

Асс. Ш и ф р и н а. Демонстрация больного с амiotрофическим боковым склерозом.

В прениях проф. Г. А. Клячкин указал на редкость чистых форм амиотроф. бокового склероза. Проф. О м о р о к о в подчеркнул особеннос и случая: атипичное начало с конечностей, а не с бульбарного отдела, наличие у больного слабо-положительных реакций и циоз могут дать некоторые указания на специфическую природу заболевания.

Проф. И. И. Русецкий указал на большой клинический интерес обеих демонстраций, в первом он отмечает отсутствие гипертрофий, относительно 2-го случая соглашается с возможностью специфической природы заболевания.

Асс Э с с е л е в и ч и орд. С л а в и н. К клинике поражений ветвей задней мозговой артерии

В своем докладе авторы считают кардинальными признаками поражения ветвей задней мозговой артерии преобладание чувствительных нарушений над двигательными, гемипарезию, гемипарезию, понижение тонуса (за счет поражения чувствительных путей), специфические установки конечностей (рука скрипача). Вегетативные нарушения. Галлюцинации зрения и слуха.

В прениях приняли участие проф. И. И. Русецкий, Б а л ю л, Э с с е л е в и ч. Проф. О м о р о к о в в заключительном слове отметил интерес приведенного в докладе синдрома для уточнения диагностики; расстройство движений в данном синдроме зависит, по его мнению, от нарушений проприоцептивной чувствительности.

Асп. Ж о г о л е в и врач Г у л е в с к а я. Изменения вегетативной нервной системы при транскеребральном ионофорезе у здоровых людей и у лиц с органическим поражением центральной нервной системы.

В прениях участвуют Б а д ю л, Ш и ф р и н а, С и н и ц ы н, доц. Клячкин, проф. Клячкин, Русецкий и О м о р о к о в. Проф. Клячкин считает работу интересной с двух точек зрения. Во-первых, она подтверждает, вопреки воззрению некоторых авторов, эффективность действия ионофореза; во вторых, подтверждает возможность воздействия ионофорезом на вегетативную нервную систему. Проф. О м о р о к о в указывает, что гемипарезия и энцефалит могут иметь различную топику поражения, что может давать вариации в колебаниях вегетативного тонуса, как до ионофореза, так и после, и привести к ошибочным выводам. Проф. О м о р о к о в полагает, что при ионофорезе мы имеем не непосредственное влияние ионов, а рефлекторное действие. Проф. Русецкий указывает, что в результатах, приведенных в работе, вопрос идет о сегментарных реакциях под влиянием примененного ионофореза. При маске получается комплекс вагальный, при действии кальция, наоборот, преобладает симпатизация. При гемипарезиях на почве капсулярных сосудистых нарушений происходит большая „автоматизация“, паркинсонизм не дает таких характерных изменений вегетативных рефлексов.

Председатель проф. И. И. Русецкий.

Хирургическое общество ТАССР.

Заседание 15 мая 1937 г.

1. Д-р Я. М. Щ е р б а в с к и й. Демонстрация. Случай хронического фиброзного осумкованного перитонита.

Докладчик сообщил о наблюдавшемся в клинике неотл. хир. ГИДУВ (зав. проф. Г. М. Новиков) случае „фиброзного осумкованного перитонита“. Б-ная С., 81 г, была доставлена в клинику экстренно. Была оперирована с диагнозом инвагинация кишечника. На операции (проф. Г. М. Новиков) обнаружено: конгломерат тонких кишок покрыт плотной, толстой капсулой. Произведено иссечение капсулы. Послеоперационное течение гладкое. Через 14½ мес. больная чувствует себя хорошо. При патогистологическом исследовании (проф. И. П. Васильев) капсула оказалась инвазированным пластом фиброзной ткани. Докладчик останавливается на вопросах этиологии, патогенеза и диагностики таких заболеваний. В литературе описано около 70 сл. хронич. осумкованного, фиброзного перитонита. Демонстрируются удаленные куски капсулы.

