мы получили лучшее средство борьбы с г. шоком, „почему он потерял в настоящее время значительную дозу своего ужаса“.

Послеоперационному шоку посвятил свой доклад проф. В. С. Левит (Москва). Первичный шок наблюдается редко, почему докладчик и останавливается главным образом на вторичном шоке. Развитие послеоперационного шока находится в прямой и непосредственной зависимости от основного заболевания, наркоза и характера вмешательства. Основным признаком послеоперационного шока являются *глубокие функциональные расстройства с/с системы*, зависящие в свою очередь от действия нервно-гуморальных факторов в организме после оперативного вмешательства. Операционный шок, послеоперационный коллапс происходят главным образом при явлениях расстройства функции периферии гемодинамической системы. Вот почему все методы исследования в отдельности, даже электрокардиограмма, ничего не дают. Имеет значение определение кровяного давления, но не только максимального и минимального, но и среднего, а также венозного давления. Докладчик останавливается на значении состояния гематоэнцефалического барьера в процессе наступления послеоперационного шока. Опыты показали, что этот барьер сам открывается у животных голодных, истощенных под воздействием инъекций белка. В клинике у истощенных больных показатели проницаемости гемато-энцефалического барьера также дают резкое

понижение. Значительное снижение цифр проницаемости г.-э. барьера наблюдается и после больших операций. В менструальный период барьер раскрыт, почему давнишняя традиция не оперировать женщин в это время имеет свои законные основания. У больных в состоянии шока цифры проницаемости барьера резко снижены. Изучение послеоперационного шока, похожего в своем течении на вторую фазу травматического шока, дает указания на практические мероприятия в борьбе с шокowymi состояниями.

При шоковых состояниях происходит значительное скопление крови в депо. Если допустить наличие веномоторного центра, то надо его возбудить. Это достигается вдыханием угольной кислоты. При шоке со значительной кровопотерей показано переливание больших доз крови, но *при шоках без больших потерь таковой — переливание нецелесообразно*. Здесь капельные внутривенные вливания солевого раствора с адреналином оказывают великолепное воздействие. Укутывание конечностей, тепло имеет свое основание как средство, мобилизующее депо крови в подкожной клетчатке.

Об анафилактическом шоке сделал доклад О. О. Гартюх (Ленинград).

*Проблема анафилактики* имеет тенденцию стать *проблемой сенсibilизации*. В свете современного учения об антигенах явления повышенной чувствительности следует рассматривать под углом зрения сугубой специфичности. С другой стороны, современные более углубленные представления о различных видах специфичности заставляют рассматривать все явления повышенной чувствительности, безотносительно к клиническим их проявлениям, с точки зрения иммунологического единства. Анафилактический шок является лишь одной из форм проявления специфической повышенной чувствительности из целого большого ряда ответных реакций организма на антигенный раздражитель. Центр тяжести *не в вопросах лечения, а предупреждения анафилактических состояний, иначе говоря, профилактики наступления клинического синдрома*. Отсюда следует вопрос: является ли состояние повышенной чувствительности врожденным или приобретенным? Современные наши знания — за благоприобретенный характер этих состояний. Сенсibilогены характеризуются специфичностью. Это очень широкая группа веществ. Наряду с белком, здесь фигурируют липоиды, химические вещества. В зависимости от места аппликации антигена мы имеем проявления со стороны кожи, слизистых оболочек и т. д. Единый иммунобиологический процесс дает различную клиническую картину в зависимости от того, разветвляется ли она на жизненно важных органах или, скажем, на подкожной клетчатке. Несмотря на значительный труд, вложенный в изучение механизма специфической повышенной чувствительности, некоторые существенные для практики вопросы еще далеки от разрешения. Мало изучены условия, повышающие и понижающие анафилактогенные свойства антигенов. Отмечается стремление максимального повышения валентности сывороток, что дает возможность значительного увеличения количества специфич. антигена, вводимого с сывороткой, при уменьшении балластных в-в. То, что мы прежде вводили в 1 куб. см., мы теперь вводим в  $\frac{1}{10}$  или даже  $\frac{1}{100}$  куб. см. сыворотки.

Подлежат изучению методы выявления напряженности специфической чувствительности в каждом отдельном случае, что облегчило бы профилактические мероприятия по борьбе с анафилактическим шоком. Докладчик совершенно правильно указывает на важность тесного контакта иммунологов с клиницистами в деле изучения вопросов анафилактики и а. шока.

Проф. А. Л. Поленов (Ленинград) остановился на специальном вопросе шоковых состояний, развивающихся после операций удаления опухолей головного мозга. Анализируя картину первичного шока и сравнивая ее с той, которая наблюдается при операциях на мозгу, докладчик полагает, что грозные картины, которые встречаются после последних, — не шок, а результат сложных расстройств крово- и лимфообращения в полости черепа, а также распределения cerebrospinalной жидкости. В результате наступает отек мозговой ткани не только в области операции, но иногда и на расстоянии от нее. Понятно, что, когда отек быстро захватывает область продолговатого мозга, могут появиться грозные симптомы нарушения функций сердечного и дыхательного центров.

Докладчик встречал описанные тяжелые картины *исключительно после операций в задней черепной яме* (близость продолговатого мозга), в других же областях только при больших кровопотерях. Последнее обстоятельство под-

тверждает, по мнению докладчика, его соображения, что эти тяжелые состояния только напоминают послеоперационный шок, но в действительности имеют совершенно другой механизм.

Центр тяжести при этих состояниях в изменениях со стороны дыхания; сердечно-сосудистые расстройства наступают вторично. Опыт докладчика показали, что очень глубокие травмы мозговой ткани теменной и др. областей мало отражаются на дыхании и кровяном давлении, но достаточно перенести давление на мозговую ствол, как сразу дают себя знать явления со стороны дыхания. Только позже наступали расстройства кровяного давления. Самое легкое давление на дно 4-го желудочка вызывало остановку дыхания, которое при прекращении раздражения возобновлялось. Из наблюдений докладчика вытекает требование во время мозговых операций в первую голову следить за дыханием. В заключение проф. Поленов повторно оттеняет свою мысль, что отождествлять картину расстройств, наблюдаемых во время или после мозговых операций, с картиной первичного операционного шока в других областях, едва ли допустимо.

Из выступавших в прениях товарищей одни дополняли своими наблюдениями и экспериментами патогенез и картину шоковых состояний и изменений, при них наблюдающихся (Петров, Веселкин и др.).

