

лишь в тех случаях, когда есть основание предполагать наличие злокачественной опухоли. Эпителомы вульвы будут встречаться несомненно более редко, если своевременно будут устраиваться подобного рода состояния хронического раздражения введением соляной кислоты и рыбьего жира. Ахлогидрия часто наблюдается в тех случаях пруритуса вульвы, которые не проходят после устранения местных каузальных факторов. Тогда нужно приступить к даче соляной кислоты. Одна чайная ложка разбавленной соляной кислоты вливается в стакан воды. Половину этого количества надо принимать маленьким глотками во время еды, другую половину выпить по окончании ее. Это нужно повторять во время каждой трапезы в течение многих недель подряд. В некоторых случаях раздражение повторялось и прием кислоты был прекращен хотя бы на несколько дней. Рыбьего жира даются 3 чайные ложки в день. Местное лечение. Местное лечение принимается только при наличии очень сильного раздражения. Лучше всего в подобных случаях действует крем, приготовленный из окиси цинка, крахмала и масла сладких миндалей. Удалять его надо не водой, а тем же миндальным маслом. Всякого рода сопутствующие местные причины следует, конечно, тоже устранять, напр., делать сидячие ванны, в тех случаях, когда атрофическая или гипертрофированная слизистая оболочка послужила бы благоприятной почвой для внедрения болезнетворных бактерий.

В. Дембская.

Geoffrey Holmes. *Климатерический артрит*. (J. Am. m. Ass. T. 109, № 15, 9/X 1937).

Автор обозначает под именем климатерического артрита такое заболевание суставов, которое начинается за 5—6 лет до прекращения месячных или вскоре после него. Начинается он обычно постепенно, вначале причина мало беспокоит. Больная не выглядит ни анемичной ни интоксигированной. Чаще всего поражаются коленные суставы, мешая движению, в особенности вниз по лестнице. В ранних стадиях заболевание ничем не отличается от хронического синовита. Пальпация указывает, что синовиальная оболочка с внутренней стороны утолщена и чувствительна. При сгибании и разгибании колена получается ощущение, там будто заложена мягкая бархатная подушечка. На рентгенограмме в ранних стадиях не удается констатировать утолщение костей или уплотнение окружающих тканей. В запущенных случаях развиваются изменения, свойственные обыкновенному гипертрофическому артриту. Характерным представляется изменение кистей рук. Чаще всего поражаются карпometакарпальные суставы больших пальцев и суставы терминальных фаланг пальцев. Периартикулярная инфильтрация дает ощущение повышенной эластичности. Пальцы синюшные или очень бледны и холодны, ладони покрыты липким потом.

Поводом к проявлению заболевания может служить травма, инфекция или эндокринные расстройства. Такие септические фокусы, как кариозные зубы, должны быть удалены. Следует устранить запоры. У слишком тяжеловесных особ следует ограничить потребление углеводов и вообще калорийной пищи. По мере надобности следует давать витамины В и D в комбинации с кальциевыми солями. Нужно исправить плоскостопие, в особенности у жирных особ. Горячие общие ванны или паровые ванны, соединенные с массажем весьма полезны. Из эндокринных препаратов показаны тиреоидные и эстрогенные вещества.

В. Дембская.

Заседания медицинских обществ.

Хирургическое общество ТАССР.

Заседание 9/1 1938 г.

Демонстрации.

1. Д-р М. М. Шалагин. *К вопросу о хроническом осумковывающем фиброзном перитоните*. Докладчик описывает случай хронического инкапсулирующего фиброзного перитонита, оперированного с диагнозом острой кишечной непроходимости. На операции удален конгломерат тонких кишок с фиброзной капсулой. Случай закончился выздоровлением. Остается вливаются на литературу вопроса. Считает, что в этиологии заболевания имеет значение сальник.

2. Д-р А. О. Масловская. *Случай воздушной эмболии при повторной операции зоба*. Автор сообщает о случае смерти от воздушной эмболии при повторной операции зоба, наблюдавшейся в пропедевтической хир. кл-ке Мед. и-та (проф.

