

Заседания медицинских обществ.

Хирургическое общество ТАССР

Заседание 15/III 1937 г.

1. д-р В. П. Горбатов. *К казуистике диссеминированного эхинококка брюшной полости.* (Демонстрация).

Демонстрирует больную, которая явилась в гос. хир. клинику с жалобой на пушечную грыжу, развившуюся в течение последних 2—3 месяцев. При исследовании больной обнаружено: увеличенная печень, асцит и большое количество опухолевидных образований в брюшной полости, в верхних и нижних отделах. В анамнезе отмечается легкая травма живота при падении. Положительная реакция Кассони. Диагноз: диссеминированный эхинококк брюшной полости.

2. д-р С. В. Пестриков. *К казуистике язв желудка, пенетрировавших в мезоколон.* (Демонстрация).

Демонстрирует больного, 41 лет, с типичным язвенным анамнезом. Операция (проф. Н. В. Соколов) под местной инфльтрационной анестезией. Оказалась язва, расположенная на задней стенке желудка в фундальном его отделе, пенетрировавшая в мезоколон. При отделении сращений язва вскрылась. Произведена резекция желудка по Рейхель—Полли—Чинстереру с подшиванием тонкой кишки по Вильмсу. Послеоперационное течение гладко. Останавливается на особенностях клинического течения и диагностики данного случая.

3. д-р И. И. Демб. *Случай врожденной непроходимости кишечника.* (Демонстрация).

В октябре 1936 г. в род. доме Тобольской окр. больницы родилась живая, доношенная, здоровая девочка, весом 3300 г. В первый день жизни отмечается отсутствие испражнений. Со второго дня ребенок ведет себя беспокойно. Частые срыгивания после каждого кормления, рвота, плохо берет грудь.

В дальнейшем развивается тяжелая картина кишечной непроходимости. Задний проход и прямая кишка проходимы. На седьмой день ребенок консультирован с хирургом, который диагностировал острую кишечную непроходимость. Ввиду тяжелого состояния ребенок не оперирован. Смерть на восьмой день. Вскрытие показало: врожденное недоразвитие подвздошной кишки, расположенное на расстоянии около 20 см от Ваггиниевой заслонки, и перитонит.

докладчик демонстрирует препарат: тонкая кишка оканчивается слепым мешком, резко раздутым, за которым следует тонкий тяз и далее опять слепой мешок, как бы продолжение тонкой кишки.

Этиология таких аномалий не выяснена. Они могут быть результатом внутриутробных патологических процессов, в частности вследствие чрезмерного натяжения желточного протока, частого случаев 1 на 2000 новорожденных. Лечение оперативное. Прогноз неблагоприятный.

Прения. Проф. С. М. Алексеев. Во второй демонстрации имеются интересные особенности клинического течения. Боли у больного были независимо от принятия пищи. Это обстоятельство наводит на тоническую диагностику. Отмечает расхождение данных рентгеноисследования и клинического течения. Резекция в таких случаях целесообразна.

д-р П. А. Улевиц. Исходя из личного опыта и опыта госпитальной хир. клинки, наблюдавшей на 48 случ. эхинококка шесть случаев диссеминир. эхинококка, не разделяет широко распространенного пессимизма в отношении хирургического лечения этого заболевания и высказывается за многотазные операции, позволяющие иногда надолго сохранить работоспособность больных.

д-р В. М. Осиповский. Отмечая интерес первой демонстрации делится впечатлением о наблюдавшемся им случае диссеминированного эхинококка брюшной полости. Больная, 30 лет, была доставлена с диагнозом „острый живот“. На операции оказалась эхинококковая киста салыника размером с кулак взрослого, перфорировавшаяся. Содержимое кисты—различной величины сколексы и жидкость—находилось в брюшной полости. Удаление кисты и туалета брюшной полости. Случай закончился смертью.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Демонстрация первой больной с диссеминированным эхинококком интересна не только с точки зрения диагностики, но и с точки зрения течения процесса. У больной не было значительного ушиба брюшной полости, не было шока, не установлены разрывы эхинококковых кист в печени. Предполагать же здесь первичный диссеминированный эхинококк нет оснований.