Проф. Соколовский остановился на роли центральной нервной системы в возникновении шока. Оппонент всегда обосновывал в крови сдвиг в сторону глобулиновой фракции крови. По мнению Соколовского, всякая операция—шок. (Против такой концепции выступил в заключительном слове проф. Левит). И действительно, при всякой операции наблюдается сдвиг в сторону грубо дисперсных фракций. Нельзя ли предотвратить этот сдвиг? Проф. Соколовский указывает на ряд веществ, которые переодят альбумины в глобулины ( $2\% \text{ NaCl}$ ,  $\text{CaCl}_2$ , нециратная кровь) и, наоборот, глобулины в альбумины (дистиллированная вода, гипосульфит). Исходя из этих соображений, он вводит перед операцией 100—200 куб. см. дистиллированной воды. При шоковых состояниях отмечаются изменения и в составе лимфы, обнаруживается резкое увеличение количества эритроцитов в лимфе (Вороной). Другие остановились на практических мероприятиях в борьбе с шоком, как в смысле его предупреждения (хорошее обезболивание, избегать голодной диеты, истощающей больных, психическая подготовка больных, атмосфера внимания и заботы), так и при его наступлении (укутывание больного и согревание его, внутривенное введение глюкозы, переливание крови от 300—500 и более куб. см. до выведения больного из состояния шока).

Проф. Брускин выступает за денервацию почки новокаиновым блоком по Вишневскому у при гемол. шоке, считая, что докладчик проф. Гессе напрасно «забраковывает» этот метод. Новокаиновый блок усиливает мочеотделение и, оказывая свое воздействие непосредственно на почку, является несомненно полезным методом. Далеко не так прост метод повторного переливания малых доз совместимой крови по Гессе, так как оно может оказаться опасным при почке и без того поврежденной. С повторными переливаниями крови надо быть, по мнению Брускина, чрезвычайно осторожным.

Председательствовавший проф. Я. О. Гальперн совершенно правильно подчеркнул, что все доклады согласно рассматривали шок, не как отдельную нозологическую единицу и поэтому предпочитали не употреблять термина шок, а заменять его выражением шоковое состояние. Шок—результат многообразных воздействий. «Когда собираются на съезд, то есть верующие, которые думают, что они получат полную разгадку картины шока и готовые рецепты для его лечения», метко замечил проф. Гальперн. Наша цель суммировать опыт наших клиник в свете литературных воззрений.

«Дело каузальной терапии—дело будущего, она грядет. Пока нам приходится довольствоваться терапией симптоматической».

## II.

Весь второй день съезда был занят докладами и прениями по программному вопросу: *ранняя диагностика злокачественных опухолей*. Проф. Н. Н. Петров в докладе о ранней диагностике рака считает твердо установленным фактом возможность профилактики и излечения многих важнейших форм рака при условии ранней диагностики начальных форм его и предраковых состояний.

Все предложенные до сих пор реакции, „якобы специфичные“ на раковую болезнь, не имеют практического значения для раннего распознавания. Так, например, мейостагминовая реакция *часто, но не всегда* положительна; р. Девиса основана на задержке белковых продуктов и всегда положительна при запорах. Митогенетическая реакция — неспецифична. Ведущее звено, которое может улучшить раннюю диагностику — в усвоении широкой массой врачей сведений о раке.

„Единственная защита в борьбе против рака — ранняя диагностика“, сказал Крамер на международном противораковом съезде. Что такое ранняя диагностика на практике? Надо иметь в виду, что при некоторых формах *ранняя диагностика бывает уже поздней*, и, наоборот, некоторые формы рака даже при сравнительно позднем их распознавании являются в смысле прогноза успеха операции ранними. *Большим препятствием* на пути борьбы с раком являются представления о бесполезности диагноза ввиду *якобы неизлечимости рака*. По данным проф. Петрова за 1932 г.  $\frac{1}{3}$  больных, подвергшихся резекции желудка, излечены на протяжении 5 лет, для грудной железы  $\frac{1}{2}$  больных без рецидива в течение 5—10 лет. Докладчик отмечает далее недостатки наших руководителей, где даются иллюстрации главным образом запущенных форм рака с безобразными и громадными опухолями и язвами. Отсюда у молодых врачей создается ложное представление, что все, что не безобразно и громадно, не рак. Плохой учет анамнеза; необоснованный часто оптимизм врачей при обнаружении небольших изъязвлений, небольших опухолей, что ведет к бездействию мыслей и рук; пренебрежение и незнакомство с основными предраковыми состояниями — дальнейшее препятствие. Наконец, неправильное использование биопсии. Там, где опухоль доступна, она без преуда может подвергаться биопсии. Опухоли, покрытые здоровой кожей, не должны подвергаться биопсии; последняя может производиться только *inter operationem*. В очень большом числе случаев в этом нет надобности. Оценка рентгено-диагностических находок при раках, недоступных снаружи, представляет задачу непосильную для большинства хирургов и требует компетентных рентгенологов с особой квалификацией, проверяемой на ежедневной работе. Переходя к отдельным формам рака, докладчик останавливается на признаках, обычно недостаточно оцениваемых.

*Для рака желудка:* систематическая потеря веса в сочетании с явлениями гастрита; существует особая анемическая форма рака без желудочных симптомов.

*Рак матки:* классический объект для ранней диагностики. Однако по данным Онкологического института в Ленинграде в 1500 стационарных случаев рака шейки только  $\frac{1}{6}$  была в I стадии. Систематический осмотр всех женщин выше 30 лет на предпрятиях, внедрение метода кольпоскопии — могут многое дать.

*Для рака грудной железы* докладчик отмечает значение кровотокающего соска при наличии *плотного инфильтрата* (узла) в груди. Описывает признаки и методику распознавания полученных при биопсии тканей без микроскопа (отсутствие у опухоли капсулы, лучистое строение и внедрение в паренхиму железы).

*Рак полости рта.* Здесь ранняя диагностика в руках зубных врачей. Больше внимание надо уделять язвам и лейкоплакиям с трещинами и оплотневшим основаниям.

*Рак прямой кишки* располагается более чем в 75% случаев в нижних ее отделах. Поэтому при всяких жалобах больного в этой области, даже при подозрении на геморрой, *обязательно пальцевое исследование*. Полипы прямой кишки у взрослых следует считать ранним раком или предраком.

В конце доклада проф. Петров останавливается на организационных мероприятиях, необходимых для повышения качества ранней диагностики.