Б. Г. Гердберг). Случай касался больной И., 55 лет, страдавшей зубом с 1919 г. В 1924 г. 6-ная подвергалась операции в одной из больниц г. Казани.

В момент поступления в клинику зуб достигал размеров головы новорожденного и вызывал ряд общих расстройств. 3/IV 37 г.—операция (проф. Б. Г. Гердберг), во время которой был обнаружен сосудисто-коллоидный зуб с большими рубцовыми спайками. При попытке отделить рубцы слева, внезапно послышался звук, характерный для вхождения воздуха в вену и больная экзитировала. На вскрытии в правом предсердии обнаружены пузырьки воздуха, смерть последовала от паралича сердца вследствие воздушной эмболии.

В литературе имеются указания на аналогичные случаи—у Frey'a 11 случаев смерти от воздушной эмболии, по одному случаю у Ran'z'a и Никольского.

З-д-р А. А. Нааликин продемонстрировал больного со спонтанной гангреной, которому была произведена операция (проф. Ю. А. Ратнер) удаления люмбальных симпатических ганглиев экстраперитонеальным путем. Ближайшие результаты от операции хорошие.

В прениях приняли участие: д-р Шубин, д-р Смирнов, проф. Б. Г. Гердберг, проф. В. А. Гусинин, проф. Ю. А. Ратнер, проф. С. М. Алексеев, проф. И. В. Домрачев.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Все три демонстрации являются интересными.

Этиология хронич. осумковывающего перитонита до сих пор остается неясной. Наиболее стройно она изложена была проф. Алексеевым, но предшествование капсулы требует еще доказательства. Во всяком случае роль инфекции становится все более очевидной в развитии осумковывающих перитонитов. Для выяснения этиологии этого заболевания требуется особенно тщательный микроскопический анализ препаратов при встречающихся случаях осумкованного фиброзного перитонита.

Лечение спонтанных гангренов должно носить этапный характер; на каждом этапе развития заболевания—своя методика. В начальных стадиях особое значение имеют консервативные методы—новокаиновый блок, впрыскивание дистиллированной воды; в дальнейших стадиях—консервативные операции: симпатектомия по Lerisch'у, иссечение симпатических узлов; наконец, при выраженной гангрене с отсутствием пульса в периферических сосудах—ампутация. Судить о результатах по демонстрируемому случаю еще рано, так как срок после операции слишком короток.

Случаи воздушных эмболий при операциях по поводу зоба не часты, но они возможны. Ранение сосудов при вовлечении их в рубцы встречаются чаще и ранение v. jugularis в случае докладчика, где операция производилась повторно в условиях рубцеобразования, вполне понятно.

4. Д-р М. М. Шалагин демонстрирует сконструированный им электроотсасывающий аппарат. Аппарат с успехом опробован во время операций в 1 хир. кл-ке ГИДУВ (зав. проф. Ю. А. Ратнер). Аппарат прост по устройству и недорог.

В прениях П. В. Рудницкий, Ю. А. Ратнер дали положительную оценку электроотсасывающему аппарату конструкции автора.

5. Д-р А. С. Муромцев (доклад). *Морфологические изменения нервного аппарата кишечника при экспериментальной непроходимости кишок.*

Автор с целью выяснения морфологических изменений нервного аппарата кишки и брыжейки в условиях экспериментального илеуса поставил 3 опыта на собаках. Собакам под общим наркозом производилась лапаротомия, отыскивалась S-образная кишка и перекручивалась от 180 до 360°. Перекрученные петли кишок фиксировались 4—6 серозными швами.

Через различные сроки (от 6 часов до 5 суток) собаки подвергались релапаротомии или же, в случае смерти, подвергались секции.

Гистологически исследовались: 1) ущемленная петля сигмы и ее брыжейка; 2) нижнее брыжеечное сплетение и солнечное сплетение; 3) участок тонкой кишки.

Препараты окрашивались по Van-Gieson'у и Bielschowsky-Gros. Всего было приготовлено и просмотрено около 2000 препаратов.

Весь материал автором распределен на три группы: 1) Случаи острой непроходимости, не осложненные перитонитом, сроком от 6 часов до 50 часов; 2) случаи острой и относительной непроходимости сроком от 24 до 144 часов; 3) относительная непроходимость.

