

в другом—саркома матки и в третьем мукозный полип матки. Других кровоостанавливающих, кроме ионтофореза, в материале д-ра М. не применялось. Благоприятный эффект ионтофореза при маточных кровотечениях докладчица склонна объяснить влиянием ионтофореза на ретикуло-эндотелиальную систему. Лечение в случаях д-ра М. продолжалось от 1 до 11/2 месяцев.

В прениях по докладу выступали: профф. В. С. Груздев, И. Ф. Козлов, П. В. Маненков и д-ра И. В. Данилов и М. А. Романов.

2. Д-р И. В. Данилов сообщил о результатах лечения дисменореи и обезболивания родов по Flie's's'y путем смазывания половых точек в носу 20% раствором кокаина. Такое лечение дисменореи было применено докладчиком в 17 случаях, из которых в 12 оно дало весьма хороший результат, в 4—недостаточный, а в 1 случае после него получилось даже усиление болей. Что касается обезболивания родов, то из 40 случаев в 24 докладчик получил уменьшение родовых болей на 1 час, полного же обезболивания родов при смазывании по Flie's's'y не получается.

В прениях по докладу приняли участие д-ра И. Я. Дешевилло и М. А. Романов и профф. И. Ф. Козлов, П. В. Маненков и В. С. Груздев.

3. Проф. И. Ф. Козлов выступил с предложением усилить борьбу с подпольным абортom.

Заседание 14/XI 1936 г.

1. Д-р А. С. Сидорова: «Случай образования искусственного влагалища из тонкой кишки по способу Morgi. Операция была произведена проф. П. В. Маненковым при полной атрезии влагалища. Исход ее был благоприятный. При исследовании больной через месяц после операции оказалось, что новообразованное влагалище пропускает 2 пальца.

2. Д-р С. П. Гаранкина продемонстрировала случай атрезии влагалища с гематометрой и гематосальпинксом. Проф. П. В. Маненков сначала вскрыл в этом случае атрезированный рукав и наполненную кровью матку, подшил последнюю к рукаву, потом перешел на лапаротомию для осмотра внутренних половых частей, причем, в виду отсутствия значительных изменений в них, оставил их *in situ* и зашил брюшную рану. Послеоперационный период протек в этом случае благополучно. При осмотре продемонстрированной больной сказалось, что рукав у нее пропускает палец, матка имеет нормальные контуры.

По поводу указанных случаев сделали замечания профф. И. Ф. Козлов, В. С. Груздев и П. В. Маненков.

По окончании демонстраций была подвергнута обсуждению заслушанная в предыдущем заседании инструкция о медицинских показаниях к искусственному выкидышу.

Председатель филиала заслуж. деятель науки проф. В. Груздев.

Секретарь И. Данилов.

Хирургическое общество и Общество рентгенологов АТССР.

Осьдиненное заседание 15/XI 1936 г.

1. Асс. Н. И. Любина. Случай *cystoadenoma papillaris renis*.

Продемонстрирован б-й Т-в, 23 л., доставленный в 1 хир. кл. ГИДУВ с тяжелой профузной гематурией. Гематурии предшествовала травма левой поясничной области. Гематурия продолжалась 7 дней. Диагноз новообразования

почки поставлен на основании анамнеза и пальпации плотного бугристого нижнего полюса левой почки, отсутствия индиго с этой стороны и пиелограммы, которая показывала деформированную лоханку со смазанными контурами. Нефректомия (доц. Ю. А. Ратнер). Удаленная почка нормальных размеров. У нижнего полюса два узла, величиной с грецкий орех. При разрезе узлы состоят из капсулы, наполненной продуктами распада ткани. Прораствание опухоли в лоханку. В лоханке конкремент величиной с боб. Гистологическим исследованием (проф. И. П. Васильев) установлена *cystoadenoma* *pari* Paris

2. Асс. Н. Х. Ситдуков. Случай двустороннего нефролитиаза в сочетании с двусторонним гидронефрозом. Демонстрируется 6-ная Г-ва, 25 лет. Диагноз поставлен на основании двусторонней пневмопиелографии и ретроградной пиелографии сергозином. На ретроградной пиелограмме кроме гидронефроза определяется изолированная тень округлой формы в области верхнего полюса правой почки. Возникает вопрос, — что является в данном случае первичным: нефролитиаз или гидронефроз.

По мнению докладчика, гидронефроз является врожденным, а нефролитиаз — вторичного происхождения. На основании ретроградной пиелографии допускает наличие третьего страдания — поликистозной дегенерации почек.

По обеим демонстрациям задали вопросы профф. В. А. Гусынин, С. М. Алексеев, Б. Г. Герцберг.

Прения. Проф. С. М. Алексеев. Второй демонстрируемый случай представляет значительный интерес. Присоединяется к толкованию случая, которое дается клиникой. Первичным поражением является кистозная дегенерация и врожденный гидронефроз и вторичным — развитие конкрементов. Что касается линии поведения хирурга в данном случае, считает правильным вначале произвести разгрузку правой почки, так как справа начались колики и гематурия.

