

Обзоры, рецензии, рефераты и проч.

Прив.-доц. А. Г. ГИЛЬМАН

XXIV Всесоюзный съезд хирургов

С 25 по 31.XII 1938 г. в Харькове состоялся XXIV Всесоюзный съезд хирургов. В работах съезда принимали участие 1781 ч. — представители всех братских республик Советского Союза. Значительную часть своего времени съезд посвятил обсуждению вопросов, имеющих большое оборонное значение.

Первый день 26 декабря был посвящен программной теме — *лечению ран*. Основной докладчик проф. И. Г. Руфанов — сторонник биологического направления в понимании процессов, происходящих в ране. Биологическое направление изменило нашу точку зрения на принципы лечения ран и, в частности, на роль антисептических средств. Следует различать две фазы в процессе заживления ран — фазу гидратации, набухания коллоидов, ацидоза, гипертонии и фазу дегидратации, отбухания. Клинически в первой фазе наблюдается картина острого воспаления, во второй фазе картина затихания воспалительного процесса. Отсюда понятно, что любой метод может давать совершенно противоположный результат, в зависимости от той фазы, при которой он применяется. Этим в значительной мере объясняются противоречия в оценке одних и тех же методов в руках разных хирургов.

В первый период рана требует покоя в широком смысле слова. Применяя в это время гипертонические растворы соли, сахара мы способствуем отторжению омертвевших тканей. Наоборот, во втором периоде эти средства неуместны, как и частые смены повязки, тампоны. В это время показаны жировые повязки, создающие хорошую защиту грануляций в ране.

На рану нельзя смотреть, как на чисто местное заболевание. У раненого мы обычно имеем ряд сдвигов во всем организме — нарушения обмена и сосудисто-нервного аппарата. Поэтому, воздействуя на общее состояние больного путем применения средств, изменяющих водно-солевой и углеводный обмен, мы оказываем косвенное влияние на течение процессов в ране.

Следующий доклад — *лечение анаэробной инфекции ран* — был представлен проф. А. В. Мельниковым (Харьков). Докладчик считает, что практически все раны, в особенности с большой зоной повреждения, следует считать инфицированными и аэробами и анаэробами. Проф. Мельников во всех случаях ранения конечностей с большой зоной повреждения рекомендует накладывать (до и после операции) выше раны лигатуру. Врезание этой лигатуры указывает на наличие отека тканей или газа. Симптом врезания лигатуры с одновременными жалобами больного на боль в ране при высокой температуре будут с уверенностью говорить за анаэробную инфекцию. При подозрении на анаэробную инфекцию обязательно введение анаэробной сыворотки. Ввиду ничтожной роли *b. histolyticus* у человека достаточно введения трех сывороток против *b. perfringens*, *vibrio septique*, *b. oedematis*.

Проф. М. П. Соколовский (Воронеж) сделал доклад о *противовоспалительной терапии гнойных ран при помощи растворов, вызывающих отбухание тканей*. Опыты докладчика показали, что гнойные раны с большим воспалительным инфильтратом и значительным набуханием тканей обнаруживают нарушенный обмен, что может быть выявлено плохим всасыванием налитого на них 30% раствора поваренной соли. Этот метод позволяет определять состояние раны, а отсюда можно сделать выводы о рациональном лечении. Растворы ряда препаратов, как риванол, сулема, иод, азотно-кислородное серебро, марганцовокислый калий, вызывают набухание тканей, то есть усиливают воспаление.

Другие, как 50% спирт, глицерин, 20% — 50% растворы тростникового сахара, растворы солей, содержащие анионы SO_4 — $CuSO_4$ и $ZnSO_4$ в разведении 1:100 — вызывают отбухание. В свежих ранах целесообразно создавать искусственный барьер, смазывая их 20% раствором гумми-арабика.

