

ложенной поджелудочной железой (*pancreas anularis*). В первом случае операция не была произведена ввиду тяжелого состояния больного. Второй больной тоже был сильно истощен, и операция задней дуоденоеюностомии не увенчалась успехом. В третьем случае произведена гастроэнтеростомия, и в четвертом — резекция желудка с хорошим результатом.

2. Д-р А. И. Масловская. *К вопросу о хирургическом лечении кишечной непроходимости при беременности*. Сообщает литературные данные и описывает 2 собственных наблюдения. В первом случае была беременность 7 месяцев и заворот сигмовидной кишки с омертвением ее. Произведено кесарское сечение и одномоментная резекция сигмовидной кишки; выздоровление. Во втором случае была 5-месячная беременность и непроходимость, вызванная сдавлением петли тонкой кишки между промонториумом и беременной маткой. Натянутая брыжейка тонкой кишки в свою очередь сдавила сигму, которая в верхнем отделе была сильно раздута. Произведена пункция сигмовидной кишки и резекция омертвевшей петли тонкой кишки. Беременность сохранена, но на 7-й день наступил самопроизвольный выкидыш. Больная умерла от перитонита. Докладчик высказывается за целесообразность прерывания беременности при операции по поводу кишечной непроходимости.

3. С. А. Смирнов. *Закрытие дефектов крыла носа свободной пересадкой тканей с губы рта*.

Проф. Н. В. Соколов. (Заключительное слово). Малое количество оперированных больных с пилоростенозом указывает на консерватизм педиатров. Результаты оперативного лечения могли быть гораздо лучше, если бы больные своевременно направлялись для хирургического лечения. Необходимо обсудить этот вопрос с педиатрами на совместном заседании. Второй вопрос — о поведении хирурга при кишечной непроходимости у беременных также является актуальным. Желательно обсудить его совместно с гинекологами. Предложение д-р Смирнова о замещении дефектов крыла носа тканями с губы рта является оригинальным и в общем получило положительную оценку. Остается проверить этот метод на большем материале и на отдаленных сроках после операции.

Председатель засл. деят. науки проф. Н. В. Соколов.

Секретарь доц. Вилесов.

Заседание 20 декабря 1940 г.

Заслуж. деят. науки проф. В. А. Гусынин произнес речь памяти Н. И. Пирогова по поводу 130-летия со дня его рождения. Печатается в этом номере.

Доклад д-ра А. А. Айдарова. *Лечение абсцессов мозга травматического происхождения*. Будет напечатан в „Каз. мед. журнале“.

Заседание 28/XII-1940 г.

1. Военврач III ранга А. С. Власов. *Случай кишечной непроходимости на почве туляремии брыжеечных желез*.

2. Военврач II ранга А. И. Баскаков. *Случай обширной резекции кишок*. А. оперировал в хирургическом отделении КВГ больного Я., 21 года, по поводу заворота кишок. Под местным обезболиванием резецировано 2,5 метра омертвевших кишок (тонкая, слепая, восходящая и часть ободочной кишки); наложен боковой анастомоз.

После операции у больного в первые дни понос по 5 раз в сутки. Через три недели стул пришел к норме, и больной прибавил в весе 2,1 килограмма. Больной выписан при нормальной функции желудочно-кишечного тракта и в хорошем состоянии. Демонстрируется патологоанатомический препарат удаленных кишок.

3. Д-р А. О. Масловская. *Три случая спленектомии*.

Демонстрируются трое больных в возрасте 10, 12 и 14 лет, которым произведена спленектомия по различным показаниям. В первом случае — болезнь Банти; во втором — травматический разрыв малярийной селезенки и в третьем — тромбопеническая пурпура. Во всех случаях гладкое течение и выздоровление. Предъявлены патологические препараты удаленных селезенки.

4. Проф. С. М. Алексеев. *Случай эхинококка почки*.

Демонстрируется больная и макропрепарат удаленной почки. Случай закончился полным выздоровлением.

5. Д-р Я. М. Криницкий (доклад). *Новый рассасывающий материал для остеосинтеза*. Докладчик экспериментально изучал действие электрона (сплав магния и алюминия).

