

Одним из важных показаний к спленектомии является тромбопеническая пурпура.

В прениях принимали участие Р. И. Лепская, Б. Г. Герцберг, К. А. Дрягин, Р. А. Вяселев.

Председ. проф. Н. В. Соколов, (резюме).

Доклад проф. Н. К. Горяева, с исчерпывающей полнотой осветившего вопрос о показаниях к спленектомии, является особенно ценным для нас, хирургов, в том его разделе, где Н. К. Горяев остановился на показаниях к спленектомии при болезни Банти, тромбофлебитической спленомегалии.

Исход после спленектомии зависит несомненно от 1) техники выполнения операции, 2) от своевременности оперирования (опыт убеждает нас, что при оперировании по поводу болезни Банти в третьей стадии—исход часто бывает неблагоприятный); 3) от склонности к тромбозу. Материалы наших клиник говорят за то, что легче всего переносят спленектомию больные с здоровой, удаленной по поводу повреждения селезенкой. Оперированные по поводу патологической селезенки б-ные гибнут от а) тромбоза селезеночной вены и от б) воспаления легких.

Председатель проф. Н. В. Соколов.

Секретарь д-р В. М. Осиповский.

Объединенное заседание хирургического, терапевтического и рентгенологического обществ ТАССР.

Заседание 3 марта 1938.

Д-р К. А. Маянская (доклад)— „К рентгенодиагностике хронических аппендицитов“ (будет напечатан в „Каз. мед. журн.“).

В прениях приняли участие: проф. А. Г. Терегулов, проф. В. А. Гусынин, д-р Г. М. Шалунов, доц. Д. Е. Гольдштейн, проф. С. М. Алексеев, проф. Ю. А. Ратнер, д-р М. С. Перлин, проф. Н. К. Горяев, проф. Г. М. Новиков.

Проф. Н. В. Соколов (резюме).

Докладчик совершенно правильно в одном из своих выводов подчеркивает, что метод рентгеновского исследования червеобразного отростка является подсобным, а не основным в диагностике хронического аппендицита.

Особенное значение этот метод имеет при тех формах аппендицита, развитию которых не предшествовал острый приступ и для тех форм, при которых одновременно имеются другие заболевания брюшной полости, затушевывающие картину аппендицита.

Автор проделал большую работу и достиг хороших результатов. При дальнейшей работе необходимо обратить внимание на патогистологические изменения в отростках и на изменения слепой кишки в целом.

Метод рентгенодиагностики хронического аппендицита должен быть широко внедрен в практику клиник.

Председатель объединенного заседания проф. Н. В. Соколов.

Секретарь д-р В. Осиповский.

Хирургическое общество ТАССР.

Заседание 15/IV 1938 г.

Демонстрации.

1. Проф. Б. Г. Герцберг. Случай опухоли почки.

Девушка, 16 лет, поступила в пропедевтическую хирургическую клинику КГМИ с опухолью в области подреберья. Исследования не обнаружили отклонений со стороны мочеполового аппарата. Клинический диагноз колебался между опухолью внутрибрюшного органа (селезенка, брыжейка) и почки. 10.3.1938 г. операция (проф. Герцберг). Эфирный наркоз: левосторонний трансректальный разрез. Опухоль почки. Через разрез заднего листа брюшины проведена операбельность. Рана зашита. Почечным разрезом с большими трудностями удалена опухоль почки, величиной с голову новорожденного. Исследование: полиморфноклеточная саркома.

2. Д-р П. В. Рудницкий. Случай инородного тела в полости грыжевого мешка. Инородное тело диаметром 19 мм, до операции в грыжевом мешке не

определяется. На распиле в центре инородного тела имеется кусок жира. Демонстрируется инородное тело и большое.

3. Д-р В. Н. Шубин. К казуистике многокамерных эхинококков печени.

Демонстрируется больной, оперированный в пропед. хирургической клинике КГМИ по поводу эхинококка печени. На операции обнаружены плотные, беловатые узлы в правой доле печени, полость в куполе печени величиной с детскую голову, наполненная гноевидным содержимым. Гистологическое исследование обнаружило альвеолярный эхинококк.

4. Д-р К. В. Мартынова. Случай болезни Реклингаузена.