Принципам физиотерапии ран был посвящен доклад проф. А. В. Рахманова (Москва). На основании экспериментов докл. считает, что ультрафиолетовые лучи активируют рост эпителия, ускоряют продолжительность воспалительных явлений и процессы дифференцирования соединительной ткани.

Н. И. Гарбер (Днепропетровск) в докладе *о первичном иссечении ран* в поздние сроки отметил на основании экспериментальных данных тормозящее влияние антисептических средств на развитие инфекционного процесса. Эти опыты показывают, что обработка свежесеченной раны антисептическими средствами, в особенности водной настойкой, может обеспечить успешность иссечения ран в поздние сроки.

С большим интересом был заслушан доклад А. Э. Рауэра (Москва) *о лечении огнестрельных повреждений лица и челюстей*. Особое внимание следует уделить профилактике асфиксии и смертельных осложнений.

В вечернем заседании съезд с огромным вниманием заслушал полуторачасовой доклад героя обороны озера Хасан орденоносца проф. М. И. Ахутина *„Хирургическая работа во время боев у озера Хасак“*. Больше половины раненых имели осколочные ранения с большой зоной повреждения. Все эти ранения были инфицированы; анаэробная инфекция встречалась нечасто. Случаев столбняка не было. ДПП приходилось разворачивать в палатках, так как населенные пункты в современной войне привлекают на себя огонь противника. Докладчик подчеркивает исключительно благоприятное действие алкоголя при шоке. Для обезболивания пользовались при лапаротомиях, главным образом, эфиром. Гексенал понижает кровяное давление и дует у молодых лиц возбуждение. При эвакуации раненых очень благоприятное впечатление оставил аэротранспорт при потоке в 200—300 метров. Ранения черепа в основном должны оперироваться в войсковом районе. Ранения груди были в большинстве с малой зоной повреждения, в 11,2% — с большой зоной, то-есть с открытым пневмотораксом. В последнем случае раненого надо задерживать на этапах эвакуации до стихания явлений шока. Ранения живота должно оперировать в войсковом районе, так как в тыловых госпиталях эти операции дают уже 75% смертности. Гром аплодисментов покрыл слова докладчика, что благодаря героической работе врачей и всего медперсонала, часто под пулеметным и артиллерийским огнем противника, удалось вернуть в ряды армии больше 90% раненых.

В утреннем заседании второго дня съезд заслушал доклады программной темы *„Ожоги и их лечение“*. Усиленный интерес к вопросу о лечении ожогов объясняется тем, как правильно указал первый докладчик проф. Джанелидзе, что они являются повседневно повреждением, а в условиях современной войны они займут исключительно большое место. Доклад проф. Джанелидзе основан на материале в 661 сл. ожогов со смертностью в 3,5% у детей, (1,8% в возрасте от 10 до 5 лет) и в 38,5% у больных старше 50 лет. При этом во второй серии случаев (1943—1938 гг.) у 315 больных смертность составляла 7%. Для характеристики размеров ожога и его тяжести докладчик рекомендует обозначение дробью, где числитель по схеме Беркоу указывает размеры пораженного участка, а знаменатель — степень ожога. При оказании первой помощи необходимо отказаться от применения на месте ожога каких бы то ни было лекарственных веществ, в особенности содержащих жир. Обожженный участок нужно завернуть в стерильное полотно или простыню, сделать инъекцию морфия и, тепло укутав больного, направить его обязательно в лежачем положении в стационар. При наличии явлений шока показано раннее и повторное переливание небольших количеств крови. Обязательно введение противостолбнячной сыворотки. Что касается первичной обработки в стационаре, то прежние установки, рекомендовавшие воздерживаться от этого, следует пересмотреть. Рекомендуются тщательное обтирание окружности обожженного участка (0,5% раствор нашатырного спирта). После этого удаляют все пузыри и обрывки кожи. Хорошие результаты дает применение открытого метода в сочетании с коагулирующими способами. Наилучшим способом проф. Джанелидзе считает применение 5% раствора таннина с 10% раствором ляписа (способ Бетмена). При ожогах второй степени найдут себе применение меловая и гипсовая повязки.