Следующий докладчик проф. Я. М. Брускин констатирует, что ранняя диагностика пока в неблагоприятном положении. Поздняя обращаемость — удел всех стран мира, кроме США, где положение лучше вследствие широко развитой санитарно-просветительной работы. Основным препятствием для осуществления ранней диагностики рака было отсутствие у нас противораковой сети, крайний недостаток опытных врачей-онкологов и неосведомленность населения о раке, в результате чего мы имели 60—70% поздней обращаемости. Постановлением НКЗ от 23/XI 1934 г. и приказом НКЗ от 5/V 1935 г. заложена основа государственной противораковой организации: онкологические пункты при поликлиниках с посещаемостью свыше 150000, выделяется специальный

врач для организации противораковой борьбы и 2 сестры обследовательницы. Все больницы, имеющие хирургические отделения, обязаны обеспечить прием больных, направляемых онкологическим пунктом в течение 5 дней со дня их направления. В Москве и Ленинграде организуются 6-месячные курсы для подготовки онкологов. Большое значение имеет вопрос о биопсиях, которые производятся у нас не так часто и не так целесообразно, как это необходимо. Биопсию следует производить в случаях, где *клинические данные недостаточны*. Опыт показал, что в 23% мы имеем расхождение между клиническими данными и биопсией в сторону доброкачественности и в 14% в сторону злокачественности. Осложнения после правильно произведенной биопсии в виде кровотечения и инфекции наблюдаются сравнительно редко. Возможность стимулирования роста оставшейся опухоли после биопсии требует производства операции или применения радио геоср. рентгенотерапии не позднее 10 дней после первой. При опухолях молочной железы следует вместо удаления при биопсии небольшого кусочка производить *расширенную биопсию* с удалением *всей* опухоли в пределах здоровых тканей. При подозрении на рак шейки матки при биопсии следует иссекать клиновидный участок слизистой и подлежащей ткани. Противопоказанием для биопсии являются воспалительные процессы (напр., папалитрит). Все же при отсутствии резко выраженных воспалительных явлений— это противопоказано условно. *Биопсия может производиться и в амбулаторных условиях* при соблюдении соответствующих правил техники. Докладчик считает, что в некоторых случаях *пробная пункция* может давать ценные данные для дифференциальной диагностики опухолей, в особенности сарком, и от этого метода нет оснований отказываться.

Для осуществления ранней диагностики необходимо диспансерное наблюдение за предраковыми состояниями и подозрительными на рак больными, изучение особенностей профессии, труда и быта, способствующих возникновению предраковых состояний. Особое значение в деле ранней диагностики и выявления рака полости рта, желудка, грудной железы и женских половых органов будет иметь тесная связь противораковой организации с онкологическими учреждениями, диетстоловыми и консультациями онкопатолога. Необходимо уделить особое внимание организации санитарно-просветительной работы среди населения, а также и подготовке и переподготовке кадров врачей. Во всех звеньях противораковой организации следует создать условия для производства патолого-анатомических исследований полученного при биопсии материала.

С докладом о стандартизации методов диагностики и оценки главных форм рака выступил А. А. Эпштейн (Ленинград). На большом материале докладчик констатирует массу ошибок, допускаемых врачами при диагностике рака. В результате часто длительно применяется нерациональная терапия, и большая передается в соответствующее учреждение в фазе, когда болезнь уже неизлечима. Длительная раздражающая терапия (напр., прижигание ляписом) ведет к усилению роста опухоли. При опухолях желудка слишком редко применяется рентгеновское исследование, тогда как масса других совершенно ненужных исследований напрасно производится. Больные с опухолями прямой кишки в 68% случаев длительно (от 6 мес. до 2-х лет) лечились от гемороя. *Обязательное пальцевое исследование прямой кишки* все еще редко производится. Отмечается недооценка болей в пояснице и конечностях, часто лечимых как ишиас и оказывающихся метастазами.

Проф. М. Ф. Цытович (Саратов) предлагает вниманию съезда новую реакцию на хлор у больных в раковом и предраковом состоянии. Постоянное применение в больших размерах хлоролечения случайно натолкнуло докладчика на наблюдения, что под влиянием хлорных ингаляций раковая опухоль распадается с тенденцией к заживлению. Проф. Цытович перешел к изучению влияния хлора на кровь раковых больных. Оказалось, что в то время как кровь здоровых людей после получасового пребывания в хлоркамере гемолизуют, у раковых больных плазма крови при этих условиях не окрашена. У 101 больного с установленным клинико-гистологическим раком после сеанса хлора гемолиза не развивалось, а где он был до хлора—исчезал. У 100 больных без опухоли или с наличием гистологически не исследованной или оказавшейся не раковой опухолью гемолиза также не наблюдалось. Но у 44 из этих больных среди родных были раковые больные. Выступавшие позже в прениях товарищи, как и председатель проф. Левиц, указывали на необходимость продолжения

и углубления наблюдений проф. Цытовича. Резкий отзыв о докладе проф. Цытовича дал проф. Соловов, указав на ряд дефектов в методике работы докладчика, позволяющих ему считать доклад научно не обоснованным.

М. М. Савицкий (Москва) в докладе о ранней диагностике рака пищевода и кардиальной области, на основании длительных и многочисленных своих наблюдений, считает, что раки кардии всегда желудочные и только позднее переходят на пищевод. По строению они также походят на опухоли, исходящие из желез. Ранние раки—всегда юкстакардиальные. На 85 случ. имел только 4 женщины. В начальных случаях дисфагия объясняется, конечно, переходящим спазмом. Эти „преходящие спазмы“ имеют значение раннего симптома. При юкстакардиальных опухолях—боли в области грудины, боли в плече. При истинных раках пищевода этих симптомов не бывает. *Достоверных* ранних признаков рака пищевода нет. Дифференциальный диагноз *всегда должен идти от рака к доброкачественной опухоли, а не наоборот.* Единственный метод, стоящий на высоте требований ранней диагностики рака пищевода и кардии,—эзофагоскопия, которая в сочетании с биопсией имеет решающее слово в деле распознавания сомнительных случаев. Докладчик на основании своего материала в 600 сл. эзофагоскопии считает угрозы инфекции, кровотечения и стимуляции роста после биопсий сильно преувеличенными.

Значительный интерес представляет доклад проф. М. С. Мильмана, А. Тертерян и И. Охотина (Баку) о ранней диагностике и лечении рака облучением мозга. Авторы установили, что при злокачественных новообразованиях в вегетативных центрах мозга обнаруживается *микроскопически видимая атрофия чечевичного ядра* и гистологически устанавливается атрофия как чечевичного ядра, так и различных ядер гипоталамуса. Изменения наблюдаются как в нервных клетках, так и в невроглии. При жизни больных удается установить эти изменения путем энцефалографии. Докладчики применили с целью стимуляции измененных клеток невроглии глубокую рентгенотерапию и в 4-х случаях получили выздоровление.

Последний доклад „О биопсиях“, с большим вниманием заслушанный съездом был предоставлен проф. Г. В. Шор.

Ранняя диагностика имеет огромное прикладное значение, отсюда понятна роль биопсии. Но здесь наблюдается отсутствие надлежащей договоренности между хирургом и лаборантом. „Если фирма известная“, остроумно отмечает докладчик, „тогда хирург доверяет диагнозу, если нет,—то хирург сомневается“. Далее при оценке гистологической картины надо помнить, что *морфологическое сходство еще не тождество*. Мы теперь гораздо осторожнее ставим наши диагнозы. Поэтому, давая заключение, морфолог обязан *даже описание фактической картины*, установленной им под микроскопом, а только в конце—свое заключение. Этим осуществляется возможность участия клинициста в постановке диагноза и последующего контроля, а также повторной оценки, когда больной попадает в другие руки. В некоторых случаях необходима повторная биопсия. Особенно ответственно и трудно исследование сосков. Обязательно отмыwanie их от крови. Остановившись на ошибках, допускаемых хирургами при биопсиях, докладчик указывает, что 1) не всегда целесообразно выбирается место для биопсии; 2) докладчик осуждает выщипывание, так как оно часто дает нормальные данные при несомненном наличии опухоли; 3) при стригивании кусочков патолог часто получает только некротическую ткань; 4) иногда предпочитают давать кусочек ткани из центра опухоли. Так как центральные части более старые, то для решения вопроса о злокачественности, гесп. установление инфильтративного роста, выгоднее кусочки периферических отделов опухоли.