Демонстрируется больная, 22 лет, с уродующей опухолью на правом бедре. Опухоль расположена на широком основании и висит вялыми мягкими складками. Кожа над опухолью пигментирована, сморщена и в глубине ее прощупываются плотные узлы и тяжи. На поверхности тела имеются множественные узелки размером от чечевицы до сливы различной конституции и безболезненные. В животе ниже пупка определяется плотная опухоль, смещающаяся вместе с маткой и передней стенкой влагалища. Гистологическое исследование опухоли: мягкая фиброма.

5. Д-р П. В. Рудницкий (доклад). Внутривенный наркоз эвипанатрием и гексеналом.

После краткого литературного обзора приводятся 36 случаев применения эвипанового и гексеналового наркоза в пропедевтической хирургической клинике КГМИ с ноября 1936 г. Смертных случаев не было. Длительность наркоза — от 10 минут до 1 часа 45 минут. Производимые операции: грыжи, аппендициты, ампутации, удаление опухолей. Девять раз наблюдалось возбуждение во время наркоза. Никакой разницы между действием эвипана и гексенала нет.

6. Д-р А. О. Масловская (доклад). Дикаин — советский пантокаин (см. „Каз. мед. ж.“ 1938 г., № 3).

7. Проф. В. Г. Герцберг (доклад). Оценка современных методов обезболивания в хирургии.

На основании литературных данных и двадцатилетнего личного опыта, докладчик производит оценку различных веществ, употребляемых для обезболивания, которые он делит на вещества для общего обезболивания, местного обезболивания и базисного наркоза. Докладчик не является сторонником одного какого-либо способа обезболивания.

Благодаря глюкозе и инсулину, введению гипертонического раствора, новейшим средствам, как дилаудид, кардиазол, лобелин, эфедрин, симпатол, перкаин, спинокаин, маске Омбредана при эфирном наркозе, введению капельного и фракционного методов значительно снижена опасность ингаляционного и спинномозгового обезболивания.

В пропедевтической хирургической клинике КГМИ с октября 1936 г. операции (563) производились при обезболивании эфиром, хлор-этилом, эвипанатрием и гексеналом, зунарконом, ректидоном, спинно-мозговой анестезией и регионарной местной новокаином и дикаином (пантокаинем). Барбитуровые препараты: эвипан и гексенал (37 сл.), зунаркон (9 сл.), ректидон (7 сл.) производят чрезвычайно благоприятное впечатление. Дикаин — советский пантокаин имеет преимущества перед новокаином.

Выводы докладчика: 1) каждому больному свое обезбоживание; 2) в военной обстановке на передовых этапах доминирующее положение займет хлороформ, хлор-этил, эвипан и гексенал, зунаркон. Начиная с ДПМ могут применяться все виды обезбоживания. 3) Каждый хирург должен быть знаком с различными видами общего и местного обезбоживания. 4) В клиниках медвуза должно быть обращено особое внимание на ознакомление с различными видами обезбоживания и техникой его. 5) Хлороформным, хлорэтиловым и эфирным наркозом должен владеть не только врач, но также студент-медик и средний медперсонал.

В прениях приняли участие проф. Гусынин, Рагнер, доц. Помосов, д-р Васелев, Попков, Ситников, Осиповский, Суворов и др.

Председатель проф. Н. В. Соколов (резюме). Все средства, предложенные для общего наркоза, каким бы способом они ни вводились, всегда имеют в себе опасность поражения центральной нервной системы (продолговатого мозга), а потому общий наркоз является менее приемлемым, чем местная анестезия. В условиях мирного времени местная анестезия, в частности инфильтрационная, должна быть основным методом обезбоживания и не только клинических операций, но и для операций неотложного порядка. Подтверждением этого являет-

ся опыт кафедры неотложной хирургии (проф. Новиков), пользующейся в 97% операций методом инфильтрационной анестезии по Вишневскому.

Общий наркоз находит применение особенно в военной обстановке, и поэтому овладение методом общего обезболивания обязательно для каждого хирурга.

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

Заседание 15 мая 1938 г.

Демонстрации.

1) Д-р Масловская демонстрировала ребенка 1 года после операции по поводу ущемления пупочной грыжи 5-дневной давности. Операция: иссечение пупочной грыжи вместе с ее содержимым. Выздоровление.

