

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 ампутации *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

разделения язв большими расстояниями друг от друга (малая кривизна у с a t-  
d i a и d u o d e n u m).

Проф. Ю. А. Ратнер встречал в своей практике множественные язвы  
7 раз; диагноз зависит от точности рентгеновского исследования.

Проф. Г. М. Новиков. Множественные язвы желудка не так редки. На  
своем материале на коротком периоде времени встретил в 3 случаях. Пови-  
димому, редкими они считаются потому, что диагноз их трудна, а опера-  
тивная проверка их наличия возможна лишь при резекции. Не соглашается  
с докладчиком в вопросе выбора метода гастро-энтеростомии.

З. С. Л. Юрченко. Демонстрирует *макропрепарат* удаленной (проф.  
С. М. Алексеев) правой почки, пораженной раковым новообразованием. Па-  
тогистологическое исследование показало цисто-карциному. Пораженная почка  
удалена у молодого человека 19 лет. Большой никаких жалоб не предъявлял,  
за исключением увеличивающейся опухоли в правом подреберье, которую он  
обнаружил сам. Ни в анамнезе, ни за время пребывания в клинике у боль-  
ного не отмечалось гематурии. При цистоскопии выяснилось: отсутствие фун-  
кции правой почки. Опухоль удалена внутрибрюшинно через пояснично-  
брюшинный разрез Федорова.

*Прения:*

Проф. С. М. Алексеев. Ставит вопрос о пересмотре техники операции  
удаления злокачественных опухолей почек. При обычной технике поясничного  
удаления опухолей почек момент изоляции почки от жировой капсулы сопря-  
жен с „массированием“ последней. Это обстоятельство при еще неперевязан-  
ной сосудистой ножке может послужить причиной метастазирования. С про-  
филактической точки зрения целесообразнее удалять такие опухоли со стороны  
брюшной полости. В этом случае надо идти на сосудистую ножку и перевя-  
зывать ее; дальнейшие манипуляции с злокачественным новообразованием  
почки, в смысле метастазирования, менее опасны. Рекомендует прежде, чем  
подвергать таких больных операции, провести курс рентгенотерапии с целью  
уменьшения объема опухоли.

Проф. Ю. А. Ратнер. Случай рака почки интересен с точки зрения пато-  
лого-анатомических данных. Опухоль оказалась цистокарциномой, тогда как  
она чаще бывает цисто-аденомой. Располагает материалом свыше двух десятков  
случаев злокачественных опухолей почек.

А. Л. Поляндцев в своем выступлении касается третьей демонстрации  
(случай опухоли правой почки). По принятому мнению в патологической  
анатомии считается, что раковые опухоли метастазируют по лимфатическим  
путям, а саркоматозные — по кровеносным. Топография лимфатических сосудов  
печени и почек такова, что лимфотки их впадают в разные места. Правильнее  
будет представить, что опухоль печени развилась у больного per continu-  
itatem, а не путем переноса. Метастазы же при злокачественных опухолях почек  
должны быть, в первую очередь, в легких.

Проф. Ю. А. Ратнер. Считает, что несмотря на различные морфологические  
отношения лимфатической системы почки и печени, перенос злокачественной  
опухоли не исключается.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Демонстрация больного с операцией  
Berger'a интересна с точки зрения проведения ее под местной анестезией.  
Использование футлярных пространств как это указал проф. Вишневский,  
дает возможность провести безболезненно травматическую операцию с пере-  
вязкой сосудов и перерезкой нервов плечевого сплетения.

Диагноз множественных язв желудка труден, но в данном случае нам помог  
опыт прошлого года, когда рентгенологи давали различные заключения  
больному, у которого на операции были обнаружены множественные язвы.  
Кроме того, детальный разбор клинических симптомов не укладывался в кар-  
тину одной язвы.

Множественные язвы встречаются не так часто; по материалу клиники на  
400 язв желудка — в 5 случаях.

Предложение проф. Алексеева относительно пересмотра методики опери-

рования злокачественных опухолей почек заслуживает внимания и интересно по своим обоснованиям.

4. Р. А. Вяселев (доклад). „К вопросу об анаэробной инфекции в условиях мирного времени“. Докладчик на основании изучения послевоенной литературы и 10 случаев газовой флегмоны, наблюдавшихся за последние 2 года в госпитальной хирургической клинике Казанского мединститута, трактует газовую инфекцию как довольно частое осложнение ранений и в мирное время. Докладчик указывает на наличие проблем, нуждающихся в дальнейшей разработке, напр. патогенез, диагностика, лечение и профилактика газовой инфекции.

Кровотечение и шоковое состояние благоприятствуют развитию газовой инфекции в ранах. В качестве особенностей патогенеза приводятся случаи газовой флегмоны после закрытого перелома костей голени с разрывом art. tibialis anter. при небольшой экскориации кожи голени, вспышка дремлющей газовой инфекции (*B. perfringens*) после редрессации коленного сустава и др. Один из случаев иллюстрирует тяжелую клиническую картину газовой флегмоны со смертельным исходом при длительном течении процесса (20 дней). Приводятся два случая открытого перелома костей голени, давших осложнение газовой флегмоны после первичного шва.