По вопросу о биопсиях выступил ряд товарищей (Миротворцев, Строганова, Вейсброд и др). Последний высказывался против откладывания операции на 5—10 дней после биопсии, считая, что последнюю следует производить, когда принципиально решен вопрос об операции. К. Волков считает, что диагностика рака доступна каждому врачу, так как основное—это клинические данные в сочетании с рентгеном. Центр тяжести не в онкологической сети, а в мобилизации внутренних ресурсов. Создание онкологов это еще один департамент в медицине, который не упрощает, а осложняет работу. У нас колоссальная обращаемость, но мы сами часто многое пропускаем, недостаточно внимательно изучаем больных. Проф. Заблудовский выступал по вопросу зрения раковых больных. Ряд товарищей высказывался по вопросам органи-



зации противораковой борьбы. С блестящей речью по этому вопросу выступил зам. наркома тов. Гуревич. Борьба с раком ведется давно, но планомерной государственной ее организации до последнего времени не было. Постановления СНК и приказ НКЗ положили этому начало и создают все возможности для эффективной работы в этой области. Но вопреки оптимистическим выступлениям докладчиков, этот приказ еще не выполнен даже на 1%. Если хирурги сделают его знаменем борьбы, то настоящий съезд станет историческим.

В заключительном слове пред. профессор В. С. Левит, подводя итоги, установил полное единогласие в вопросе о значении серологических методов ранней диагностики, как не оправдавших себя. В этом отношении прав Н. Н. Петров, указавший, что даже реакции, дающие 80—95% положительных результатов, не имеют практической ценности, т. к. на деле получается, что не реакции служат для выяснения наличия рака, а раковые больные для проверки годности реакций. Одобрение съезда встретила предложенная схема противораковой организации. По вопросам биопсии также нет разногласий — метод заслуживает дальнейшего внедрения, но между биопсией и операцией не должно быть большого промежутка времени. Нужны ли онкологи? Этот вопрос еще нельзя считать решенным. Может быть, хотя бы на первом этапе, правильнее перекавалифицировать врачей поликлиник.

*Заседание 28 июня было посвящено докладам и приемам на программную тему: "Абсцесс и гангрена легких".* Первый докладчик проф. С. И. Спасокукоцкий (Москва) остановился на патогенезе абсцесса и гангрены легких. Раньше даже большие лечучреждения имели 4—5 наблюдений в год. В последние годы число нагноений легкого оказалось значительно большим, чем мы предполагали раньше, повидимому вследствие улучшения наших методов распознавания. С 1926 по 1934 г. докладчик располагает 312 наблюдениями, причем: с 1926—1930 г.—40 наблюдений, с 1931—32 г.—99 набл.; 1933 г. дал—112 наблюдений и 1934 год—58 сл. Более половины случаев в возрасте от 20—40 лет, рабочий цветущий возраст. Преобладание мужчин объясняется более тяжелыми условиями труда и предрасположением, создаваемым бронхитами (курение). Гриппозные эпидемии играют большую роль в возникновении нагноений легкого. Значительное число наблюдений ускользает из нашего поля зрения, так как при диагнозе удается выявлять лишь абсцессы величиной с мандарин. На 312 сл. нагноений в 57 случ. наблюдалось осложнение пиопневмотораксом. Это страшно при туберкулезе осложнение не имеет такого угрожающего значения при абсцессах. Момент прорыва плевры протекает остро, при явлениях более или менее выраженного шока. Докладчик считает, что в значительном проценте случаев в генезе эмием лежат прорывающиеся в полость плевры абсцессы. При вскрытиях больных, умерших от пиопневмоторакса, мы находим во всех случаях нагноения легких. Поверхностные ранения легких редко дают нагноения, так как воздух в периферических отделах легкого практически стерилен. При абсцессах центральных отделов легкого, сообщающихся с крупными бронхами, мы всегда сталкиваемся с полиинфекцией, тогда как периферически расположенные дают чаще моноинфекцию. При проколе плевры мы часто обнаруживаем серозный экссудат, при повторных он оказывается мутным, а потом гнойным. Мы склонны в этих случаях винить врача в изменении характера экссудата, объясняя это вчасенной им при проколах инфекцией. На самом деле это не так. Положение, что абсцессы свойственна аэробная, а гангрена анаэробная флора докладчиком не подтверждается. При тщательном исследовании оказалось, что участие анаэробных микроорганизмов значительно чаще чем принято думать,—по материалу докладчика в 40%. Абсцесс создает главным образом кокки, анаэробы и сапрофиты—дополочный фактор, отягощающий течение абсцессов. Течение абсцессов с возбудителями гангрены иногда не такое мрачное, как кажется а priori. Разбирая свой материал по генезу, проф. Спасокукоцкий выделяет:

1) Эмболические а. (24 сл.) Источник их—венозные тромбы. Моноинфекция. При закупорке сосудов малого калибра легочная ткань справляется самостоятельно и абсцессы не развиваются. Эта группа дала 35% смертности. Несомненной гангреной начинаются все эмболические случаи.

2) Обтурационные а. (16 сл.) происходят вследствие закупорки бронха. Позади места закупорки развивается застой и плохой отток. Раки бронхов часто осложняются абсцессами.

3) Аспирационные а. (кома, наркоз)—20 сл. По течению самые тяжелые. События при этой форме не закупориваются. Части гангрены.

4) Постпневмонические а. (112 случ.) Воспаления легких стоят в самой интимной связи с развитием абсцессов. 5) Разного происхождения (35 сл.) и 6) паразитарные а. (эхинококки, актиномикоз),—5 сл. В течении абсцессов можно различать следующие этапы; 1 этап. Зона воспалительного инфильтрата, окруженная зоной отека. 2-ой этап. Зона центрального некроза, окруженная зоной инфильтрата. 3-й этап. Расплавление центрального некроза с обширной зоной инфильтрации. 4-й этап. Абсцесс, окруженный зоной защитного вала. 5 этап. Сообщение процесса с бронхом.

Деление на абсцесс и гангрену, по мнению докладчика, условно. Как правило, гангрена предшествует абсцессу. Уловить разницу между абсцессом и гангренной иногда невозможно. Поэтому проф. Спасокукоцкий охотно употребляет термин „нагноительные процессы легких“.

Докладчик проф. В. А. Шаак (Ленинград) выступает по вопросу о хирургическом лечении гангрены и абсцессов легкого. Имея сравнительно небольшой собственный материал (50 сл.), докладчик опирается в своих выводах на анкетный материал хирургических учреждений Союза. А. соглашается с предыдущим докладчиком, что резкой границы между гнойными и гангренозными процессами провести нельзя. Правильно предложение проф. Спасокукоцкого о назывании их нагноениями легкого.

