

Протокол заседания Хирургического общества ТАССР от 15/IX 1937 г.

1. Д-р В. М. Тихонов (демонстрация). *Случай множественного повреждения скелета.*

В Ин-т ортопедии и травматологии ТНКС поступил мальчик 8 лет, с жалобой на опухоль в нижней трети правой голени (на больше-берцовой кости) и на боль в этой области, усиливающуюся при хождении и по ночам. При обследовании кроме этого очага обнаружены равномерные костные выступы на другой ноге на том же уровне на мало-берцовой кости, далее на той же правой больше-берцовой кости в верхней трети и, наконец, на левой локтевой кости.

Все эти деформации, кроме первой, не были замечены родителями и не беспокоили больного. При постановке диагноза было высказано два предположения: люетический периостит или гиперпластический периостит Пьер-Мари-Бамбергера. Рентгеновое исследование не показало классической картины периостита Пьер-Мари-Бамбергера, а обнаружило периостальные наслоения, плотно примкнувшие к корковому слою на ограниченных местах костей и с несимметричным расположением. Заметна слоистость гиперостоза. Реакция Вассермана оказалась резко положительной, хотя соответствующих анамнестических указаний не было. Случай трактуется как множественный периостит вследствие люеса.

Вспрениях доц. Л. И. Шулутко указал, что в демонстрируемом случае были диагностические затруднения. Клиническая картина была схожа с болезнью Пьер-Мари-Бамбергера. На люес указаний никаких не было. Отсутствовала триада Гутчинсона и Вельямина.

Рентген и положительная Р. В. склоняют к мысли о люетическом периостите.

2. Д-р Сметанин. *К вопросу о лечении пептических язв* (демонстрация, автореферат не представлен).

3. Д-р Н. Х. Ситдыков. *Диагностическое значение внутривенной пиелографии.*

Остановившись на путях развития внутривенной пиелографии, докладчик ознакомил с материалом по внутривенной пиелографии, прошедшим через 1 хир. кл-ку ГИДУВ. Доклад сопровождается демонстрацией серии пиелограмм. Во всех случаях был применен сергозин. На 50 пиелографий не было никаких осложнений. В подавляющем большинстве внутривенной пиелографии были подвергнуты случаи с неясной диагностикой. Во всех случаях внутривенная пиелография дала возможность правильно поставить диагноз. Высказывается за активное применение внутривенной пиелографии в урологической картине.

Прения. Проф. Б. Г. Герцберг. Желательно, чтобы докладчик представил материал в более расширенном виде; в частности интересно выяснить процент неудач и осложнений при внутривенной пиелографии.

Проф. С. М. Алексеев. Внутривенная пиелография — прекрасный диагностический метод, дающий возможность в ряде случаев разобраться в сложной клинической картине. Процент неудач должен быть ничтожен. Внутривенная пиелография имеет все преимущества перед ретроградной и тем более инструментальным обследованием.

Доц. Ю. А. Ратнер. В тех случаях, где диагноз не ясен после ретроградной пиелографии, там показана внутривенная пиелография. Внутривенная пиелография не исключает, а дополняет ретроградную пиелографию. Травмы мочевыводящих путей при ретроградной пиелографии не наблюдал, но они возможны. В диагностическом отношении ретроградная пиелография также в огромном большинстве не дает положительного ответа.

Единственным недостатком внутривенной пиелографии является дороговизна метода.

Председатель проф. Н. В. Соколов (резюме). Значение метода внутривенной пиелографии очевидно из тех рентгенограмм, которые проведены докладчиком. Надо полагать, что на данном этапе оба метода — и метод ретро-

градной и метод внутривенной пиелографии — должны найти свое место в клинике. Но несомненно, что метод внутривенной пиелографии имеет блестящие перспективы.

Административная часть.

Председатель Общества проф. Н. В. Соколов сделал отчетный доклад о деятельности О-ва с 1/1 1935 г.

Произведены выборы бюро. Тайным голосованием избраны: проф. Н. В. Соколов, проф. Г. М. Новиков, проф. В. А. Гусынин, доц. Л. И. Шулутко, проф. С. М. Алексеев, д-р В. М. Осиповский и проф. И. В. Домрачев.

Председатель проф. Н. В. Соколов.
Секретарь д-р В. М. Осиповский.

Заседание 15/X 1937 г.

Демонстрации.

1. А. Н. Новиков демонстрирует больного после *amputatio interg-sarculo-thoracica*, оперированного (проф. Н. В. Соколов) по поводу саркомы плеча. Докладчик. Операция проведена под инфильтрационной анестезией, указывает технику анестезии при этой операции и подчеркивает значение для анестезии фасциальных футляров, как это было указано проф. А. В. Вишневым.

Прения:

Проф. С. М. Алексеев интересуется, не было ли пролежня над оставленной частью ключицы: в наблюдениях клиники Вишневого имели место и пролежни, и секвестрации. В данном случае с успехом использован принцип Вишневого футлярной анестезии.

В. И. Михайлов считает рациональным с точки зрения профилактики шока использовать при перерезке нервов эндоневральную анестезию.

Проф. В. А. Гусынин. Ампутация в межлопаточно-грудном пространстве под местной инфильтрационной анестезией является свидетельством успеха техники и торжества метода местного обезболивания. В отношении к данной операции местное обезболивание все же не может быть названо универсальным способом обезболивания. Оно не может быть применено в детском возрасте и при тяжелых травматических повреждениях плечевого пояса с обширными разрушениями мягких и костных тканей по соседству от плечевого сустава. Делится впечатлениями о своих 3 случаях ампутации, произведенных под общим наркозом. Показанием для операции послужили в 2 случаях саркома и в 1 случае травма.

Проф. Г. М. Новиков. Нельзя согласиться с мнением проф. Гусынина, что метод местной анестезии не универсален. В случаях обширных травм она и выполнима и играет противошоковую роль. Смертность при местной анестезии снижается. Под местной анестезией можно успешно производить любые операции, в любом возрасте.

2. В. Н. Горбатов демонстрирует больного с диагнозом *множественных язв желудка*, подтвержденным при лапаротомии. Наблюдение интересно с точки зрения диагноза и выбора оперативного метода.

Поставленный диагноз — язва малой кривизны желудка, 12-перстной кишки с сужением привратника, подтвердился на операции. Произведена задняя гастро-энтеростомия, во-первых, вследствие технической трудности резекции из-за высокого стояния язвы, во-вторых, вследствие наклонности при множественных язвах к образованию новых язв, развивающихся иногда и после резекции желудка.

Прения:

Д-р Михайлов сообщает, что на материале Плетневской больницы в 600 случаях множественные язвы были обнаружены только 3 раза.

Проф. В. А. Гусынин отдает должное клинике, поставившей диагноз множественных язв до операции. Такое распознавание возможно только в случае