

боты Об-ву в текущем 1937 году, являющимся юбилейным годом его существования.

Секретарь Об-ва Б. Н. Соколов

ЗАСЕДАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ.

Объединенное заседание обществ терапевтов и хирургов АТССР 15/I 1937 г.

1. Д-р Попова (демонстрация) „Случай туберкулеза желудка в раннем возрасте“.

Демонстрирован мальчик 4 лет, оперированный в фак. хир. клинике мед-института (проф. С. М. Алексеев) по поводу пилоростеноза. На операции обнаружена опухоль желудка, вызвавшая сужение привратника. Произведена задняя гастроэнтеростомия. Ребенок поправился и значительно прибыл в весе. На основании клинической картины и послеоперационного течения данное заболевание трактуется как туберкулезное поражение желудка опухолевидного характера, хотя патолого-анатомического исследования не производилось.

Прения. Проф. С. М. Алексеев. Диагноз туберкулеза желудка у данного больного только клинический. На операции была обнаружена опухоль желудка и резкое сморщивание последнего без поражения регионарных желез. Биопсии произведено не было. При операции решено было отказаться от резекции желудка ввиду истощенности больного. Анализ клинического течения заболевания говорит за туберкулез желудка. Такая трактовка обосновывается наличием туберкулезного очага у больного в легком.

Проф. Н. К. Горяев. В связи с демонстрацией больного встает ряд вопросов: бестемпературное течение заболевания, отсутствие в лейкоцитарной формуле данных, ограждающих интоксикацию организма, ранний возраст. Считает заболевание очень редким.

Проф. В. И. Катеров сомневается в правильности диагноза на основании приведенной клинической картины и отсутствия патолого-анатомического исследования.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Изолированное поражение туберкулезом желудка является сравнительно редким заболеванием. Бродер в 1917 г. собрал в литературе 168 наблюдений, из коих вполне достоверны 49. В клинике Мейо за последние 10 лет было оперировано только 6 больных по поводу туберкулеза желудка, подтвержденного микроскопически. Различают 3 формы поражения туберкулезом желудка: язвенную, опухолевидную и бугорковую. Диагноз труден; при опухолевидных формах чаще возможно смешать с новообразованием (рак); при язвенных—с круглыми язвами желудка неспецифического происхождения.

Демонстрация больного д-ром Поповой представляет несомненный интерес с точки зрения течения болезни, диагностики и исхода заболевания. Сомнения, высказанные участниками прений, относительно точности диагноза вполне понятны, так как докладчик не располагает данными микроанализа.

2. Проф. Б. Г. Герцберг (доклад) „Прободные язвы желудка и 12-перстной кишки по материалу в 410 случаев Обуховской больницы в Ленинграде (доклад напечатан в «Каз. мед. журнале», № 2, 1937 г.).

Прения. Проф. И. В. Домрачев. По моим наблюдениям перфорация чаще бывает на передней стенке желудка. Никогда не тампонирую брюшную полость через срединный разрез, ограничиваясь дренажем через аппендэктомальный разрез.

Проф. В. А. Гусынин. Большой материал доклада дает право на выводы. Мой материал в 50 случаев перфоративной язвы желудка и 12-перстной кишки во многом сходен с материалом докладчика, но перфорации чаще наблюдались при язвах 12-перстной кишки. В вопросе диагностики большое значение имеет симптом исчезновения печеночной тупости и определения скопления газов в поддиафрагмальном пространстве, наличие которых облегчает диагноз. В начальных стадиях диагноз перфоративных язв не труден. Значительное затруднение представляют для диагностики поздние случаи (через 12—15 часов), когда начинают выступать явления перитонита. Рентгеновское исследование служило большим подспорьем в установлении диагноза, но оно сопряжено часто с некоторыми техническими затруднениями и риском для больного (переноска больного, перемена положения его). Из оперативных методов успешно применял ушивание язвы, иногда соединяемое с гастроэнтероанастомозом; в 5 случаях произвел резекцию желудка, но последнюю не склонен считать методом выбора. Процент смертности у оперированных больных в первые часы невысокий. В отдельных случаях результаты после операции по поводу язвы—благоприятны.

Д-р Кукарин (Чистополь). Рекомендует в подходящих случаях при перфоративных язвах желудка—использовать метод тампонады язвы. В нескольких случаях имел благоприятный исход при применении этого метода. Наблюдал в значительном проценте прикрытые перфоративные язвы; клиническикрытие язв сопровождается стиханием острых явлений.

Д-р П. А. Гулевич—анализирует материал, касающийся перфоративных язв, прошедший через госпитальную хирургическую клинику. Подчеркивает большую роль в диагностике исследований крови. Рекомендует прием Гиплера для дифференциальной диагностики перфоративной язвы от острого аппендицита (вводится морфий и через 1—1½ часа после введения производится пальпация брюшной полости; при пальпации болезненность получается в месте поражения). При наличии язвы в области малой и большой кривизны производится простое ушивание язвы. При язве в области 12-перстной кишки, привратника и препилорической части к ушиванию присоединяется G E-A. Придает большое значение очистке брюшной полости, рекомендует общий наркоз. Исход не всегда зависит от срока операции.