Докладчик собрал 682 случая гнойников легкого со смертностью в 33,5%. Отмечается резкое преобладание мужчин—80%, женщин—20%. С хирургической точки зрения абсцесс и гангрена объединяются еще тем обстоятельством, что принципы лечения и методы операций, в общем, одинаковы для обеих форм. Сначала должны быть испробованы все терапевтические мероприятия, так как в значительном проценте наступает самостоятельное излечение и только их безрезультатность, ухудшение общего состояния, устойчиво повышенная температура показывают оперативное вмешательство. При решении вопроса об операции и выборе доступа большое значение имеет рентгеновское исследование. Диагностическая пункция сопряжена с опасностями и поэтому допустима только на операционном столе. Наблюдались случаи смерти на столе после пункций. В вопросе о сроках выжидания до операции до сих пор нет единодушия. Во Франции выжидают 6—8 недель, в Англии—до 8 недель, Зауэрбрух—до 5 недель. Проф. Шаак считает, что нельзя в этом вопросе держать шаблона, а надо индивидуально подходить к каждому случаю. Все же средние сроки следует наметить, так как у нас до сих пор счет идет не на недели, а на многие месяцы и даже годы. Здесь нужно добиться перелома. В отношении обезбоживания предпочтение должно быть безусловно отдано местной инфильтрационной анестезии. В сборном материале советских авторов только в 12 случ. был применен наркоз. Оперативные пособия делят на две группы: *непрямые*: френикоэксерез (ф. э.) и торакопластика. Докладчик френикоэксерезу вообще придает небольшое значение, несколько большее при нижнедолевых процессах. Операция ф. э. на собранном им материале была произведена в 99 случ. со смертностью в 10,8% (11 сл.) Торакопластика, по мнению докладчика, более действительное средство. 54 случ. дали 26% смертей (14 сл.). Далее идут *прямые* вмешательства: пневмотомии, торакотомии, лобэктомии. На 232 случ. пневмотомий сборной статистики выздоровление наступило в 146 случ. и смерть в 37%. В отношении лобэктомии докладчик собственного опыта не имеет и случаев этой операции у советских авторов не встречал. Проф. Шаак делит нагноительные процессы на следующие 6 типов: 1) Поверхностные. Часто излечиваются самопроизвольно. 2) Глубокие—со свободной плевральной щелью. Здесь операция должна производиться в два момента. 1 момент—экстраплевральная тампонада или пломбировка; 2 момент пневмомия. 3) Глубокие абсцессы со склерозированными стенками, часто комбинируются с бронхоэктазиями. Здесь применяется операция торакопластики. 4) Абсцессы с прорывом в полость плевры. 5) Гнойно-склеротические процессы без выраженных полостей. 6) Множественные абсцессы. В последних двух группах наши оперативные мероприятия бесцельны. Пневмония должна заканчиваться широким дренажем очага. В некоторых случаях следует расширить показания к торакопластике и к экстраплевральной тампонаде. Общая смертность после операций по поводу абсцессов и гангрены легкого остается очень высокой.

У докладчика она достигает 48%. Причинами смерти являются прогрессирование нагноительного процесса в легком, множественность поражений, бронхоэктазии, туберкулез, острое кровотоечение (проф. Крымов в имел 3 случ.). В ряде случаев ранняя операция могла бы оказаться более эффективной. Вину здесь нам следует делить с терапевтами пополам. Докладчик отмечает, что совершенно неизвестны отдаленные результаты наших операций—это одна из важнейших задач на ближайшем этапе. В заключение докладчик делает следующие выводы: 1) между абсцессами и гангеной нет никакой разницы; 2) нагноительные процессы встречаются чаще, чем принято думать; 3) оперировать следует не позднее чем через 5—10 недель; 4) показания к операции в каждом случае должны вырабатываться в тесном контакте между терапевтом, хирургом и рентгенологом; 5) при лечении нагноительных процессов френикоэксерез и торакопластика менее действительны; предпочтение должно быть отдано пневмотомии (одномоментной при спаянной плевре и двухмоментной с тампонадой или предварительной пломбировкой при свободной плевральной щели); 6) процент смертности снижается, но все еще высок; операция в более свежих случаях должна вести к дальнейшему снижению смертности.

Богатый свой опыт пытается уложить в краткий доклад о топической диагностике абсцессов и гангрены легкого проф. Ф. Ю. Розе (Харьков). Топическая диагностика это та трудность, с которой сталкивается хирург, когда вопрос об операции уже решен. На 58 случ. чистых абсцессов и гангрены только 8 случ. были кортикальными, в громадном большинстве—поражения среднего отдела правого легкого. При операции необходимо избрать кратчайший путь от поверхности легкого к абсцессу. Здесь одно рентгеновское исследование имеет очень условное значение. Крайне важны данные систематического многократного изо дня в день фазикального исследования. Постепенно намечается перкуссией место, которое проверяется рентгеном для будущего доступа к абсцессу. Для зарращения свободной плевральной щели применяет исключительно парафиновую пломбу (Зауэрбрух, Ниссен). Через 10—12 дней уже развиваются прочные сращения. Тогда пломба удаляется, производится на операционном столе пункция—получается гной или вонючий газ. Для проникновения через ткань легкого в полость абсцесса очень умелен электронож. Тампонирует иод форменной марлей или дренирует. Но иногда эти пункции безрезультатны. Автор наблюдал в 5 сл.—исчезновение мокроты вскоре после операции, в 5 сл.—мокрота держалась длительно, в 31 сл.—количество мокроты мало изменилось. Последнее обстоятельство всегда говорит о том, что поблизости еще гнойный фокус. В этих случаях хирург обречен на выжидание. Иногда приходится месяцами наблюдать больного, пока гнойник прорывается в рану. Проходит 3—4—8 месяцев, пока удается вскрыть другой очаг или он сам вскрывается, и больного удается привести к благополучному исходу. Часто абсцессы бывают многополостными, что очень затрудняет хирурга. Таких случаев имел 4 (из них 3 односторонних и 1 двусторонний). На своем материале пережил 17 смертей—(30%)—12 вследствие диффузности очаговых поражений, 2 от аспирации, 2 от мозгового абсцесса и 1 от шока. „Хирургическое лечение нагноений легкого представляет много трудностей, но большей радости я не имел, как при вскрытии легочного абсцесса. Ее можно сравнить только с радостью охотника, подстрелившего осторожного хитрого зверя“, заканчивает проф. Розе, при одобрении всего зала.