Сотрудники проф. Бурденко (Бубнов, Мухин и Смирнов) поделились результатами экспериментального воспроизведения первичного ожогового шока. Первопричиной ожогового шока является болевой фактор. В зависимости от степени шокового состояния после ожога наблюдается а резкое угнетение симпатической нервной системы, уменьшается количество циркулирующей в организме крови. В первые часы токсины образуются не на месте ожога, а вдали от поражения.

Иммуно-биологической характеристике ожогов был посвящен доклад М. Каневкич (Харьков). В первые дни у больных с обширной поверхностью ожога отмечается низкий уровень иммунобиологических показателей, что указывает на угнетенное состояние активной мезенхимы, но и в более поздние сроки в большинстве

случаев эти показатели не выравниваются. Отсюда напрашивается вывод — стимулировать иммунитет обожженных.

В. П. Вознесенский и М. А. Введенская (Москва) на материале в 725 сл. ожогов у детей дают оценку *открытому методу лечения ожогов*. Смертность удалось снизить с 27% в 1932—34 гг. до 17% в 1935—36 гг. В тяжелых случаях докладчиком применялся переливание питательной крови (50—200 см³).

В. И. Стручков (Воскресенск) поделился опытом *лечения химических ожогов*. Решающее значение автор придает в течении ожога не только виду химического агента, но скорости и правильности организации первой помощи в цехе и на здравпункте. Проведенное в первые минуты обильное обмывание струей воды участка ожога и последующее обмывание нейтрализующими растворами на здравпункте резко снижает процент случаев, требующих госпитализации.

По докладом развернулись оживленные прения. Проф. Коган-Ясный (Харьков) обращает внимание на необходимость ежедневных исследований крови и мочи у обожженных. При тяжелых ожогах наблюдается глюкозурия, имеющая плохое прогностическое значение. Проф. Краснобаев указывает, что в настоящее время защищать открытый метод — это ломиться в открытую дверь. Требование стерильного белья при уходе за обожженными не обязательно, так как оно через пять минут, как понятно, уже перестает быть стерильным. Важно, чтобы белье было чистым и в особенности важно, чтобы руки ухаживающего персонала были чисты. Переливание крови у детей применяется не во время шока, а в последующем, когда падает сопротивляемость ребенка. Проф. Левит (Москва) высказывается за употребление стерильного белья при открытом методе лечения. Не согласен с докладчиком проф. Джавелидзе, рекомендовавший введение концентрированных растворов повзрелой соли (20%), отлагает предложение физиологическому раствору.

В вечернем заседании были заслушаны доклады на тему: *«Обморожения и их лечение»*. Основные доклады были представлены клиникой проф. С. С. Гирголава (Ленинград), подвергнутой экспериментально персоналке существующие в этом вопросе воззрения (В. С. Шейнис и Т. Я. Арьев). Проф. Гирголав прежде всего устанавливает, что оледенение тканей наблюдается очень редко и не имеет такого значения, какое ему придают. Смерть обычно наступает при температуре тела около 21°. Обморожения имеют следующие особенности: 1) обратимый характер изменений, 2) медленность развития явлений, 3) длительное течение; 4) важность фактора времени. Последнее следует понимать в том смысле, что размер поражения здесь зависит не столько от степени охлаждения, сколько от длительности последнего. При обморожениях происходят расстройства коллоидного состава явля тканей, в особенности страдают клетчатка и стенки сосудов. Наблюдается диссеминированный некроз тканей. Традиционное воззрение о необходимости медленного, прогрессивного согревания пострадавших от охлаждения и наличие якобы опасности в быстром согревании не подтверждается экспериментами докладчика В. Н. Шейнис из клиники проф. Гирголава. Животные, доведенные охлаждением до сублетальной гипотермии, выжили несравненно чаще и возвращались значительно быстрее к нормальному состоянию при быстром согревании, чем такие же животные, которые согревались постепенно и медленно. Другой докладчик, Т. Я. Арьев указывает, что выполнение принципа медленного согревания по существу приводило к дальнейшему охлаждению пострадавшего. Прямые пирометрические измерения Арьева показывают, что тканевая температура при обморожении выше нуля. Отсюда становится понятным, что применение ледяных или холодных ванн ведет не к согреванию, а к дальнейшему охлаждению тканей. Клиника проф. Гирголава рекомендует поэтому начинать отогревание замерзших не при температуре около нуля, а в комнатной температуре. Надо помнить, что отморожение не наступает обязательно при температуре значительно ниже нуля, а в известных условиях влажности и ветра может наступать и при более высокой температуре воздуха.