Демонстрация второго больного интересна как с точки зрения течения процесса и диагностики, так и с точки зрения выбора метода. По отделению желудка от mesocolon была возможность произвести клиновидную экономную резекцию; здесь была применена обширная резекция, которая оправдала себя по дальнейшему результату.

Случай врожденной непроходимости, демонстрируемый д-ром Дембом, интересен не только с теоретической, но и с практической точки зрения: ранняя диагностика непроходимости, раннее вмешательство, вероятно, спасли бы жизнь ребенку.

4. Д-р В. С. Ефимов. *О переливании плацентарной крови.*

Докладчик сообщил подробные литературные данные вопроса. В хир. отд. 2-й сов. больницы за 1936 г. произведено 67 переливаний плацентарной крови (6105 см³) 41 больному. Автор детально знакомит с техникой введения плацентарной крови и демонстрирует аппаратуру. Количество взятой крови варьировало от 50 до 180 см³. Приводит характеристику случаев переливания плацентарной крови, иллюстрируя их рентгенограммами, таблицами и температурными кривыми.

Результат после переливания: хороший 16 случ. (39%), удовлетв. 14 случ. (34%) и без эффекта 11 сл. (27%). Реакций в 50% (35 сл.) не наблюдалось, в 22% (15) была слабая реакция, в 16% (11) средней степени; в 9% (6) сильная реакция и в 15% (1) наблюдался гемолиз. Длительность консервации крови от 1 до 23 дней. Наибольшее количество переливаний падает на кровь 7-дневной консервации.

Прения. Проф. В. А. Гусынин. Отмечает, что доклад представляет большой клинический и практический интерес. В Казани д-р Ефимов впервые стал применять переливание плацентарной крови. Считает плацентарную кровь богатым резервом и там, где есть акуш. отделения, полагает, что необходимо шире использовать эту кровь. Плацентарная кровь обладает высокими качествами в морфологическом и биохимическом отношении. Наряду с этим отмечает и недостатки: техника взятия крови не исключает возможности первичного загрязнения ее, трудность гарантии обеспечения незараженности крови т.к. ограниченность в количественном отношении.

Д-р С. П. Вилюсов указывает на необходимость хорошего контроля качества взятой крови в отношении малярии. Для профилактики рекомендует испытать метод Филатова. Останавливается на использовании ретроплацентарной крови.

Д-р К. С. Казаков. В Казани переливанием плацентарной крови занимается еще ак.-гинекол. клиника Мед. ин-та (д-р Демшевилло). Считая плац. кровь большим резервом, все же предупреждает о необходимой осторожности при трансфузии. Надо всесторонне обследовать не только плацентарную кровь, но и кровь матери, от плаценты которой взята кровь.

Опасности переливания „сливными“ порциями преувеличены. В этом убеждают работы Бельского, Брускина и др. Для взятия крови имеются специальные иглы, дающие возможность получить кровь скорее и в большем количестве; эмиссия должна производиться только врачами, доверять это среднему медперсоналу не следует.

Из представленного материала не видно, какие имеет преимущества переливание плац. крови по сравнению с переливанием консервированной крови.

Д-р Р. А. Васелев. Материал, представленный д-ром Ефимовым, не может глубоко осветить вопрос о переливании плац. крови.

Подчеркивает преимущества плац. крови, делает замечания по поводу аппаратуры.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Материал докладчика показывает, что автор очень широко ставит показания к переливанию плацентарной крови. Несомненно, что в ряде наблюдений автора можно отметить положительный эффект переливания в смысле стимуляции организма. Но вряд ли докладчик

имеет основания для определенных выводов, так как он применял переливание при самых разнообразных процессах. Можно посоветовать докладчику вести в дальнейшем наблюдения в строго определенном направлении и, поскольку им применяются малые дозы, избрать больных с такими процессами, как воспалительные, трофические язвы. Во всяком случае необходимо отметить инициативу автора, впервые в Казани выступающего с собственным опытом по переливанию плацентарной крови, и пожелать ему успехов в дальнейшей разработке этого вопроса.