Терапевтическое лечение гангрены легких излагает следующий докладчик—М. Д. Тушинский (Ленинград) на основании личного материала в 200 случаях. В противовес предыдущим ораторам, считает неправильным объединение понятий гангрены и абсцесса легких, хотя признает наличие пограничных случаев. В поисках возбудителя в каждом отдельном случае бактериологическое исследование мокроты ничего не дает. Решают чисто бактериологические исследования очагов на аутопсии. Деминирующий этиологический фактор гангрены легких—фузоспирохетоз, но наблюдаются и случаи, вызванные анаэробными кокками и др. В зависимости от пути проникновения возбудителя надо различать: бронхогенную гангрену легких, гематогенную и per contiguitatem. Гематогенные гангрены дают до 33% смертности. Прогноз часто зависит от того, развилась ли гангрена на здоровом легком или на базе хронического его заболевания. Докладчик считает, что упрек в консерватизме, который хирурги бросают терапевтам, неоснователен. Поверьте, правильно возражает он

хирургам, что ряд больных вы берете без энтузиазма". Останавливается на моментах, predisposing к гангрене, и на профилактике ее. Среди больных гангреной много злоупотреблявших алкоголем. Необходима санация рта, удаление кариозных зубов. А. наблюдал отчаянное состояние рта у больных гангреной. Из терапевтических мероприятий при лечении гангрены на первом месте стоит новосальварсан (доза 0,3—0,45). В последнее время предлагалось снижение доз до 0,15, другие же рекомендовали большие дозы. При лечении неосальварсаном надо быть упорным, но не упрямым, говорит докладчик. Далее идут: уротропин, алкоголь, вакциноterapia. В ряде случаев применял блокаду по Вишневному с хорошим результатом. Сужоудение иногда оказывает хорошие услуги. Переливание крови имеет значение метода, поднимающего силы больного и его устойчивость. При консервативных методах лечения подучил 5% излечения—неплохой результат. В заключение считает, что каждый случай гангрены легкого подлежит совместному наблюдению хирурга и терапевта. Не надо «затоваривать» этих больных в терапевтическом отделении, а своевременно передавать их хирургу. Но нечего скрывать, что хирурги их часто неохотно берут, не желая портить своей статистики.

При всяком лечении, совершенно правильно говорит докладчик, необходимо последующее длительное освобождение от работы и климатическое лечение.

В живых дебатах, развернувшихся по докладу, ряд выступивших высказывается за разграничение понятий абсцесса и гангрены легкого. Абсцесс и гангрена—совершенно разные болезни, имеют различное течение и различный прогноз, ближайший и отдаленный. Представитель терапевт. отдел. Ленинградского Военного Госпиталя считает опасным контакт больных абсцессами легкого с больными гангреной в смысле суперинфекции. Наблюдал у больных рецидивы после помещения к ним в палату больного со свежей гангреной.

При абсцессе наблюдается быстрое распространение воспалительной инфильтрации, большая склонность к демаркации, гладкие стенки; при гангрене—стенки полости неровные, намечается тенденция к сливанию полостей, смертность также различна.

Поповьян (клиника Н. Н. Бурденко) поделился наблюдениями за 10,5 лет (85 б-х). Имел 22 смерти. 7 б-ых умерло до операции, 15 послеоперационных смертей. У 45 больных, исследованных на наличие анаэробной инфекции, в 14 случ. получен положительный результат. В этих случаях антианаэробное лечение сывороткой показано прежде, чем решиться на операцию. Операция пневмотомии применяется при поверхностных кортикальных абсцессах. Нельзя от этой операции ожидать положительных результатов при множественных поражениях и вряд ли при приглубших. В этих случаях клиника Бурденко прибегает к пломбировке (18 операций). Операция, по мнению оппонента, изменяет лимфообращение, сближает стенки полости. При бронхоэктатических абсцессах и приглубших—торакопластика. Операция пневмотомии имеет ряд опасностей: плевральный шок, падение кровяного давления, кровотечения, аспир. пневмония, газовые пневмонии.

Проф. Заблудовский обратил внимание на тяжесть течения послеоперационных гнойников легкого. В последнее время пережил 9 случ. (из них 7 больных после операций на желудке, т. е. безусловно эмболического происхождения).

Проф. Вишневский применял с успехом при хронич. пиотораксах тампонаду на длительные сроки плевр. полости мазевыми тампонами, пропитанными эмульсией из касторового масла с перувианским бальзамом или *ol. cadini*, что приводило к быстрому уменьшению полости. Действие мазевых тампонов объясняет невротрофическим воздействием на больные органы.

Доц. Рагнер поделился наблюдениями над течением спонтанных пиопневмотораксов. На 85 случ. абсцесса легкого имел 27 сп. пн. Течение различное в зависимости от того, был ли ограниченный или тотальный пиопневмоторакс. Ранняя операция имеет все шансы спасти больного. Ряд выступавших обращал внимание на ценность рентгеновского метода в топической диагностике абсцессов. Им в противовес опытейшей московский рентгенолог Диллон остановился на трудностях рентгенодиагностики. Если рентгенолог не знает клин. заболевания, то его диагноз не имеет никакой ценности. Все же и при этих условиях трудности распознавания, в особенности топического, весьма велики. Уровень бывает только в 40% случаев. Не так легко и просто отличить множеств. хронические абсцессы от гангрены, как это многие уже указывали.

Дифференциальная диагностика может быть чрезвычайно затруднительна. Часто дают повод к ошибкам рака и бронхоэктазии.

Т. Краснобаев отметил особенности течения а. у детей. Почти при каждой крупозной пневмонии можно обнаружить при систематических пункциях гной в полости плевры, и тем не менее они кончаются благополучно. Значение рентгена несколько переоценено. Смертность при пневмотомиях у детей приблизительно такая же, как и у взрослых.

Проф. Мельников начал с того, что каждый активный хирург выскажется за пневмотомию, сгоронником которой он сам был в течение ряда лет, но в последние годы перед лицом успешного лечения нагноений легкого рентгеном, стал сдавать свои позиции. После пневмотомий в 50% случаев остается бронхиальный свищ, и больной продолжает выделять гной через грудную стенку. Поэтому считает, что в первую очередь следует испытать действие сальварсана, потом идет рентген, и, в случае его безуспешности, экстраплевральные операции.

Горячо возражал проф. Мельникову проф. Корчиц: „Я — хирург-агрессор“, — начал он свое выступление. „Всю нашу энергию надо направить на изыскание эффективных оперативных методов при этом тяжелейшем заболевании. Пора в некоторых случаях перейти на удаление легкого“.

