

Заседания Научного Круга при Рыбинской Врачебной Секции.

Заседание 9/III.

Д-р А. Н. Бронников: *К вопросу о технике операций диафрагмальной грыжи.* Докладчик указал, что среди хирургов нет единодушия во взглядах на способы оперирования диафрагмальных грыж, — здесь применяется и торакальный, и абдоминальный, и смешанный пути, а проф. Соколов является, кроме того, защитником трансплеврального способа, но докладчик несогласен с ним в виду невозможности при этом способе осмотреть брюшные органы, которые могут быть ранены. Защитников абдоминального пути больше; среди них докладчик отметил проф. Яценецкого-Войно, который с помощью швами чрез кожу подтягивает рану диафрагмы к реберному краю; недостатком этого способа является невозможность осмотреть органы грудной полости, а также большая смертность — 84%. Способ, предложенный Цейдлером, является смешанным — торако-абдоминальным; при нем проводится большой разрез, захватывающий и грудную полость, и брюшную. Докладчик, демонстрируя одного больного с диафрагмальной грыжей, описал как этот случай, так и способ, примененный им. Больной был ранен острым оружием вечером 16/III и доставлен в больницу через 12 часов в очень тяжелом состоянии. У него имелись 3 резаных раны, из которых одна в левом боку, в 5 см. длиной: чрез нее выпал сальник, в котором циркулировал воздух при дыхании. Под новокаином резецированы сальник и VIII ребро, и рана увеличена разрезами сверху от концов ее. При осмотре в левой плевре видны были толстая кишка, длиной в 30 см., и сальник, а также рана диафрагмы в 5 1/2 см. длиной, имеющая направление сзади наперед и снаружи внутрь. После резекции VII ребра кишка извлечена; вид ее нормален, лишь с одной стороны большой кровоподтек. Попытка вправить ее чрез плевру не удалось, почему сделан второй разрез вдоль левых ребер, для вскрытия брюшной полости от средней линии до передней подмышечной, под общим наркозом. При осмотре органов брюшной полости повреждений не найдено; после осмотра кишка вытянута в брюшную полость, и рана диафрагмы зашита подтягиванием к плевральной ране. Со 2-го дня воздуха в плевре не оказалось. Больной демонстрирован в хорошем состоянии на 20-й день после операции. Докладчик считает преимуществами своего способа возможность тщательно осмотреть брюшную и грудную полости, удобство манипулирования одновременно с той и другой стороны, невозможность затекания гноя в брюшную полость в случае образования гнойного плеврита и меньшего травмирования способами.

Д-р А. П. Богословский продолжил доклад о поездке на курсы для усовершенствования врачей.

Секретарь Синакевич.

Краткий отчет о работе Бугурусланского Научного Круга врачей.

Заседание 5/IX 1925.

Д-р Фиалков: *Наблюдения над действием инъекций сернокислой магнезии при послеродовой и послеоперационной ишиургии.* Докладчик вел эти наблюдения в течение двух лет, причем для инъекций употреблялся 10% раствор сернокислой магнезии, который вводился в количестве от 5 до 10 куб. см.; впрыскивание приходилось производить до 3—4 раз, причем самое раннее мочеиспускание наблюдалось через 30 мин. после первой инъекции.

Он же: *Оперативное лечение некоторых форм недержания мочи у женщин.* Докладчик остановился на подробном выяснении патолого-анатомической подкладки одного вида недержания мочи у женщин, которое зависит от нарушения нормального взаимоотношения тканей, прикрепляющих пузырь. Для устранения недержания мочи этого вида Ширшовым была предложена операция подшивания пузыря к надкостнице симфиза. Докладчик проделал эту операцию с полным успехом 2 раза. Результат у одной больной прослежен около года, у другой — 11 месяцев.

Д-р Семенов: *Лечение язв голени интегральной терапией по способу проф. Голяницкого.* Лечение это испытано у пяти больных, причем у четырех наступило полное излечение, и один случай пришлось долечивать по другому методу. Единственный недостаток способа — это болезненность при впрыскивании.