

Заседание 20/X 1925.

Д-р Ф и а л к о в произнес слово, посвященное *памяти скончавшего* проф. Ф. А. Рейна.

Он же: *О завороте кишок* (с демонстрацией больного).

Он же демонстрировал препараты *личинкового дермоида*, величиною с детскую голову, найденного в правом подреберье, причем от опухоли шел едва заметный тяж к правому углу матки, и *повторной трубной беременности*.

Д-р К и р и ч е н к о: *Некоторые наблюдения над цереброспинальным менингитом*. Докладчик указал, что за последнее время в городе было несколько случаев заболевания цереброспинальным менингитом со смертельным исходом, и прочитал протокол патолого-анатомического вскрытия одного больного, умершего от этой болезни.

Д-ра Семенов и Волженский демонстрировали больного, получившего *сильную травму в левую половину лица* (от махового колеса). На этой почве получился перелом нижней челюсти, и развился паралич левого отводящего и правого лицевого нервов, а также парез правой стороны туловища. В настоящее время больной почти выздоровел.

Заседание 27/II 1926.

Д-р Ф и а л к о в: *Лечение гнойных ран*. Докладчик поделился впечатлениями от разных методов лечения гнойных ран, применявшихся им, и в частности от бестампонного лечения. В заключение он демонстрировал несколько удаленных им *препаратов внематочной беременности*.

Д-р Волженский продемонстрировал двух больных—одного с *саркомой правого глаза*, другого—с *остеомой глазницы*.

Заседание 5/III 1926.

Д-р Ю с ф и н сообщил об организации им *ушного отделения при I Советской больнице*.

Д-р Волков: *О работе VII Терапевтического отделения*.

Д-р К и р и ч е н к о: *Опыт амбулаторного применения электричества*. Докладчиком показаны около 20 больных, леченных им амбулаторно электричеством.

Д-р Семенов демонстрировал редкий препарат *кисты червеобразного отростка*.

Д-р Ф и а л к о в показал ряд *препаратов, удаленных под спинномозговой анестезией*.

Заседание 14/VI 1926.

Д-р Ф и а л к о в произнес речь, посвященную *памяти недавно скончавшегося* проф. Н. И. Березнеговского.

Д-р Волженский сделал отчетный доклад о *научной командировке в г. Казань, в Институт для усовершенствования врачей*.

Д-р Семенов: *Информация о XVIII Съезде Хирургов*.

Заседание 13/XI 1926.

Д-р Волженский: *Доклад о I Офтальмологическом Съезде в Москве*.

Д-р Киселев: *Отчет о последнем Поволжском Малярийном Съезде*.

Д-р Богородицкий: *О рациональной палатке для землеробов*.

Д-р Ф и а л к о в: *Ошибки и несчастия в хирургии по личным наблюдениям*.

Д-р Богородицкий: *О лечении панкусов подкожно-жировыми ин'екциями цианистой ртути*.

II Съезд Хирургов Северо-Кавказского края.

С. М. Эйбера (Артемовск).

Съезд состоялся в Ростове на Дону 12—15 1927 г., в удачно выбранном и удобном помещении Рабфака Северо-Кавказского Университета.

Председатель Оргбюро Съезда проф. Н а п а л к о в (Ростов), открывая Съезд, указал, что программные вопросы его 1) Тбс костей и суставов и 2) Неотложная хирургия перитонита, кишечной непроходимости, гинекологических заболеваний,—

являются сложными, широко поставленными, а потому в них необходимо осветить наиболее главные, существенные детали. Тбс костей и суставов является трудовым злом, т. е. кости и суставы—рычаги трудовой жизни, а без них нет динамики. Проф. К р и н и ц к и й (Ростов) в своем приветствии обратил внимание на другую опасность, на другое социальное зло,—это рак, % смертности от которого даже превышает % смертности от тбс (в то время, как коэффициент смертности от рака—105, при тбс он равен 100).

С исключительным подъемом приветствовал Съезд командующий войсками Северо-Кавказского Края, указывая на особо-важное развитие хирургии, в котором очень заинтересованы не только Красная Армия, но и весь Союз. В виду возможности боевых действий, хирургии, как всегда, так и сейчас в особенности предстоят огромной важности государственные задачи. Боевая, истребляющая техника доведена до совершенства. Современный пулемет дает 2000 выстрелов в минуту,—«это какая-то смертоносная пыль». Пушка стреляет на 400 километров, у нее снаряд в рост человека. Аэроплан делает 460 километров в час, имея 4500 килограмм «полезного веса». Проектор в 5—8—10,000 свечей слепит глаза. Из-за такой развитой техники является необходимой ставка на противодействие: организованность, научное обследование, терапия.