Проф. Соколов (Казань), поделившись своим опытом, указал, что систематическим применением переливания крови удается снизить количество больных, нуждающихся в операции. Им оперировано 35% больных. Ни в одном случае не получал свищей после пневмотомии. В заключительном слове проф. Тушинский зацциал свою позицию от „агрессоров“. „Трудно терапевту говорить среди хирургов, особенно когда заявляют „нож и больше ничего“, говорит проф. Тушинский. Докладчик своих больных не „затараривает“, но очень часто трудно решить, когда оперировать. Около 40% наших больных случаи запущенные, но не хирургом и не терапевтом, а жизнью. Гангрена легкого была и остается совместной областью обоих. Проф. Ф. Розе выступил против установок некоторых докладчиков, совершенно правильно, по нашему мнению, указав, что при лечении нагноений легкого операция френикоэкзереса должна быть отброшена. Что может дать френикотомия или эксерез при такой индурации легочной ткани, какая наблюдается при абсцессах. Единственная операция, заслуживающая дальнейшей разработки, — пневмотомия. Она, правда, трудна. Рентгенотерапия может дать результаты только в свежих случаях. С установкой проф. Розе мы полностью согласны и в отношении применения операции торакопластики, от которой мы также не видели успеха при абсцессах. В итоге оживленной, порою горячей и острой дискуссии по разбираемому программному вопросу, намечается ряд положений, встречающих в общем одобрение всего съезда:

1) в ряде случаев дифер. диагноз между гангреной и абсцессом чрезвычайно затруднителен, и практически выгоднее говорить о нагноительных процессах в легком; 2) предварительное консервативное лечение в течение 6—8 недель, во время которого желательное совместное наблюдение больного терапевтом и хирургом; при наличии витальных показаний операция может быть применена и раньше; 3) при решении вопроса об операции и выборе доступа имеют решающее значение тщательное рентген. исследование и данные *систематической перкуссии*, позволяющей установить, намечается ли отграничение или воспаление прогрессирует; 4) операций выбора является пневмотомия, дальнейшее применение и разработка которой может снизить все еще высокую смертность до 8—10%; 5) френикоэксерез, как самостоятельное вмешательство, себя не оправдал; 6) при кортикальных и субкортикальных абсцессах может кроме пневмотомии, применяться экстраплевральная пломбировка.

*Четвертый день съезда был посвящен обсуждению программной темы „псевдартрозы“.*

„Обсуждение темы псевдартрозов, начинает свой блестящий доклад заслуженный деятель науки проф. Г. И. Турнер, представляет демонстрацию единения хирургов и ортопедов и является очень своевременным“. В чем тайна успешного сращения переломов? Турнер сравнивает подготовительные процессы, разгравывающиеся на местах переломов костей до их сращения с процессами автогенной сварки, где раньше достигается размягчение свариваемых частей. Кроме общеизвестных механических местных факторов, препятствующих

щих сращению переломов крупных трубчатых костей (обширные дефекты костного в-ва, резкое смещение отломков, интерпозиция мягких тканей, частая смена повязки и т. д.) и общих препятствий, обусловленных дефектами обмена веществ, эндокринными факторами и т. д.—длительное существование болей, начавшихся со времени получения повреждения, как показали наблюдения докладчика, могут повлечь комплекс рефлекторных явлений трофического вазомоторного характера, в результате которых развивается более или менее стойкий, резкий остеопороз или точнее декальцинация костей. Сложный трофоневротический процесс, связанный с пертурбацией вазомоторных явлений и ведущий к декальцинации концов отломков, оказывается полезным в начале образования первичной мозоли, облегчая захватывание последней отломков, но затяжка процесса декальцинации является в дальнейшем тормозом для сращения переломов.

Продолжающееся нервное раздражение, исходящее от бывшей травмы или нерациональных лечебных приемов, препятствует затиханию явлений, утративших свое значение, и даже усиливает их. Процесс сращения останавливается, и регенеративные силы замирают. Докладчик на нескольких примерах показывает, как одно *только устранение болей* улучшало процессы сращения отломков. Приводит случаи, когда невдумчивое применение гвоздя ведет к длительному несрастанию перелома. Переходя к практическим мероприятиям профилактики и лечения псевдартрозов, проф. Турнер указывает на необходимость гарантии покоя травмированной области в течение достаточно длительного срока. Жалобы больных на непрекращающуюся боль указывают, что эта цель не достигнута. Лечебные приемы, сами вызывающие длительную боль (вколачивание гвоздя), являются вредными. Гвоздь, проникающий с медиальной стороны в область ветвей n. sapheni и n. obturatorii, может служить источником тяжелых невритов, способствующих несрастанию перелома бедра; вколачивание гвоздя в пяточную кость может вызвать неврит ветвей n. tibialis с теми же последствиями. „Человеческие кости, снабженные нервами, это не сосновые доски“, правильно и едко отмечает докладчик.

С докладом об *оперативном лечении несросшихся переломов, псевдартрозов и костных дефектов* выступил проф. М. И. Ситенко (Харьков).

Из материала докладчика в 314 ч. было 95 безуспешно оперированных до поступления в заведомый проф. Ситенко институт, в 80% удалось добиться успеха. Следует предпочесть методы, которые возможно меньше нарушают регенеративную способность надкостницы и самих костных отломков. Далее необходимо выбирать способы, которые позволяют достаточно широкое освежение и ведут к тесному соприкосновению отломков друг с другом, или трансплантата с отломками. При выборе срока операции всегда оценивать возможность дремлющей инфекции. В отношении методики самой операции—тщательное субпериостальное обнажение отломков, с сохранением связи надкостницы с окружающими мягкими тканями, соскабливая с надкостницы маленькие частицы костного вещества. Наиболее надежными способами операции считает: кольцевидный („серкляжный“) шов, штифт (Bolzung) и свободную костную аутопластику. При особо благоприятных условиях можно ограничиться простым освежением отломков с последующим скелетным вытяжением или внедрением одного конца в другой. Дает подробную оценку каждого метода и показывает к его применению.

Последний доклад проф. В. Д. Чаплина анализирует причины псевдартрозов и ошибки при их лечении. В военной обстановке возникновению п. благоприятствуют: 1) обширные ранние вмешательства; 2) обширные костные дефекты при огнестрельных ранениях; 3) частая смена повязки при транспорте. В подавляющем проценте п. развивается вследствие нарушений физиологического лечения переломов, метания врача от одного метода лечения к другому. Конституционные моменты играют, по мнению проф. Чаплина, роль весьма незначительную (в 1% случ.). Отмечает дефекты способа интрамедуллярной пластики. Процесс резорбции нередко вызывает перелом истонченной костной пластинки трансплантата. Далее наблюдается образование полости вокруг внедренного в костномозговой канал отломка, что ведет к рецидиву п. Третий дефект шифта—перелом его на пр. тяжении. Большую роль играют ошибки послеоперационного лечения: 1) тиссовая повязка, не достигающая достаточной фиксации; 2) преждевременное снятие ее; 3) легкомысленное отношение к трансплантату.

Проф. Чандин разработал метод экстрадукционной пластины, при котором применяет два транспаллятата: один интравидеальным в целях фиксации, а другой по типу боковой костно-перистальной шины. Рекомендует свой метод для п. плеча, бедра, в тяжелых случаях п. голени.

В прениях ряд товарищей поделился своим опытом, другие уточняли и подвергали критике положения докладчиков.