Данные эксперимента на кроликах, крысах, собаках и самом себе позволили автору прийти к заключению, что 1) электрон никакой токсичностью не обладает, 2) металл полностью рассасывается, 3) электрон является прекрасным материалом для остеосинтеза, значительно улучшающим репаративные процессы в костях.

6) Тех. директор Казанского кетгутного завода д-р Н. А. Крылова (доклад). Сравнительная оценка клинических методов стерилизации кетгута.

Производство кетгута в СССР сосредоточено в г. Казани, здесь же находится и госконтроль за качеством выпускаемого кетгута и за его технологическим процессом. Докладчик сообщает о 5-летнем применении методов стерилизации кетгута, аннотированных Ученым Мед. Советом НКЗдрава СССР и рекомендованных для хирургических клиник и больниц СССР.

В процессе изыскания рациональных методов обработки кетгута, обеспечивающих его стерильность, прочность нитей и т. д. были изучены 42 метода.

Наиболее рациональные полные методы стерилизации. Из последних У.М.С. НКЗ СССР утвердил для клинического применения, как наилучший, метод И. В. Домрачева. Кетгут Домрачева удобен в военной обстановке, т. к. им можно пользоваться при очень холодной и очень высокой температуре; удобен при транспортировке, т. к. он сухой, без консерванта, может храниться 2—3 года.

7. Д-р Гуревич. (Доклад) Футлярный новокаиновый блок Вишневого как метод функционального долечивания военной травмы конечностей.

В хирургическом отделении Н-ского военного госпиталя автор в 30 случаях функциональной тугоподвижности конечностей, где причиной являлся воспалительный процесс после огнестрельного ранения, успешно применил футлярный блок.

На основании своих наблюдений автор пришел к следующим выводам:

1. Футлярный новокаиновый блок Вишневого является эффективным методом долечивания функциональных последствий военной травмы конечностей; особенно успешно применение его в тех случаях, когда ограничение подвижности конечностей зависит от воспалительных процессов.

2. Механизм действия футлярного новокаинового блока заключается в том, что, разрешая воспалительный процесс (или его остаточные явления), уничтожая боль, отек и улучшая местное крово- и лимфообращение, а также, повидному, тонизируя нервные приборы, он создает все условия для успешного восстановления функции конечности (увеличение объема движений, мышечной силы).

3. Футлярный новокаиновый блок может иметь и дифференциально-диагностическое значение: улучшение функции после блока будет свидетельствовать о воспалительной природе тугоподвижности и возможности функциональной обратимости ее; безуспешность блока указывает на глубокие органические изменения (перерыв нервов, сухожилий, мышц, большие разрушения костей) и меньшую вероятность восстановления функции. Это может иметь большое значение для врачебно-трудовой экспертизы, т. к. позволяет судить о характере и длительности нетрудоспособности.

Председатель заслуж. деятель науки проф. Домрачев.

Секретарь доцент Осиповский.

14-я научная конференция Казанского ГИДУВ'а

25 декабря 1940 года

1. Доц. А. С. Муромцев. К вопросу о нейрогенном факторе в патогенезе кишечных узлов.

Нейрогенному фактору в патогенезе кишечных узлов принадлежит ведущая роль, определяющая тот или иной исход болезни. Больные погибают от шока и токсемии. Пораженные первично вследствие сосудистых расстройств нервные элементы кишечника обуславливают потерю эластичности кишечной стенки, открывая тем самым ворота для инфекции. Только с окончательной регенерацией поврежденных нервов кишки, брыжейки и брюшины восстанавливается перистальтика и стихают явления токсемии.

При кишечных узлах еще в большей степени, чем при других формах общей кишечной непроходимости необходимо расширить показания для широкой резекции, резко сузив круг распутывания узла. Развязыванием узла можно ограничиться лишь в тех случаях, где узел почти не затянут, кишка не изменила своего цвета и в ней сохраняется перистальтика, а также при условии, если с момента заболевания прошло не более 6 часов. Крепко же затянутый узел даже двух и одно-часовой давности безусловно нужно резецировать, так как по внешнему виду кишки, как показали наши нейростологические наблюдения, судить о жизнеспособности ее нельзя.