2. Д-р Я. М. Щербавский. *Новокаиновый блок Вишневого при сулемовом отравлении.*

В клинику неотл. хир. ГИДУВ (проф. Г. М. Новиков) доставлен б-ной С., 26 л., с диагнозом „отравление сулемой“. Б-ной выпит флакон смеси иодной настойки и порошка сулемы. Через два дня резкое падение суточного количества мочи (100 к. см). Произведен новокаиновый блок поясничной области (двусторонний) (12х0). В ночь появилось большое количество мочи (100 к. см). Через день повторный блок. На 8-й день выписан в удовлетворительном состоянии. В настоящее время чувствует себя хорошо.

Двусторонний поясничный новокаиновый блок решили испытать из расчета, что новокаин произведет „химическую“ денервацию почек и купирует воспалительный процесс.

Останавливается на вопросе о терапии отравлений. Докладчик приводит данные исследования мочи и кривые суточного количества мочи.

3. Д-р П. В. Назаров (дем. из 1 хир. клин. ГИДУВ). *Случай ангиомы головы.*

Докладчик продемонстрировал больного, у которого после травмы в правой височной области по ходу ветвления височных сосудов развилась ветвистая ангиома.

Случай трактуется как ангиома гасемосит. Останавливается на вопросе хирургического лечения таких случаев.

4. Д-р В. М. Осиповский. *Случай заворота проксимального отдела толстых кишок.*

Случай заворота проксимального отдела толстых кишок редки. В текущем году такой случай наблюдался в клинике неотл. хир. ГИДУВ (проф. Г. М. Новиков). Б-ной С. (ист. бол. № 166), 27 л., доставлен экстренно с диагнозом „прободная язва желудка“. На операции (проф. Г. М. Новиков), произведенной под местной анестезией, оказалось: огромная, раздутая до размеров автомобильной шины слепая кишка с подвздошной, восходящая и поперечно-ободочная кишка перекручены вокруг оси общей брыжейки на 360°. Кишки гиперемированы и отечны. Перекручивание по ходу часовой стрелки. Произведено раскручивание кишки, ушивание и фиксирование. Послеоперационное течение гладкое. В настоящее время, через 3½ мес., б-ной чувствует себя хорошо.

Останавливается на этиологии, патогенезе, диагностике, терапии и литературе вопроса.

Докладчикам задали вопросы д-ра Гулевич, Ситдыков, Наливкин и студ. Емельянов.

Прения.

Д-р П. А. Гулевич. Останавливается на случае отравления сулемой и указывает, что случай возбуждает ряд вопросов. Неизвестно ли количество яда, ни роль, которую мог сыграть принятый вместе с сулемой иод.

Если рассматривать отравление как обычное сулемовое, — то хороший исход едва ли можно приписать блоку: блок был применен не в период малой „белой почки“, развивающейся у отравленных сулемой на 2-й неделе — и сопровождающейся спазмом сосудов, а вскоре после отравления, т. е. в период „красной“ почки, когда явления спазма сосудов отсутствуют.

Проф. В. А. Гусынин. Демонстрации весьма интересны. Литература по фиброзному осумковывающему перитониту, приведенная докладчиком, не исчерпывающая. Вспоминает случай, оперированный оппонентом и продемонстрированный в обществе. Сомневается, что обширная резекция капсулы нацело могла закончиться хорошо, так как удалить ее нацело не представляется возможным. В случае отравления — неясно действие новокаинового блока. Случай заворота слепой, восходящей и поперечно-ободочной кишки, согласно своей классификации, относится к *volvulus coli convolutus*. Высказывается, в таких случаях, за резекцию толстой кишки. Паллиативные операции не спасают от рецидива.

Студ. М. Д. Емельянов. В литературе так наз. хронического осумкованного перитонита имеется отождествление внутренних грыж и последующих воспалительных изменений в них с первичным хроническим воспалением брюшины. Два типа грыж — в брыжейке восходящей толстой кишки и нисходящей с воспалительными изменениями вторичного порядка в результате проникновения инфекции (тбк, пневмококков и т. п.) тем или иным путем, могут дать картину, констатируемую при лапаротомиях как „хрон. осумк. перитонит“. Не признавая за перитонитом возможности образования капсулы на тонком ки-

шечнике, приходится отбросить патолого-анатомическую единицу „хрон. осум. перитонита“, считая первичным процессом внутреннюю грыжу, а воспалительный процесс в ней вторичным.