Гольдман и Любо (Кронштадт) рекомендуют при лечении обморожений компрессы с применением смеси из равных частей рыбьего жира и камфорного масла. Этот метод очень прост и доступен для применения даже в полевых условиях.

Весь день 28 декабря съезд посвятил программной теме — *открытые повреждения костей и суставов нижних конечностей*.

Основной докладчик проф. В. В. Гориневская (Москва) указывает, что на открытые повреждения нижних конечностей падает около одной трети всех открытых повреждений. Через травматологическую клинику Института им. Склифосовского на 13.525 повреждений, связанных с уличной травмой (1922—1937 гг.), открытые повреждения составили 58,4, т. е. 42%. Среди последних на долю нижних конечностей падает 34,3%. Хорошие результаты лечения открытых повреждений нижних конечностей зависят от правильной организации всего процесса лечения. Сюда входят: 1) первая помощь на месте происшествия; 2) правильно организованный транспорт и эвакуа-

ния; 3) своевременная квалифицированная помощь и правильное систематическое лечение, доведенное до полного восстановления трудоспособности. В условиях военного времени все этапы эвакуации войскового района должны быть снабжены достаточным количеством транспортных шин. При открытых повреждениях нижних конечностей с повреждением костей и суставов пострадавших необходимо госпитализировать.

Большим в шоковом состоянии производится переливание больших количеств трупной крови. При первичной обработке из раны отсекаются все размятые и разможенные ткани, в особенности разможенные мышцы. При открытых переломах вправление торчащих отломков из улицы или в приемном покое при подаче первой помощи категорически воспрещено. Оно производится только в операционной после обработки раны. При радикальной первичной обработке перелома не позже 6 часов после ранения желательна зашивка наглухо. В этих случаях при первых признаках воспаления снимаются и медленно швы, и рана расширяется. При такой методике из 76 сл. открытых переломов трубчатых костей докладчица имела выздоровлений 89,8%, ампутаций 8,1%, смертей 2,1%.

Огнестрельные переломы с большой зоной повреждений должны обрабатываться как можно скорей, ввиду опасности быстрого развития инфекции. Удаляются только отломки, свободно лежащие в мягких тканях. Особое значение имеет применение в войсковом районе транспортных шин. Достаточно указать, что со времени введения шин Томаса смертность упала с 50 до 3%.

При повреждениях суставов в условиях войны большую роль сыграют ранняя транспортная иммобилизация и ранняя эвакуация. Как только миновала опасность воспалительных осложнений, следует приступать к функциональному лечению. Заканчивая свой доклад, проф. Гориневская указывает на необходимость организационной подготовки к лечению травматиков. Перед лицом надвигающейся военной опасности фашистской агрессии мы должны мобилизовать на это дело всю медицинскую общественность.