Микроскопический анализ материала первой группы показал, что при остром завороте морфологические изменения в нервных элементах Ауэрбаховского спле-

тения становятся заметными уже после 6 часов с момента заворота, после чего процесс деструкции быстро нарастает.

В то время как при 12-часовой длительности непроходимости имеется лишь ясно выраженная варикозность только небольшого количества нервных волокон, слабая вакуолизация и изменение контуров клеточных элементов, в опытах 24 и 36-часовой длительности эти явления резко нарастают, достигая в опытах 48-часовой давности ясной картины зернистого распада большинства ганглиозных клеток интерцеллюлярных нервных волокон. В брыжеечных нервах имелись различной степени дегенерации, как толстых мякотных, так и безмякотных нервных волокон. В вышележащем от места заворота отделе кишки (на 80—100 см) морфологические изменения шли параллельно изменениям ущемленного участка, но никогда не достигали степени, наблюдавшейся в последней. В этих случаях наблюдалась частичная вакуолизация клеточных элементов и нерезко выраженная варикозность нервных волокон. В нижнем брыжеечном и солнечном симпатическом сплетении нервные элементы являлись интактными.

При изучении материала второй группы у автора сложилось впечатление о большей степени выраженности изменений и охвата большего количества нервных элементов. В этих случаях наблюдалась глубокая дегенерация терминальных двигательных веточек в мышечных волокнах, которые импрегнировались серебром в громадном количестве, выявляя весьма оригинальную картину глубокого терминального мышечного сплетения, и кроме того дегенерация тончайших веточек периваскулярного сплетения. В приводящем отрезке кишки нервные элементы по сравнению с первой группой были более сильно изменены. Автор относит это за счет имевшегося здесь перитонита. В нижнем брыжеечном и солнечном сплетении нервные элементы также были подвергнуты дегенерации.

Насколько влияет степень закручивания кишки и на изменения нервных элементов показывают опыты третьей группы, где была относительная непроходимость. Здесь, несмотря на длительность срока заворота, изменения в нервном аппарате никогда не достигали той степени, какая была при тех же самых сроках, но при более сильной закрученности кишки. Наибольшие изменения наблюдались в опытах 96-часовой давности, но и здесь эти изменения далеко отставали от изменений, наблюдаемых в краткосрочных опытах с сильной степенью ущемления кишки.

На основании своих исследований автор делает такие выводы: эксперименты на собаках показали, что при завороте в стенке ущемленной петли кишки, а также в исследованных отделах тонких кишок—имеются морфологические изменения нервных элементов. Степень этих изменений зависит как от срока непроходимости, так и от степени перекручивания кишки.

При завороте, осложненном перитонитом, дегенерация нервного аппарата выражена сильнее.

Наблюдаемая деструкция клеточных элементов и дегенерация терминальных двигательных окончаний в мышечных волокнах дает право предполагать, что паралитическая кишечника обусловлен гибелью моторного нервного аппарата.

Ганглиозные клетки I рода Догеля в материале автора являются более измененными нежели клетки II рода, что лишний раз подтверждает воззрение Догеля, что клетки II рода являются чувствительными и потому более устойчивыми.

Вопрос об обратимости найденных морфологических изменений остается пока открытым и является предметом дальнейших исследований автора.

Прения. Приняли участие проф. И. В. Домрачев, д-р Шалагин, проф. С. М. Алксеев, д-р Полянцеv и доц. Колосов, отметившие доклад как весьма интересный и имеющий большое морфологическое значение.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). В вопросе об ileus'e до сих пор одним из неясных пунктов является вопрос об исходе его, о причинах смерти. Предложено много теорий для объяснения причин смерти, из которых ни одна, взятая в отдельности (интоксикационная, голодание, нарушение обмена и др.), не в состоянии полностью объяснить причину смерти при ileus'e.

Нет сомнения, что нервная система и ее состояние играют существенную роль в исходе ileus'a.

Д-ром Муромцевым на первом этапе его работы поставлена скромная задача—выяснить, каким морфологическим изменениям подвергается нервная система в стенке экспериментально перекрученной кишки у собак в мезентеральном ганглии. Результаты его наблюдения с несомненностью говорят о наличии этих изменений.