В этот день на заседании съезда присутствовал нарком здравоохранения т. Каминский, встреченный бурной овацией и обративший в съезду с большой речью. Т. Каминский анализировал и подчеркнул резкую критику дефекты нашей послужившей работы, наших научных работ, резинутки застойности и некачественности и распустил перспективные дальнейшей работы одного из самых организованных отрядов сов. медицины — хирургов.

Кроме программных вопросов съезд заслушал небольшое число индивидуальных докладов, на которых в пределах настоящего сообщения невозможно остановиться.

Последний день съезда посвятил вопросу этапного лечения повреждений. Доклады были представлены бригадами Военно-медицинской академии РККА и выполнены под руководством председателем выступавшего в этот день проф. В. Н. Шевкуев. Первый доклад П. А. Курильцова (от бригады в составе Добротворского, Барайтиса и Гимефеевского) об объеме и характере хирургической помощи на различных этапах эвакуации. Докладчик указал на необходимость выработать схему оказания помощи, которая обеспечила бы ее полноту и своевременность. На первом плане выступают задачи сортировки больных. Необходимо установить максимальный и минимальный объем работы пункта помощи, причем стабильность работы увеличивается с удалением к тылу. Представляет съезду ряд схем, характеризующих работу на различных этапах. Практически приходится считать все раня инфиндрованными, особенно с большой силой повреждения. Останавливается кратко на принципах их лечения.

Следующий доклад от бригады в составе Кричевского и Янтура и представлял Н. Елаискин "Переливание крови на этапах эвакуации". В условиях маневренной войны переливание крови (п. к.) не может производиться ближе дивизионного пункта медпомощи. В полковом пункте в соответствующей тактической обстановке. Всякий врач должен владеть полностью методикой п. к. Предварительная отметка группы в документах раненого не освобождает от обязанности ее проверки при производстве п. к. Как правило, следует пользоваться односторонней кровью, но при наличии абсолютных показаний допустима и чужевая группа. Необходимо изготовление изотермических ящиков для хранения крови. Основн. й метод в военной обстановке на данном этапе наших знаний — метод консервированной крови. Надо шире внедрять переливание консервированной плазмы. Трупная кровь может быть резервом для заготовки консервированной крови, но ряд обстоятельств ограничивает использование ее: трудность установления сроков смерти, а мы связаны сроком в 6 часов, опасность переноса О. В., наличие больших поверхностных ран и проч. Наряду с переливанием крови следует широко применять переливание глюкозы и солевых растворов.

Последний доклад сделал Н. С. Маркелов от имени большой бригады работников ВМА "Транспортная иммобилизация и транспорт". Лечебны задачи иммобилизации (и.) должны сочетаться с задачами организационными и тактическими условиях боя. Опыт показал, что количество раненых в конечности доходит до 70%, поэтому и будет играть большую роль. Цели транспортной и.: 1) уменьшение дислокации концов; 2) предупреждение поврежденной сосудистой нервной системы; 3) предупреждение развития вторичной инфекции; 4) содействие дальнейшим этапам лечения. Весьма большую роль будет играть оснащение. Часто будет испытываться недостаток фиксирующего материала, поэтому находчивость врача в этом отношении будет весьма важна. Вопрос о превращении открытых переломов в закрытые в условиях военной обстановки будет труден даже хирургу с достаточной квалификацией и опытом. Докладчик характеризует и средства, входящие в наше оснащение. Ставит актуальные вопросы снабжения в этой области. В последней части дает характеристику различных видов транспорта с точки зрения медицинских требований к ним.



В прениях по докладам чувствовалась большая забота о нашей Красной армии, о нуждах ее санитарной службы. С большой четкостью и прямотой ставились вопросы оснащения транспортом, инструментарием и т. д.

На вечернем заседании были приняты резолюции по программным докладам, подводющие итоги и намечающие линии дальнейшей практической и научной работы. По предложению президиума съезда избирается правление Всесоюзной ассоциации хирургов в составе 10 человек, куда вошли виднейшие ученые, практические хирурги союзных республик и областей.

Подводя итоги работе съезда, председатель И. Н. Бурденко отметил чувство реальности, которое пронизывало все доклады, отсутствие беспочвенных теорий. Определенная доля фантазии в науке необходима, но она должна исходить из фактов и приходить к фактам, к реальной жизни. Наука, погруженная только в практические задачи, неминуемо обречена на гибель, поэтому мы должны подниматься до теоретических обобщений, до синтеза наших наблюдений. В этом залог наших дальнейших успехов.

## Магний и рак.

М. С. Знаменский (Соликамск).

В 1915 г. проф. Deibel, не удовлетворенный методом чистой асептики при лечении рака, вследствие его пассивности, предпринял попытку найти такое средство, которое активно помогало бы организму в борьбе с инфекцией. В своих поисках он натолкнулся на галодобные соли магния (Mg), которые удовлетворяли его требованиям. Но в процессе работ с магниевыми солями, преимущественно с хлористым магнием, обнаружались некоторые их свойства, которые увлекли Deibel в другую, не менее интересную область, — именно область злокачественных опухолей. Серия работ проф. Deibel, посвященная проблеме Mg в биологии, в частности влиянию Mg на развитие рака, и легла в основу настоящего реферата.

### I.

Средство, которое хотел найти Deibel, должно было, по его мысли, повысить фагоцитарную способность белых кровяных шариков — наиболее ценное, чем обладает организм в борьбе с инфекцией. С этой целью были исследованы все жидкости, употреблявшиеся для лечения ран — антисептические: марганцевокислый калий, формалин, карболовая кислота, эфир, жидкости Дакэна и Лабаррака, и неантисептические: гипертонический раствор NaCl, сыворотка Petit, нуклеиновокислый натр, морская вода, жидкость Рингер-Локка, физиологический раствор. Опыт производился так: в пробирку помещались лейкоциты, микробы и исследуемая жидкость, и через 20 мин. подсчитывалось количество фагоцитирующих лейкоцитов и фагоцитированных микробов.

В результате оказалось, что фагоцитоз лучше всего происходит в физиологическом растворе NaCl.

Deibel хотелось найти средство, которое превосходило бы физиологический раствор по своему влиянию на фагоцитоз. С этой целью он решил испытать вещества, способные вызывать искусственный партеногенез — хлористые соли марганца, стронция, кальция, магния. Оказалось, что магний в растворе 12,1 : 1000 дает исключительные результаты. Он увеличивал фагоцитоз на 75% по отношению к физиологическому раствору. Увеличение касалось как числа фагоцитированных лейкоцитов, так и фагоцитирующей силы каждого из них. Путем сложных экспериментов, изложение которых невозможно здесь из-за недостатка места, было доказано, что действие хл. магния, которое Deibel назвал цитофилактическим, происходит не только *in vitro*, но и *in vivo*. Пример: 500 нормальных лейкоцитов фагоцитируют 71 коолициллу, а 500 лейкоцитов, подвергнутых действию хлористого магния, — 308 коолицилл.

Отсюда возникла идея использовать хлористый магний для подготовки больных к операциям, с целью поднять резистентность организма к травме, инфекции и анемозии.