Представители целого ряда общественных, лечебных, научных и профессиональных организаций, приветствуя Съезд, выразили уверенность в его плодотворной и руководящей деятельности. Обратило на себя внимание присутствие на Съезде, несмотря на дальность расстояния, корифеев отечественной хирургии из Москвы, Ленинграда, Баку, Киева и др.

Тбс костей и суставов был освещен на Съезде 23 докладами. Тбс у человека вызывается различными тбс палочками и фильтрующимся вирусом, причем костный тбс является вторичной инфекцией в то время, как первичная гнездится обычно в лимфатических узлах; там, в симбиозе с другой инфекцией, она и развивается. Этим объясняются как анатомические изменения (поражение эпифизов, красного мозга), так и изменения биологические (реакция со стороны лимфатической ткани и возникновение фибробластов до образования творожистого перерождения). Поэтому возникает 2 вида тбс процессов; 1) экссудативный, где раздражителем является механический инсульт, и 2) продуктивный, как результат реакции. Вот почему при патентниках, как результате нагрузки на позвоночник, необходимо разгрузить последний, дать ему полный покой. Вот почему при глубоких поражениях в костях и суставах, в целях экономии времени и сохранения дальнейшей трудоспособности, необходимо активное вмешательство—выигрышная ставка на остеосинтез.

Тбс ревматизм, по современным изысканиям, является лишь симптомом; на острый приступ его надо смотреть, как на результат внедрившейся, оккультной инфекции, напр., в виде тонзиллогенного стрептококка, а на хроническую форму—как на реакцию скрытого заболевания, зависящую от эндокринной, кровеносной и лимфатической систем. Тбс суставов возникает или от токсинов, или от самой тбс палочки, но вернее всего от их сочетания, причем заболевание всегда наступает после инсульта. Поэтому здесь необходимо применение физических методов лечения в широком смысле слова, ибо они поднимают защитные свойства организма.

При наличии свищей или грануляционной ткани при костном тбс является необходимо их блокада, т. е. образование рубца, каковой может возникнуть от покоя, обезгруживания, от гиперемии, от термо-фото-терапии. В случаях глубокого внутрисуставного процесса, если представляется возможным легко и быстро купировать его, выступает ставка на опыт хирурга и на иммуно-биологию больного. Прав был в свое время J o h a n n s e n, когда писал: «Довольно с нас консерватизма, надо оперировать».

Проф. Р о з е (Харьков), приравнивая тбс костей и суставов к злокачественным новообразованиям, рекомендовал радикально удалять его очаги. Проф. М а р т ы н о в (Москва) в своем заключительном слове указал, что уже начинают раздаваться призывы перейти к активной хирургии при тбс костей и суставов, подтвержденные и экспериментом, и клиникой. Крупным препятствием к широкому применению этого метода является невозможность поставить прогноз из-за отсутствия познаний в количестве иммуно-биологических сил больного. Поэтому необходимы наблюдения в суммарно больших цифрах. Тогда вопрос остеосинтеза вместе с консервативными мероприятиями, возможно, выльется в более реальную форму.