Докладчику предстоит расширить рамки его эксперимента и вести дальнейшие наблюдения.

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

Заседание 15. I. 1938 г.

1. Д-р П. Н. Лебедев (демонстрация). *Случай разрыва аневризмы аорты, симулировавшей желудочное кровотечение.*

В клинике неотложной хирургии ГИДУВ (проф. Г. М. Новиков) находился на излечении больной, у которого на протяжении недели наблюдалась часто повторявшаяся кровавая рвота, закончившаяся летальным исходом. В прошлом перенесла операцию по поводу язвы желудка. Предполагалось желудочное кровотечение. На секции обнаружена аневризма аорты, перфорировавшая пищевод. Демонстрируется патолого-анатомический препарат.

2. Д-р Н. И. Любина (демонстрация). *Случай солитарной кисты почки.* Приводит литературные данные о солитарных кистах почки и сообщает случай из I хирургической клиники ГИДУВ (проф. Ю. А. Ратнер). Больная 39 лет, имела опухоль в правой половине живота, величиной с голову новорожденного, плотно-эластической консистенции, ограниченно подвижную. Опухоль замечена год тому назад. Временами наблюдались тупые боли в правом подреберье. Дизурических расстройств не было. Моча нормальная. Хромоцистоскопия указывает на незначительное запаздывание функции справа.

При лапаротомии найдена киста, исходящая из нижнего полюса почки. Содержимое кисты—прозрачная светло-желтая жидкость, слабо кислой реакции, с большим количеством белка. Отделить стенку кисты от паренхимы почки не представилось возможным—произведена нефрэктомия. Исход—выздоровление.

3. Д-р П. В. Назаров (демонстрация). *Случай непаразитарной кисты селезенки.*

Сообщает случай кисты селезенки, наблюдавшийся в I хирургической клинике ГИДУВ. Срок заболевания—5 месяцев. В анамнезе малярия и приступы болей в левой половине живота. Травмы не было. Объективно имелась большая опухоль в левой половине живота. До операции диагноз колебался под вопросом: солитарная киста селезенки или киста почки. На операции найдена киста селезенки, стенка которой непосредственно переходит в капсулу селезенки. Содержимое кисты—шоколадного цвета жидкость. Спленектомия. Гистологическим исследованием установлена малярийно-измененная селезенка и киста, которая происходит из осумковавшейся субкапсулярной гематомы.

4. Д-р Н. И. Комаров (демонстрация). *Случай редкой аномалии желчных протоков.*

На лечении в I хирургической клинике ГИДУВ находится больная, у которой на протяжении 4 лет наблюдались приступы болей в правом подреберье, иногда со рвотой и повышением температуры. Имеется желтушное окрашивание кожи. Соответственно локализации желчного пузыря определяется опухоль, величиной с куриное яйцо, болезненная. Предположительный диагноз—холелитиаз. На операции найден желчный пузырь сильно растянутым. Субсерозное выделение пузыря. Выяснилось, что пузырный проток отсутствует. Пузырь без видимых границ переходит в резко расширенный ductus choledochus. Последний проходим. Камней в желчном пузыре нет. Вместо одного печеночного протока имеются два, очень тонкого диаметра, которые идут каждый от соответствующей доли печени и впадают в желчный пузырь исподальку от дна его. Во время выделения один из протоков был принят за пузырную артерию, перевязан и рассечен. Вследствие того, что желчный пузырь был выделен, пришлось прибегнуть к холецистэктомии с пересадкой печеночных протоков в ductus choledochus. Место соустья правого протока пришлось протезировать мочеточниковым катетером, конец которого выведен через ductus choledochus в duodenum. В послеоперационном периоде наблюдается небольшое истечение желчи через операционную рану.

По демонстрациям были заданы вопросы проф. Н. В. Соколовым, С. М. Алексеевым, Г. М. Новиковым, доц. В. Н. Помосовым, доц. С. П. Вилесовым и д-ром Н. Х. Ситдыковым.

В прениях принимали участие: проф. Г. М. Новиков, проф. В. Г. Гердберг,