Проф. С. Р. Миротворцев (Саратов) сделал доклад об *открытых повреждениях суставов нижних конечностей*. По личной сборной статистике автора наибольший процент ранений падает на коленный сустав (0,3%). В 60—70% всех ранений развивается инфекция. Первая помощь должна заключаться в первичной обработке раны (не иссечении), иммобилизации конечности шиной и срочной эвакуации (до 12 часов). После эвакуации на ДПМ, если раненый доставлен не позднее 12 часов после ранения и если имеются показания—производят первичную обработку по Фридриху. При появлении боли, опухоли, надо думать о кровоизлиянии в сустав—сделать пункцию (между 2—4-м днем). Для промываний считает наиболее пригодными 3% раствор карболовой кислоты, хлорацид и риванол. При наличии инфекции—дренаж с иodoформным тампоном до суставной капсулы. Если дренаж не отводит выпота, рекомендуется широкая артротомия или резекция сустава по Текс ору. При значительном раздроблении сустава и если есть опасения, что первичная обработка не дает гарантии от инфекции, лучше сразу же приступить к резекции или ампутации. Всякое повреждение сустава должно подтверждаться, а лечение контролироваться рентгеном.

Рамм и Майзелис (Москва—Институт Склифсовского), представили доклад об *ампутациях при открытых повреждениях нижних конечностей*. При невозможности первичной обработки и необходимости немедленной эвакуации, показания к первичной ампутации расширяются (условия военного времени). Наоборот, там, где раненый находится под постоянным наблюдением хирурга-травматолога, показания к ампутации могут быть сужены. В борьбе с шоком оказывают большую услугу переливания крови, часто повторные—всего до 1—1,5 литра. Ампутацию следует производить *in loco necessitatis*. Накладывается несколько ситуационных швов или рана ведется открыто. Газовая инфекция наблюдалась только в 1,1% случаев.

Проф. Остен-Сакен (Ленинград)—об *ампутациях во время войны*. В военных условиях показанием для первичной ампутации может стать невозможность иным путем профилактически обеззаразить разможенную рану конечности. Необходимо категорически запретить первичные ампутации вдали от раны. Одномоментный циркулярный метод ампутации противопоказан, как опасный в смысле инфекции и последовательных кровотечений, неэкономный и калечащий способ. Нормой, по мнению докладчика, должны стать лоскутные способы (кожно-фасциальный лоскут, без мышц).

Р. О. Еолян (Ереван). *«О лечении открытых свежих повреждений костей и суставов конечностей»*.

А. считает на основании своих бактериологических исследований, что все свежие ранения костей и суставов являются первично инфицированными. В опытах на собаках с искусственным заражением ран комнатной пылью, землей, кусочками грязной одежды и др. и с последовательной механической и химической обработкой этих ран.

наилучшие результаты получены при химической обработке ран с последующей их обработкой по Фридриху.

Ф. С. Щербаков (Снежное) сделал сообщение о 50 сл. *открытых переломах бедра*. По материалам докладчика консолидация костных фрагментов при этих переломах замедлена (в среднем 74 дня).

В. Я. Брайцев (Москва) *„Транспортная иммобилизация нижних конечностей при переломах бедра“*.

Докладчик после изложения основных принципов и мобилизации при переломах бедра и критики имеющихся шин предлагает шину, которая построена по принципу использования тяжести конечности для фиксации шиной перелома бедра. Колоно находится как бы на вершине треугольника, а голень и бедро — на его сторонах. Шина позволяет перевязывать рану бедра на-весу, не меняя положения конечности. Сделана шина из дерева и брезента, она очень проста и портативна.

Выступавшие в прениях — среди них участники Хасанской операции проф. Ахутин, Финсс, Вильковичский — делились своим опытом и тактикой в лечении открытых переломов (проф. Фридрих, Чаплин, Гусынин, Рубшев, Розе, проф. Трегубов).