Проф. С. М. Алексеев. По вопросу об осумкованном хроническом фиброзном перитоните существуют в литературе разногласия. Особенно это касается классификации и генеза. Ставится под сомнение воспалительный генез. Не исключена возможность, что некоторая часть случаев осумк. фибр. пер. падает на внутренние грыжи, в которых как вторичные явления развиваются воспалительные процессы, вызывающие фиброзное перерождение (американские авторы).

Второй случай—яркая демонстрация лечебного эффекта новокаинового блока Вишневецкого. Лечебный эффект от новокаинового блока несомненен—в данном случае это подтверждается рядом лабораторных исследований. После новокаинового блока ясно видно падение белка и увеличение суточного количества мочи. Останавливается на патолого-анатомической сущности при сулемовом отравлении в почках. Склонен расценивать лечебный эффект от новокаинового блока при сулемовом отравлении, как действие нов. блока на воспалительный процесс, развивающийся в интерстициальной ткани, аналогично тому, как это наблюдается при воспалительном процессе в других тканях.

При завороте слепой если нет особых изменений в кишке—паллиативная операция (деторсия, пликация и пексия) даст хорошие результаты.

Случай ангиомы очень интересен. Является следствием травмы. Лечение—перевязка височных сосудов (артерия и вены).

Проф. Г. М. Новиков. Случай хронического фиброзного осумковывающего перитонита редки. Особого внимания заслуживают здесь вопросы этиологии и патогенеза, которые до сего времени неясны. Диагностика таких случаев трудна. В литературе известны 2 правильных дооперационных диагноза. В нашем случае мы поставили диагноз во время операции.

Применение двустороннего новокаинового блока при сулемовом отравлении рассчитано на купирование воспалительного процесса и химическую денервацию почек. Демонстрируемые кривые увеличения суточного количества мочи и резкое падение белка достаточно убедительно говорят за клинический эффект от новокаинового блока.

В случае заворота проксимального отдела толстых кишок я сознательно сделал деторсию, пликацию и пексию, так как кишка была без особых изменений.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Все демонстрации оправдывают себя. Случай хронического осумковывающего перитонита интересен прежде всего с точки зрения диагностики, которая до операции крайне трудна. Интересен он и с точки зрения классификации и генеза, которые до сих пор неясны. Надо признать правильным точку зрения, высказанную в отношении генеза проф. Алексеевым и студ. Емельяновым.

В отношении влияния новокаинового блока на отравленную сулемой почку конечно, не все еще является ясным, но трактовка проф. Алексеева и Новикова, которые связывают уменьшение отечности в пораженных почках с новокаиновым блоком, проливает свет на понимание клинического эффекта от новокаинового блока при сулемовых отравлениях.

Выбор метода при заворотах кишок, не обнаруживающих после деторсии признаков гангрены, зависит от состояния больного и готовности к резекции хирурга. Принципиально резекция, как наиболее гарантирующая от повторения заворота, предпочтительна перед деторсией.

Большого с ангиомой желательнее продемонстрировать после операции.

Доклады.

1. Д-р В. А. Суворов. *О перфорациях желудка, связанных с рентгеноскопией.*

Докладчик, после подробного обзора литературы вопроса, насчитывающей 16 случаев, связанных с рентгеноскопией, приводит свои три случая, наблюдавшиеся в клинике иссл. хир. ГИДУВ (дир. проф. Г. М. Новиков).

1. Б-ной С-н, 52 л., доставлен в клинику с диагнозом „перфоративная язва желудка“. Несколько часов назад подвергался рентгеновскому обследованию желудка. На операции обнаружено—перфорация в области привратника. В брюшной полости бариевая смесь. Язва ушита. Выздоровление.