Проф. Н. К. Горяев. Перфоративные перитониты теперь окончательно отошли от терапевтов. Подвергает критическому разбору симптоматику перфоративных язв, нарисованную докладчиком. Докладчик ведущими симптомами считает боль и шок. Если первый симптом является действительно постоянным, то шок не является симптомом, часто встречающимся, о чем еще писал Дельфуа. Нужно поставить вопрос, что считать шоком при перфоративных язвах. Исчезновение печеночной тупости, повидимому, постоянный признак. Предупреждает против применения наркотиков, затемняющих типическую картину заболевания. Удивляется, почему в докладе не фигурируют данные исследования крови, которое весьма важно для диагностики.

Проф. С. М. Алексеев—анализирует дифференциально-диагностическое значение симптомов Гибсона, Куленкомпа, Элекера, рекомендует их для прак-

тики. На основании материала клиники им. Вишневого склонен высказаться больше за резекцию при перфоративных язвах.

Д-р В. Н. Помосов. Постановка доклада своевременна и весьма поучительна. Сообщает данные по вопросу о перфоративных язвах из доклада проф. Юдина на декаднике по «острому животу» при ЦИУ в Москве.

Проф. Б. Г. Герцберг (заключительное слово) подчеркивает необходимость использования всех диагностических методов: пневмоперитонеума, исследования крови, исследования рентгеном в целях уменьшения ошибочных диагнозов. Рекомендует выкачивание желудочного содержимого перед операцией. Горячо возражает против местной анестезии и рекомендует эфирный наркоз или спинно-мозговую анестезию. Резекция желудка дает прекрасные результаты при соответствующих показаниях в руках опытного хирурга.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Основным вопросом в докладе, несомненно, является вопрос диагностики, так как от своевременно поставленного диагноза зависит и тактика хирурга и в значительной мере исход заболевания. При наличии типической клинической картины заболевания в начальной стадии диагноз нетруден. Но и в этот период возможны ошибки, если больной попадает к хирургу после введения наркотических веществ, затушевывающих основную картину заболевания. И прав проф. Горяев, предостерегающий молодых врачей от применения наркотиков в отношении больных с «острым животом» до консультации с опытным специалистом. Роковые ошибки диагноза в отношении больных с перфоративными язвами иногда зависят от невежества врачей, оказывающих первую помощь и берущих на себя смелость ставить ошибочный диагноз и не госпитализировать во-время больных, чем упускается благоприятный срок для операции. Наиболее коварными для диагноза являются «прикрытые» язвы, когда симптомы «острого живота» быстро исчезают. В таких случаях особую важность приобретает рентгеноанализ, обнаруживающий газ в правой стороне живота. Таких больных лучше всего немедленно оперировать во избежание нового прорыва в области язвы.

Несомненно, что срок операции после перфорации имеет существенно важное значение, но это значение не абсолютно: в практике нередки случаи гибели больных, оперированных на раннем сроке, и выживания больных, оперированных на 3—4 сутки, что зависит, надо полагать, от защитной реакции организма и вирулентности микрофлоры, попадающей в полость брюшины. Нужно полностью присоединиться к положению докладчика о необходимости исследовать микрофлору содержимого брюшной полости при операциях по поводу перфоративных язв. Что касается выбора метода обезболивания, то естественно, что каждый хирург избирает тот метод, которым он лучше владеет; но докладчик неправ, категорически высказываясь против местной анестезии, так как этот метод в руках владеющих им хирургов дает хорошие результаты и при перфоративных язвах. Выбор метода операции при перфоративных язвах зависит от целого ряда обстоятельств и прежде всего от состояния больного. Если состояние больного позволяет произвести резекцию, а оператор свободно владеет техникой ее производства, то при перфоративных язвах желудка и привратника—метод резекции имеет свои преимущества, что и доказал Юдин на своем материале; при язвах duodeni предпочтительнее ушивание язвы и г.-э.-а. При тяжелом состоянии больных предпочтительнее простые методы (ушивание для язвы желудка; ушивание плюс г.-э.-а., для язвы привратника и 12-перстной киш-

жи). Метод простой тампонады имеет свои показания. Вопрос о зондировании желудка до операции для нас новый, но к этому методу надо относиться осторожно, так как не исключается возможность проникания зонда в брюшную полость.

Доклад проф. Б. Г. Герцберга основан на большом материале Ленинграда. После этого доклада для нас, казанских хирургов, ясно, что мы стоим в вопросе понимания этиологии, симптоматологии и тактики при перфоративных язвах на правильной позиции, так как докладчик в своих выводах ничего не мог прибавить в этом вопросе к нашим установкам.

Председ. хирург. об-ва АТССР проф. *Н. В. Соколов.*
Секретарь д-р *В. Осиповский.*



ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА ЦЫТОВИЧА.
В. Громов.

3 декабря 1936 года скончался от рака желудка директор Центрального научно-исследовательского института физиологии верхних дыхательных путей профессор Митрофан Феофанович Цытович.

Имя М. Ф., одного из корифеев советской ото-рино-ларингологии, хорошо известно широким врачебным кругам. Сорок лет неутомимой и разносторонней деятельности этого ученого, врача и общественника, обогатившего науку рядом ценных вкладов и создавшего плеяду многочисленных учеников, создали ему широкую, давно заслуженную популярность не только в нашей стране, но и далеко за ее пределами.

Большой жизненный путь, пройденный М. Ф., полный неутомимого труда и научного творчества, беззаветная и бескорыстная преданность науке и врачебному делу, очень поучительны.

М. Ф. Цытович родился в 1869 году в Могилевской губернии. В 1895 году окончил с отличием Военно-медицинскую академию и до 1904 года служил