Утреннее заседание 29 декабря открывается докладами проф. С. С. Юдина (Москва) и Я. О. Гальперна (Днепропетровск) на программную тему *о заболеваниях, связанных с операциями на желудке и двенадцатиперстной кишке*. Проф. Юдин устанавливает, что все виды пилоропластики гастродуоденостомии типа Финней, холедистогастростомии не оправдали себя. Грубые деформации и спайки после них лишь затрудняют повторные операции. Анастомозы желудка с тощей кишкой (gastro-jejunostomia) наилучшая из паллиативных операций, она дает до 75% ближайших клинических излечений. Докладчик на основании изучения о дальних результатах 608 сл. считает наилучшей операцией при хронических несложных язвах широкую резекцию желудка. Она дает до 90—95% стойкого излечения.

А. настаивает, что самые обширные резекции желудка не дают морфологических изменений крови. Описанные некоторыми случая пернициозной анемии после резекции считает случайным совпадением. Неудачи после резекции объясняются не порочностью метода, а техническими погрешностями и другими причинами.

На совершенно другой позиции стоит следующий докладчик проф. Я. О. Гальперн. Он считает спорно преимуществами того или иного метода пройденным этапом. Болезни оперированного язвенного желудка встречаются после всех видов операций. Число этих осложнений может быть снижено. Особого внимания в смысле профилактики осложнений заслуживают воспалительные заболевания оперированного желудка. Что касается пептической язвы, то prognostически гастро-энтеростомии указывали, что она не наблюдается после резекций. Теперь мы знаем, — говорит докладчик, — что это болезнь после резекции типа Билльрот II. Всякая операция допустима только, когда длительное лечение в стационаре не дало успеха. Язвы небольшие (не более 1 см) не должны быть предметами резекции. Неудача далее обуславливается неправильно проведенным р жимом после операции.

Проф. Левзнер и Гордон сделали доклад *о клинике и терапии осложнений после резекции на основании 150 сл.* Секреторная функция после обширных резекций резко подавлена, двигательная функция в этих случаях также часто нарушена. В клинике докладчика разработаны специальные режимы (противовоспалительная диета, модифицированный первый стол), под влиянием которых эти осложнения протекают весьма благоприятно.

С большим интересом был заслушан доклад физиолога Г. В. Фольборта (Харьков) *о роли пилорической части желудка в нормальной его деятельности и в развитии патологических явлений*. Антральная часть является рефлексогенной зоной, регулирующей выход из желудка. Это объясняет механизм двигательных затруднений, наблюдающихся при ее удалении. Удаление пилорической части, в целях уменьшения секреции, физиологически обосновано.

Проф. В. С. Левит (Москва) в докладе *о функции резецированного желудка* отметил, что постепенное восстановление ее является процессом приспособляемости и происходит под влиянием нервно-гуморальных регуляций.

Райгородский и Лебедева сделали доклад *о состоянии крови у язвенных больных после резекции желудка*. После тотальной и субтотальной резекции появляются анемия регенеративного характера. Явная зависимость пернициозной анемии от резекции желудка не установлена.

День 30 декабря был посвящен докладам по различным актуальным вопросам хирургии. Проф. В. Р. Хесин (Москва) в докладе *о роли нервных факторов и сенсibilизации в клинике хирургических заболеваний* отметил, что до настоящего времени хирургическая клиника уделяет недостаточно внимания реактивности организма. Ю. Ю. Боровой (Харьков) установил резкое изменение проходимости капилляров при шоке.

Г. П. Ларин (Москва) сделал доклад о жировых эмболиях при травмах мягких частей и костного скелета.

Доц. Г. Ф. Скопороженко сообщил о пересадке (посадке) консервированной кожи по Филатову в 70 сл. при незаживающих язвах на почве ожогов и при рубцовых контрактурах. Вначале лоскут как бы вживается, но на 4-й неделе начинает муффицироваться. Через 10—12 недель лоскут отпадает, обнажая под собой нежный пластический рубец.

Проф. Б. Е. Панкратьев (Самарканд) представил съезду новый аппарат для переживания крови под повышенным давлением.

В вечернем заседании были заслушаны доклады по легочной и брюшной хирургии.