Во всех 10 случаях диагностика газовой инфекции основывалась на ясной клинической картине; в 5 случаях клинический диагноз был подтвержден посевами.

Вновь возникающая боль на месте травмы или усиление имеющейся боли при мягком, частом пульсе, высокая температура, желтушность кожных покровов, сухость раны, наличие грамположительных палочек в последней и тем более — подкожная крепитация, служат вполне надежным основанием для диагностики газовой инфекции и диктуют проведение соответствующего лечения, не дожидаясь дальнейшего бактериологического исследования.

Случаи, где применялось лишь хирургическое вмешательство, окончились летально. В двух случаях, при которых широкие разрезы сочетались со своевременным введением смеси противогангренозных сывороток, получен хороший эффект.

Докладчик приписывает большую роль переливанию крови с точки зрения борьбы с шоковым состоянием и анемией, на фоне которых газовая инфекция протекает особенно бурно. Эффект от переливания крови иллюстрируется двумя случаями.

Круг применения ампутаций при газовой инфекции безусловно должен сузиться за счет своевременного сочетанного лечения разрезами и сыворотками.

#### Прения.

Проф. Г. М. Новиков. Применение противогангренозной сыворотки — значительный вклад в терапию анаэробной инфекции. К сожалению, надо констатировать печальный факт: в Казани до сих пор такой сыворотки нет. Микробиологический институт до сих пор не освоил методику приготовления этих сывороток. Иногда институт со значительными перебоями и опозданием доставляет и противостолбнячную сыворотку. Теперь, после того как выяснилось, что руководство микробиологического ин-та находилось в руках врагов народа, понятны эти организационные неполадки.

Оперативное лечение анаэробной инфекции претерпевает ряд изменений. На XXII Съезде хирургов проф. Флеров рекомендовал глубокие разрезы, дававшие хорошие результаты.

По опыту оппонен та они не дают желаемого результата. Хорошие результаты дают в этих случаях своевременно сделанные ампутации. Правильное проведение первичной обработки ран еще не вкоренилось в практику хирургов. Комментирует это случаями, наблюдаемыми при доставке больных из районных больниц.

Обращает сугубое внимание на технику первичной обработки ран. Считает, что своевременно и правильно сделанная обработка раны во многих случаях является надежным профилактическим средством борьбы с анаэробной инфекцией в ране.

Проф. В. А. Гусынин. Диагностика заражения анаэробной инфекцией, к сожалению, в большей части случаев запаздывает, иногда настолько, что успех оперативного лечения исключается. Бросается в глаза большая разница в частоте осложнения газовой гангреной в военное время и мирное. Частое заражение гангреной во время мировой войны объясняется, между прочим, сильным истощением и изнурением солдат в условиях окопной войны и дурного питания. Этот факт должен быть учтен в профилактике осложнения.

Серотерапия газовой гангрены до сего времени мало распространена. Необходимо наладить снабжение казанских клиник и больниц противотоксической и противобациллярной сыворотками для изучения действия их. Правильная первичная обработка ран также является лечебно-профилактическим средством борьбы с осложнением. При наличии явлений заражения необходимы более радикальные средства.

Проф. И. В. Домрачев сообщает о казуистическом случае заражения газовой инфекцией.

Д-р Ефимов. Наблюдал 3 случая газовой гангрены. Делится впечатлением о последнем случае травматического повреждения плеча с развившейся газовой инфекцией. Больной на ампутацию не соглашался. Произведенная на следующий день экзартикуляция не спасла больного.

В. Н. Помосов. Анаэробная инфекция чаще встречается в военное время, чем в мирное, потому что в военное время ее развитию содействует целый ряд факторов: длительное ненормальное питание, антисанитарная обстановка окопной жизни, длительные перетяжки конечностей жгутами, поздняя и недостаточная первичная обработка ран и т. д. Но и в мирное время она не такое редкое явление, в этом убеждают данные ин-та им. Склифасовского, проф. Мельникова и др. Особо следует помнить, что анаэр. инф. может развиться после незначительных повреждений, что симбиоз с аэробами ухудшает течение процесса, что чаще она поражает нижние конечности. Основное в борьбе с а. и.— профилактика, которая должна складываться из ранней и тщательной первичной обработки любой раны и раннего введения противогангренозной сыворотки при всяком ранении, где есть подозрение на загрязнение раны землей и т. п. Здесь врачи должны быть так же строги и пунктуальны, как по поводу профилактики столбняка. Успех в лечении зависит от раннего применения необходимых мероприятий, отсюда следует, что ранняя диагностика а. и.—основа лечения. Лечение должно быть только комбинированным: хирургическое и сывороточное. Из хирургических мероприятий—ранние и высокие ампутации и экзартикуляции при быстро прогрессирующих формах с широко открытой культей и множественные глубокие разрезы при медленно протекающих формах являются обязательными мероприятиями. Обязательны повторные введения полимикробных антигангренозных сывороток. Наряду с этими мероприятиями показано переливание крови.