2. Б-ной Е-в, 52 л., доставлен в клинику с явлениями разлитого перитонита.

Накануне вечером подвергался рентгеноскопии желудка. Утром почувствовал резкую боль в животе. До вечера лечился „домашними средствами“—безрезультатно. Поздно вечером этого дня был госпитализирован. На операции—гнойный перитонит. Перфорация язвы. В брюшной полости бариевая смесь. Произведено ушивание язвы. Смерть.

З Б-ной М-в, 50 л., поступил с диагнозом „перфоративная язва желудка“. Два часа назад был на рентгеноскопии желудка. Идя домой, внезапно почувствовал резкую боль в животе, упал и был доставлен каретой с рой помощи. На операции—перфорация язвы в области малой кривизны. В брюшной полости бариевая смесь. Язва ушита. Б-ной скончался при явлениях сердечной слабости.

В заключение докладчик останавливается на причинах перфорации язвы желудка при рентгеноскопии и профилактике таких случаев.

Задали вопросы д-р В. Н. Помосов и студ. Емельянов.

Прения.

Д-р П. А. Гулевич—считает, что доклад д-ра Суворова заостряет внимание к вопросу о противопоказаниях к рентгеновскому исследованию при язве желудка. На основании анализа перфоративного материала госпитальная хирургическая клиника считает, что рентгеновское исследование противопоказано при обострении язв, а также в случаях „свежих“ (в клиническом смысле) язв, протекающих с резкими симптомами, так как часть подобных язв также имеет склонность к перфорации.

Д-р В. Н. Помосов. Доклад с клинической точки зрения весьма актуален. Нужно учесть, каких больных с язвенной болезнью нельзя рентгенировать. Приводит точку зрения Юдина. В целях профилактики следует предупредить больных о необходимости немедленного обращения при появлении болей после рентгеноисследования.

Д-р Н. Х. Ситдыков делится впечатлением о своих 4 случаях перфорации язвы желудка после рентгеноисследования, наблюдавшихся в хир. отд. 4-й рабоч. б-цы.

Проф. С. М. Алексеев считает, что теперь нельзя спорить о том, могут ли быть перфорации при рентгеноисследованиях. Они, к сожалению, встречаются. Надо ли такие случаи оперировать? Конечно, да; надежда на то, что бариевая каша закупорит перфоративное отверстие—проблематична.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Связь между рентгеноанализом, сопровождающимся приемом бариевой каши, и перфоративной язвой надо считать установленной. Каждый врач, наблюдающий и обследующий язвенных больных, должен твердо помнить о противопоказаниях к рентгеноанализу, не следует рентгенокопировать больных с обострением язвенного процесса, больных в пренерфоративной стадии и больных с язвенным кровотечением.

Пред. Хир. об-ва ТАССР проф. Н. В. Соколов.

Секретарь д-р О с и п о в с к и й.

Заседание 15 июня 1937 г.

Собрание, по предложению председателя, чтит память М. И. Ульяновой славием.

Председатель Об-ва сообщает о раскрытии шпионской организации Тухачевского и др. и о приговоре специального Судебного Присутствия Верховного Суда СССР по делу этих изменников родине.

Проф. В. А. Гусынин зачитывает текст резолюции. Резолюция принимается единогласно.

Пред. Об-ва проф. Н. В. Соколов сообщает о возмутительном поступке Плестнева, взволновавшем всю медицинскую общественность и зачитывает текст резолюции. Резолюция принята единогласно.

Демонстрации.

1. Д-р Г. М. Гуревич (Баймак, Баш. АССР). *Случай эхинококка печени, прорвавшегося через наложенную холецистостомию.*

Докладчик оперировал больную, 17 лет, по поводу рецидивирующего холецистита и холангита. На операции обнаружена эмпиема желчного пузыря. В печени никаких опухолей не определялось. Произведена холецистостомия. На следующий день после операции из свища начали выделяться дочерние эхинококковые пузыри. Через 2 дня свищ закрылся. Останавливается на литературных данных, статистике и трактовке случая.