Доц. Ю. А. Ратнер. Первый случай интересен с практической и диагностической стороны. Случай трактуется как папиллярная цистоаденома. Показано радикальное лечение — нефректомия.

Второй случай демонстрирует значение полного урологического обследования для хирургов. Случай трактуется как первичный врожденный гидронефроз с вторично развившимся калькулезом.

В смысле лечения считает, что вмешиваться надо там, где есть надежда улучшить функцию почки.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Первый случай интересен с точки зрения диагностики и показаний к оперативному лечению; второй случай — с точки зрения линии поведения хирурга при двустороннем поражении почек.

3. Прив.-доц. Л. И. Шулутко сообщает об одном случае туберкулезного поражения правого грудно-ключичного сочленения. Интерес сообщения — в целом ряде ошибок, которые допущены в рентгеновском кабинете. 1-й ошибкой является неправильное обозначение стороны на пленке. Буква «П» и № снимка помещены техником слева. Врач при даче заключения рассматривал эту левую (нормальную) сторону (левое грудно-ключичное сочленение) и указал на наличие «смещения медиального конца ключицы».

При рассмотрении рентгенограммы ясно видны деструктивные изменения в области гр.-ключичного сочленения другой стороны. Клинические симптомы (значит. флюктуирующая опухоль, болезненность) говорили о несом-

ненном наличии воспалительного заболевания справа и объяснить их только «смещением конца ключицы» было никак нельзя.

Таким образом мы здесь имеем первичную ошибку техника, который упустил из вида то, что при R⁰-снимке грудины и ключичных сочленений с ней, больной лежит не на спине, а на животе. Врач же не посмотрел больную, не собрал анамнеза и даже не проанализировал как следует снимок и поэтому сделал целый ряд ошибок (тень сердца сразу могла бы подсказать о наличии ошибки).

Вывод: врачу-рентгенологу необходимо больше интересоваться клиникой заболевания и анамнезом б-го, а также проверять работу своего помощника; врачу, клиницисту — уметь самому читать рентгенограммы, а заключением рентгенолога пользоваться после прочтения рентгенограммы.

Ошибки, допущенные при производстве R⁰-снимка и его трактовке не отразились на выяснении диагноза и лечении, так как эти ошибки были вскрыты при консультативном осмотре больной.

Докладчику были заданы вопросы профф. Б. Г. Герцберг, Р. Я. Гасуль и доц. Д. Гольдштейн.

4. Асс. В. М. Осиповский (доклад). К вопросу о заворотах слепой кишки.

Заворот слепой кишки является наиболее редким из всех видов острой непроходимости кишечника. А. подробно остановился на этиологии и механизме заворота слепой кишки. Привел русскую и иностранную статистику случаев. Диагностика заворотов чрезвычайно трудна. Из литературных данных известно 2 сл. правильного диагноза до операции (Manteufel, Faltin), обычно такие случаи идут под диагнозом непроходимости или «острого живота». Лечение — только хирургическое, каковое может быть радикальным — резекция кишки с последующим анастомозом и консервативным — раскручивание, фиксация слепой, ушивание, укорочение брыжейки. Приводит 4 случая, наблюдавшиеся в клинике неотложной хирургии ГИДУВ (проф. Г. М. Новиков), закончившиеся в 3 сл. выздоровлением.

По докладу были заданы вопросы профф. С. М. Алексеевым, Н. К. Горяевым, Н. В. Соколовым и д-ром В. Т. Семечкиным.

Прения. Проф. Б. Г. Герцберг. Доклад своевременный, интересный и освещает весьма редкую форму заворотов. В большом материале Обуховской больницы, описанном Бричке, заворот слепой кишки встретился 6 раз. Диагностика подобных случаев, как справедливо указывал докладчик, до операции чрезвычайно трудна.

Проф. В. А. Гусьнин. В своей практике имел 10 случаев заворотов слепой кишки и детально описал их в своей работе (Каз. мед. журн., № 3, 1936 г.). Совершенно согласен с докладчиком, что в патогенезе заворота доминирующую роль играет наличие *mesenterium ileo-coecale commune* и сопутствующие вторичные воспалительные явления. В механизме заворота преобладают перегибы и перекручивания слепой кишки вокруг длинной оси, что дает умеренную клиническую картину. Перекручивание слепой кишки вокруг брыжейки протекает по типу странгуляционной непроходимости, явления деструкции и гангрены при данной форме развиваются быстро. В 10 случаях произвел резекцию кишок с исходом в выздоровление в 8 сл. Считает резекцию методом выбора.

Доц. Ю. А. Ратнер. На основании наблюдавшихся нескольких случаев заворота слепой кишки, считает возможным ставить диагноз заворота слепой

кишки; при котором обычно правая илеоцекальная ямка при пальпации всегда пуста и это является основным симптомом.