Доц. Л. И. Шулутоко. Вопрос об анаэробной инфекции должен интересовать хирургов и ортопедов-травматологов в мирное время для того, чтобы быть во всеоружии в этом вопросе в условиях фронта. В мирное время газовая инфекция нередко наблюдается при сельскохозяйственных и уличных травмах, значительно реже—после „чистых“ операций.

В последних случаях приходится, повидимому, встречаться с фактом наличия у больного „дремлющей“ анаэробной инфекции, которая вспыхнула под влиянием оперативной травмы. Среди материала докладчика был один случай газовой флегмоны после насильственной редрессации по поводу контрактуры сгибателей бедра. В ортопедической практике часто приходится прибегать к редрессации, и указанный докладчиком случай должен явиться некоторого рода сигналом более осторожного подхода к редрессациям областей, с богатой мускулатурой, где, как известно, анаэробы находят наилучшую почву.

Практически важным является вопрос о лечении и профилактике газовых флегмон. Не приходится говорить о случаях, где наблюдается молниеносное течение, быстро приводящее к гибели больного. Не вызывает споров также от-

ношение к начинающейся инфекции, где все согласны с необходимостью производить тщательную первичную обработку, широкое раскрытие карманов и удаление некротических участков.

Спорным лишь является вопрос о сроках производства ампутаций. Из опыта мировой войны известно, что более чем в половине случаев ампутации производились по поводу газовых инфекций.

Сейчас, когда в руках хирурга имеется мощное средство — серотерапия, показания к ампутации должны сузиться. Вопрос этот, безусловно, должен решаться индивидуально. Нужно на занятиях со студентами и врачами широко пропагандировать применение антитоксических и антимикробных сывороток в самых начальных стадиях газовых флегмон, подчеркивая, что такой подход несомненно сохранит большому количеству больных их конечности.

Отсутствие эффекта у некоторых авторов при применении сыворотки с профилактической целью не должен останавливать от дальнейшей проверки этого метода.

Проф. Ю. А. Ратнер делится впечатлением о 2 случаях газовой гангрены после трамвайной травмы. В обоих случаях, несмотря на раннюю первичную ампутацию, вскоре наступила смерть. Обращает внимание на симптоматиологию и профилактику газовой инфекции.

Д-р Даньков приводит случай газовой гангрены плеча после ранения кисти руки. Разрезы и дренаж были безрезультатны, от введения противосибирезвенной сыворотки получен был хороший эффект.

Председатель проф. Н. В. Соколов (резюме). Материал докладчика не велик, но обсуждение вопроса об анаэробной инфекции ран своевременно.

Совершенно правы говорившие в прениях, что первый вопрос — это профилактика развития в организме анаэробной инфекции. С этой целью необходимо широко пропагандировать иссечение ран и введение сывороток.

Что касается методов лечения при обнаруженной уже газовой флегмоне, то здесь линия поведения хирурга не всегда одинакова. В одних случаях спасают большого широкие разрезы, в других не спасают и ампутации. Во всяком случае ампутация и экзартикуляция плеча и бедра обычно бесполезны, когда процесс распространяется уже на эти отделы конечностей.

При всех условиях сыворотки должны быть широко использованы и при развившейся болезни. Должен быть поставлен вопрос перед НКЗ о снабжении хирургических клиник и хирургических отделений больниц противонаэробными сыворотками.

Председатель проф. Н. В. Соколов.

Секретарь д-р В. М. Осиповский.

#### Заседание 31/X 1937 г.

1. Л. И. Цыпорикин (техник-протезист) демонстрирует:

а) Модификацию клеммы Шмерц-Павловича, в которой винты заменены автоматическим пружинным зажимом.

б) Прикрыватный блок, состоящий из проволочной стальной рамки с крючками и передвижного блока, укрепленного на дужке.

Демонстрируемые аппараты изготовлены докладчиком в мастерской Ин-та ортопедии и травматологии.

2. Д-р А. Г. Тихонов (демонстрация). *Задний патологический вывих голени.* Больной Б., 13 лет, поступил в клинику ортопедии и травматологии с жалобой на невозможность пользоваться левой нижней конечностью. Год назад в левом коленном суставе был острый воспалительный процесс, в результате которого образовалась контрактура сустава с полным вывихом костей голени кзади.

Данные клинического и рентгенологического обследования подтверждают, что у больного имеется полный вывих голени кзади.

Больной демонстрируется по следующим соображениям: 1) случаи полного патологического вывиха без поражения суставных концов костей редки; 2) случай представляет интерес в отношении этиологии происхождения вывиха; 3) в отношении дальнейшей терапии.