Прив-доц. А. Г. Гильман (Ливадия) сделал доклад о вариантах операции торакопластики при лечении легочного туберкулеза. На материале в 274 оперированных больных он имел 3 сл. смерти, что составляет 1,1%. Докладчик не является сторонником небольших верхушечных пластик в 3—5 ребер. В показанных случаях применяет верхнюю торакопластику (122 сл.). При больших кавернах применяет расширенную торакопластику с полным удалением верхних 2—3 ребер по разработанной им методике (129 больных).

Л. К. Богуш (Горький) сообщил о 35 случаях перевязки легочных вен, которая применялась, как метод лечения туберкулеза легких застойной гиперемией. Из 22 больных у 7 докладчик получил клиническое излечение, у 7—значительное улучшение.

Проф. С. Я. Минкин (Харьков) поделился опытом лечения гнойных плевритов у детей. На основании 40 сл. считает наилучшим методом повторные пункции. При густом гное вводится с помощью троакара дренаж, который держится после отсасывания закрытым—в зажиме. Через 10—15—20 дней, когда легкое успело расправиться, закрытый дренаж переводится в открытый.

Проф. А. Савиных (Томск) сделал доклад о радикальном лечении рака кардии и нижнего отдела пищевода, на основании 90 случаев.

Проф. Толчибашев (Баку) рекомендует лечить желчно-каменную болезнь подкожными инъекциями эфира в масле с целью растворения камней. Метод испытан с хорошим результатом у 90 больных.

Проф. В. А. Шаак сообщил о 35 случаях удаления селезенки при болезнях крови. Особенно хорошие результаты получены при гемолитической желтухе. При эссенциальной тромбопении результаты менее хороши. Поэтому показания здесь должны быть более осторожны.

В заключительном слове председатель проф. Джанелидзе, подводя итоги вчернего заседания, указал, что несмотря на свой большой опыт в хирургии средостения, он неохотно пойдет на перевязку легочных вен при лечении легочно-туберкулезных больных, тем более, что и все же менее сложная и дающая лучшие результаты операция торкопластики. Проф. Джанелидзе призывает к большей осторожности при решении вопроса об субтотальных резекциях желудка. 31 декабря съезд заслушал доклады о внутренних повреждениях коленного сустава.

Проф. Чаклин (Свердловск), на основании патолого-анатомических исследований хряща надколенника и менисков, добытых при операциях по поводу повреждений колена, высказывается за раннюю операцию, в целях предупреждения деформирующего артроза.

М. С. Лавици (Ленинград), на материале в 314 случаях операций по поводу разрыва менисков, считает единственно рациональным методом лечения—оперативный. При диагностике важны следующие симптомы: блокировка сустава, повторность ущемлений, болевая точка при надавливании с медиальной стороны суставной щели при разгибании конечности.

А. М. Ланда (Москва) отмечает, что при повреждениях коленного сустава в 45% случаев бываю повреждены полудлунные хрящи. При операциях требуется исключительно строгая асептика. Иссекаются оторванные части мениска.

Пре сдатель проф. Горниевская в резюме отметила успехи советской хирургии изучения спортивных травм коленного сустава.

В вечернем заседании съезд заслушал несколько докладов по актуальным вопросам ортопедии. Проф. В. Я. Эпштейн (Ленинград) на основании материала в 132 случаях сообщает о результатах оперативного лечения ложных суставов. Комбинация операции Бека с операцией Лериша уменьшает сроки, необходимые для консолидации.

Следующий докладчик Б. М. Городинский (Киев) останавливается на принципах лечения хронического остеомиелита (700 сл.). Он считает, что хронический остеомиелит требует хирургического лечения. Только широкий, анатомически обоснованный доступ к каждой кости создаст возможность радикальной трепанации кости с удалением всех секвестров и выскабливанием всех ходов.

Этин и Эпштейн (Витебск) поделились опытом лечения эпиацетабулярных остеомиелитов.