Проф. Г. М. Новиков. Сообщенные случаи представляют интерес как с точки зрения их редкости, так и со стороны диагностики и методов оперативного лечения. Несомненно, диагностика трудна. Картина острого живота и явления непроходимости — вот ведущие симптомы, приводящие больных на операционный стол; лишь на операции устанавливается истинный диагноз. Симптом пустой илеоцекальной ямки трудно определить ввиду наличия *defense musculaire*. В одном из случаев докладчика произведена резекция слепой с последующим анастомозом тонкой с восходящей толстой кишки; — лучше было накладывать илеотрансверзостомию.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Диагностика до операции заворота слепой кишки — нелегка, но это не освобождает, по крайней мере клинических хирургов, от обязанности ставить точный диагноз при всех видах кишечной непроходимости. Завороты слепой кишки обычно протекают более бурно, чем завороты сигмовидной, что, вероятно, объясняется большим раздражением нервной системы. Выбор метода зависит от ряда моментов: при наличии гангрены кишки резекция, конечно, остается единственным методом при условии достаточной крепости больного, при наличии после деторсии непораженной кишки выбор метода зависит от подготовленности хирурга и от обстановки работы.

5. Проф. Р. Я. Гасуль (доклад). Вопросы совместной онкологической работы хирурга и рентгенорадиолога.

После изложения истории развития хирургии и рентгенотерапии злокачественных новообразований и критической оценки каждого из этих методов в отдельности, на основании данных мировой статистики (демонстр. таблиц), — докладчик останавливается на результатах, полученных в ведущих клиниках Союза и за границы помощью комбинированной радиохирургической методики лечения опухолей. Эти результаты говорят в пользу хирургии (электрохирургии) и послеоперативного облучения рентгеном или радием, а в некоторых случаях в комбинации с предоперативным освещением, которое часто мобилизовало иноперабельную опухоль и делало ее операбельной. Но и в других случаях предварительное освещение улучшало результаты операции и послеоперативного освещения, усиливая сопротивляемость организма к рецидиву и метастазам. Однако, эта комбинация должна быть проведена в тесном контакте высококвалифицированных хирурга-онколога и радиолога-онколога. Докладчик указал на ненормальности во взаимоотношениях между хирургом и рентгенологом. Хирург нередко после операции не посылает б-ного к рентгенологу, а зачастую попавший от хирурга к рентгенологу б-ной не намерен показаться хирургу. Поэтому лучшей формой организации тесного плодотворного контакта между специалистами является учреждение, в котором сосредоточены все виды квалифицированной онкологической помощи.

Докладчику были заданы вопросы профф. Б. Г. Герцберг, В. А. Гусыным, Н. К. Горяевым.

Прения. Проф. И. В. Домрачев. Интересуется статистикой рентгено-онкологического отделения. Считает, что в послеоперационном периоде рентгенотерапия не дает положительных результатов.

Проф. В. А. Гусынин. В начальных стадиях и хирургическое лечение и

рентгено-радиотерапия дают хорошие результаты каждая в отдельности. В более поздних стадиях — совместное лечение. Заостряет внимание на вопросах ранней диагностики раковых заболеваний, овладении техникой оперативного лечения злокачественных новообразований.

Проф. Б. Г. Герцберг. Присоединяется к мнению проф. Гусынина. Считает, что основное — это выработать единую точку зрения и организовать комплексную работу хирурга, онколога и рентгено-радиолога.

Проф. С. М. Алексеев. Делится впечатлением о хороших результатах рентгенотерапии по поводу семинол.

Проф. Н. К. Горяев. Вопросы, затронутые в докладе, касаются и терапевтов в смысле линии поведения и своевременности передачи больного хирургу или рентгенологу. Все же на сегодня в вопросе о лечении рака большая неопределенность и полнейший эмпиризм. Высказывается за организацию и расширение баз для онкологических больных в Т.Р.

Доц. Ю. А. Ратнер. Хирурги теперь убеждены, что в целом ряде случаев комбинированные методы лечения целесообразны. Противораковая борьба в Т. Р. поставлена плохо. Мы не видим результатов лучевой терапии. Надо организовать общественную противораковую борьбу.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Ставя на повестку дня доклад проф. Гасуль, мы имели в виду, во-первых, заслушать доклад о современном состоянии вопроса по лечению рентгеном злокачественных опухолей и, во-вторых, обсудить меры для достижения полного контакта хирурга и рентгенолога в вопросе лечения данных опухолей.

Если докладчик дал хороший исчерпывающий доклад по первому вопросу, то по вопросу контакта не все обстоит благополучно. Больные, направляемые хирургом в рентгенокабинеты, не направляются обратно к хирургу после лечения. Рентгенологи не выступают в Об-ве хирургов с демонстрацией этих больных. Вследствие этого проверить результаты рентгенолечения хирурги часто не имеют возможности. В будущем необходимо этот пробел взаимоотношений между хирургом и рентгенологом устранить.

Председ. Хир. общ. проф. *Н. Соколов*
Секретарь д-р *В. Осиповский.*