2) Д-р Николаев демонстрировал больного, у которого произведена ампутация полового члена, с вылушением паховых желез по поводу рака. Диагноз подтвержден гистологически.

3) Д-р Айдаров демонстрировал больную, которой в одной из районных больниц были последовательно наложены задний и вторично передний гастроэнтероанастомозы с брауновскими энтероанастомозами. Больной произведена резекция желудка по Рейхель-Полия. Выздоровление.

4) Доц. Вилесов демонстрировал больную, которой было произведено пластическое восстановление концевой части носа по способу Вечтомова-Карташева с хорошим косметическими эффектом.

5) Д-р Назаров демонстрировал больного, которому до операции на основании внутривенной и ретроградной пиелографии был поставлен диагноз неоплазмы левой почки. Произведена нефректомия, подтвердившая диагноз.

6) Д-р Наливкин демонстрировал больного с атипичической формой спонтанной гангрены.

7) Д-р Шалагин и д-р Перлин. К казуистике доброкачественных опухолей желудка.

Сообщается о трех случаях доброкачественной опухоли желудка, диагностированных рентгеноскопией до операции. Во всех случаях произведена резекция желудка, подтвердившая диагноз. Патогистологически-полипозная аденома. Демонстрируются фотограммы случаев.

В прениях приняли участие профф. Герцберг, Ратнер, д-р Харитонов, проф. Алексеев.

Пред. проф. В. А. Гусьнин (резюме).

Демонстрации очень поучительны. К допущенным ошибкам я отношу запоздалую из-за наличия фимоза диагностику рака penis'a, необоснованное наложение заднего и переднего желудочно-кишечного соустья, повидимому, в отсутствие язвы. Эти ошибки исправлены радикальными операциями в хирургической клинике ГИДУВ. Линейный паховый разрез для вылушения лимфатических желез при раке penis'a недостаточен, предпочтительней делать лоскутные разрезы и удалять железы вместе с широкой фасцией бедра. Примерами успешной диагностики служит распознавание до операции карликовой почки, а отличной оперативной техники — пластическое восстановление носа у больной с разрушением концевой части носа.

8) Д-р И. Ф. Харитонов (доклад). К вопросу о хронических дуоденальных стазах.

После краткого литературного обзора вопроса приводятся три случая хронической непроходимости в верхнем и нижнем отделах 12-п. кишки, наблюдавшихся в хирургической клинике им. Вишневского.

1) Больная, 36 л., оперирована с диагнозом холецистита. На операции обнаружены плотные спайки сальника с подвздошной областью, вызвавшие резкое смещение поперечно-ободочной кишки, препилорической части желудка вниз и вправо. Вследствие этого образовался поворот верхней части 12-п. кишки вниз и вправо вокруг неподвижной нисходящей толстой кишки. Интимная связь с поперечно-ободочной кишкой обусловила смещение 12-п. кишки в зависимости от наполнения газами и калом поперечно-ободочной кишки. Этим и объясняются приступы болей у больной.

2) Больной, 47 л., оперирован с диагнозом стеноза привратника. При операции обнаружено: деформация 12-п. кишки вследствие врожденной аномалии кишечника. Желудок сильно растянут, слепая кишка расположена по средней линии и тотчас ниже желудка, S-образная кишка плотно припаяна к попе-

речно-ободочной кишке. Начальная часть 12-п. кишки растянута до ширины трех поперечных пальцев и, располагаясь в поперечном-восходящем направлении, уходит под печень. Нисходящая часть 12-п. кишки, изгибаясь под острым углом, спускается прямо вниз, вправо от позвоночника и переходит в тонкую кишку.

Вся масса тонких кишок, повернувшись вокруг своей брыжейки, располагается в полости таза. Тонкая кишка, слепая и часть поперечно-ободочной кишки имеют общую брыжейку. Наложен анастомоз между верхней частью 12-п. кишки и начальной тонкой кишки.

3) Ребенок, 9 лет, у которого аномалия кишечника с образованием общей брыжейки давала сдавление в области нижней части 12-п. кишки, вследствие этого образовалось резкое расширение желудка и 12-п. кишки. Случай был правильно диагностирован рентгеновским исследованием.

Председатель проф. В. А. Гусынин.

Секретарь д-р В. М. Осяповский.