Д-р И. Г. Демб. *Опыт антисептической (холодной) обработки перчаток.* (Доклад напечатан в „Казанском мед. журнале“, № 7, 1937 г.).

Председ. Об-ва проф. Н. В. Соколов
Секретарь д-р В. Осиповский.

Заседание 15/IV 1937 г.

1. Д-р Н. Х. Ситдыков. *Случай камня мочеочника.* (Демонстрация из 1 хир. кл. ГИДУВ).

Дем. 6-ного, у которого в целом ряде лечебных учреждений на основании клинических и рентгенологических данных диагностировался камень мочевого пузыря. При помощи внутривенной пиелографии сергизовым удалось поставить истинный диагноз: камень интрамуральной части мочеочника; анализирует причины ошибочного диагноза и подчеркивает диагностическое значение внутривенной пиелографии.

2. Д-р Н. Х. Ситдыков. *Случай поликистозной дегенерации почек.*

У демонстрируемого больного обычные клинические и урологические исследования давали картину опухоли левой почки. Примененная ретроградная и внутривенная пиелография сергизовым показала удвоенную левую почку и поликистозную дегенерацию обеих почек. Случай представляет диагностический и практический интерес. Ставит вопрос о линии поведения хирурга в данном случае.

3. Д-р С. П. Вилесов. *Два случая пластики губы.* (Дем. из 1 хир. клин. ГИДУВ).

Дем. двух 6-ных с неправильным (диагональным) положением ротовой щели (последствия нумы). Пластика дефектов произведена методом проф. Шимаповского—перемещение встречных треугольных лоскутов. Косметический и функциональный результат вполне удовлетворительный.

4. Д-р А. В. Рытвинский. *Случай абсцесса мозга.* (Дем. из II хир. клин. ГИДУВ).

Дем. 6-ную после операции (проф. В. А. Гусынин) трепанации средней черепной ямки по поводу абсцесса мозга. Абсцесс отогенного происхождения. В настоящее время больная вполне здорова. Останавливается на литературе вопроса.

5. Д-р Н. И. Поиков. *Случай рака на люпозном основании.* (Дем. из пропедевт. хир. клин. Мед. ин-та).

Дем. препарат ампутированной левой верхней конечности, ряд фотографий и микроскопические препараты.

6-ной 11-в, 41 г., страдал волчанкой кисти и лица с 13-летн. возраста. Лечился в течение 28 лет. На ладонной стороне в области луче-запястного сустава в радиальном крае большого пальца имеется образование, выступающее над уровнем кожи на 1,5—2 см, бугристое, темно-бурого цвета. В центре опухоли распад, грязная язвенная поверхность с гнилостным запахом. Опухоль плотная на ощупь и болезненная. Кожа в окружности язвы атрофична и рубцово изменена.

С предположительным диагнозом (на основании биопсии): *lupus-carcinoma* больной оперирован (проф. Б. Г. Герцберг). Циркулярная ампутация на границе верхней и средней трети плеча. Обезболивание общее—эвипановый внутривенный наркоз.

Патогистологическое исследование (проф. И. П. Васильев) показало: в кусочке, взятом из пораженной области, сильное ороговение по поверхности в виде *cornu cutaneum* и гнезда эпителиальных клеток с жемчужинами, типа плоско-эпителиального рака с ороговением. В железе из локтевой области: тбк бугорки и концентрические узелки рубцовой соединительной ткани.

Случай представляет интерес с точки зрения сравнительной редкости возникновения рака на волчаночном основании, редкости локализации и диагностики.