Интересный доклад о кровоснабжении суставов верхних и нижних конечностей с прекрасными иллюстрациями сделал доц. Б. В. Огнев (Москва).

А. Л. Слободской (Харьков) доложил об итогах лечения *пере омов надколенника*. Случаи с нарушением целостности бокового разгибательного аппарата показаны для оперативного лечения.

М. В. Струков (Ленинград) сделал доклад о пересадке сгибателей на тыл кости при последствиях и вреждний лучевого нерва. Он считает наиболее целесообразной операцию Вульфинуса, которую выполняет с некоторыми изменениями¹⁾.

На съезде был заслушан отчетный доклад проф. Лебедеико *о деятельности Всесоюзной ассоциации хирургов*. Тайным голосованием избрано новое правление, в состав которого вошли крупнейшие хирурги нашего Союза.

Председатель Оргбюро съезда проф. Шамош сообщил о результатах работы семи секций и поставил на обсуждение делегатов их предложения. Секция по обезболиванию поставила вопрос о важности расширения производства хлороформа, указала на необходимость выпуска хлорэтила в посуде, позволяющей дачу его капельным путем. Съезд принял ряд постановлений по докладу т. Бахона о состоянии медико-инструментальной промышленности, указав на необходимость изготовления запасных деталей к инструментам и организации ремонтных мастерских при областных аптекоуправлениях. Особое внимание съезд уделил вопросам, поставленным секциями переливания крови, организации хирургической помощи на селе, организации травматологической помощи в городе и на селе, подготовки среднего медицинского персонала.

Работа съезда все время проходила при переполненном делегатами зале. В прениях приняло участие 212 человека. Выше половины своего рабочего времени съезд уделил оборонным вопросам. Следует отметить прекрасную организацию выставки, на которой выделялась галерея портретов деятелей хирургии, собранная проф. Герцберг (Казань). Съезд постановил принять меры к ее изданию.

Поступила 5.III.1939.

Защита диссертаций

На заседании Совета Казанского гос. медицинского института 19.XI.38 г. состоялась защита диссертаций на степень кандидата медицинских наук.

Диссертация приват-доцента А. П. Пасхалова на тему: „О сифилитической суперинфекции и реинфекции“ выполнена на кафедре кожных и венерических болезней Астраханского медицинского института (директор проф. И. Н. Переводчиков).

Автор путем длительного клинического наблюдения ряда больных изучал проблему сифилитической реинфекции и суперинфекции и пришел к выводу, что повторные заражения сифилисом нельзя рассматривать, как указание на то, что болезнь излечена. Если реинфекция теоретически возможна, то практически она не доказана, так как при повторном заражении невозможно определить, является ли организм стерильным в отношении спирохет первого тура инфекции. Суперинфекция может наблюдаться на любом этапе сифилиса. Появление наружных признаков определяется степенью реактивности. Во вторичном периоде и во время поздней латенции суперинфекция встречается реже, чем в других стадиях сифилиса. Обильное количество спирохет, развитие регионарного лимфаденита и общих проявлений свидетельствует о том, что сифилитический вирус способен проходить кожный барьер и диссеминироваться в организме, как это имеет место и при первом инфицировании. При наличии активных проявлений третичного сифилиса новая инфекция может протекать по классическому типу, развиваясь как-бы на нетронутой почве. Специфическая терапия при суперинфекции оказывает такой же эффект, как и при проявлениях первого сифилиса. Диагноз суперинфекции должен основываться на сумме показаний — наличие в анамнезе больного указаний на половое сношение, отдаленное промежутком времени соответствующим сроку первой инкубации от момента появления полозрительных в смысле первичных признаков. Второй первичный комплекс должен располагаться в отдалении от места первого.

Изложение собственного материала диссертант умело сопоставляет с данными других авторов, критически подходит к различного рода установкам и выводам.

¹⁾ За недостатком места в этом отчете выпущены сообщения о некоторых докладах. Р. с. д.