По второму программному вопросу, именно, по вопросу *о лечении перитонита*, выявлены на С'езде следующие основные положения: 1) Перитонит в большинстве случаев бывает аппендикулярного происхождения; поэтому при чревосечении в первую очередь необходимо осмотреть ileo-соединительную область, а если там ничего патологического не окажется, то необходима ревизия верхнего отдела брюшины (желудка, печени); наиболее благоприятные перитониты—гонококковые. 2) Смертность после операции увеличивается после 48 часов с момента начала заболевания; при перфоративных перитонитах отверстие в кишке очень маленькое, и весь симптомокомплекс наступает много позже; поэтому ранняя диагностика—ранняя операция. 3) Наркоз—преимущественно эфирное оглушение вместе с инфильтрационной анестезией. 4) Техника: широкий разрез обеспечивает осмотр и ориентировку; поменьше эвентерировать кишечник, побольше беречь спайки; промывание брюшной полости безусловно запрещено из-за последующих частых скоплений гноя в дугласе; обязательно стянуть разрез и зашить брюшину. 5) Гематологический статус: в случаях перитонита, заканчивающихся смертью, с самого начала наблюдаются: падение числа лейкоцитов, свидетельствующее об упадке сопротивляемости организма, и увеличение числа нейтрофилов, говорящее о токсичности инфекции; такое расхождение происходит во всех случаях перитонита независимо от места его возникновения и инфекции; в случаях, заканчивающихся выздоровлением, наблюдается подъем обеих кривых,—как лейкоцитарной, так и нейтрофильной,—после некоторого колебания в продолжении двух суток, причем на третьи сутки кривые начинают приближаться к средним нормальным цифрам; увеличение нейтрофилов происходит за счет молодых, главным образом палочковидных форм; со стороны красной крови, в особенности при прободных перитонитах, при перфорациях толстых кишок, наблюдается нарастание количества эритроцитов; на основании соотношения между кривыми лейкоцитарной и нейтрофильной, учитывая сопротивляемость организма и токсичность инфекции, можно говорить о прогнозе данного заболевания и необходимости оперативного вмешательства. 6) При перитонитах надо вводить огромные количества физиологического раствора любым методом, применять камфору, наперстянку, тепло, заботясь о выведении газов применением глицериновых клизм и о прекращении рвоты—обильными промываниями желудка. Необходимо поднять квалификацию раз'ездных, районных врачей, чаще других встречающих острые перитониты, для неотложного и быстрого отправления заболевших в больницу. Самое широкое сотрудничество терапевтов и хирургов обеспечит наименьшее количество просмотренных или поздних перитонитов.

Относительно другого заболевания, фигурировавшего во втором программном вопросе С'езда, *внематочной беременности*, высказано, что самым существенным в ее диагностике является анамнез, а за ним пункция через задний свод, лишь в 4% не подтверждающая это заболевание, на которое надо смотреть, как на злокачественную опухоль, а потому немедленно оперировать, ибо 2,7% смертности при нем являются результатом позднего вмешательства. При операции необходимо удалять из брюшной полости только плотные сгустки крови и зашивать брюшную рану наглухо. Из симптомов, которыми выражался перерыв внематочной беременности, 1) боли внизу живота были констатированы в 42%, 2) боли схватками—в 55%, 3) боли в правом плече (Phrenicussymptom)—в 14%, 4) наружное кровотечение—в 87%, 5) задержка месячных—в 68%, 6) обильный пот, крики, бледность—в 11%, 7) предшествовавшие воспалительные заболевания мочеполовой сферы—в 26%. Консервативное лечение острых явлений внематочной беременности, если и дает благоприятный исход в смысле дальнейшего бытия, то оставшееся haematocoele все-таки вызывает тяжелые осложнения в виде ileus'a, абсцессов, и тогда оперировать несравненно труднее из-за плотных спаек или гноя. Обычно нормальное послеоперационное течение при острых явлениях дает 15,6 койко-дней, а при хронических—6—8 недель.

О повреждениях матки при производстве искусственного выкидыша на С'езде были сообщены такие данные: по одним наблюдениям на 4682 аборта было сделано 12 перфораций матки, по другим на 4520—8; при осложнении этом применялась консервативная терапия в случае перфорации зондом и оперативная—при перфорациях бурами и абортными щипцами; в видах профилактики перфораций надо перед оперативными манипуляциями точно устанавливать положение матки.

Оживленный интерес вызвал на С'езде доклад проф. Криницкого (Ростов) «Биопсия в хирургии», основные положения которого таковы: 1) Никогда не следует брать кусочков для исследования из центра опухоли и дна язвы. 2) Биоп-

сия является высоко-ценным диагностическим методом, особенно опухолей. 3) Биопсированный материал немедленно надо опускать в 10% раствор формалина; фиксация в денатурированном спирте не допускается. 4) Посылка биопсированного материала одновременно двум специалистам недопустима. 5) Кривая смертности от тбс и рака имеют тенденцию к сближению. 6) По данным Патолого-Анатомического института С. К. Г. У. и прозекутуры Донской Окружной больницы за 1925 и 26 г.г. на 1163 вскрытый трупов людей старше 20 лет падает 148 случаев рака, что составляет 12,8%. 7) По данным прозекутуры Донской Окр. больницы за те же годы на 786 вскрытий трупов людей старше 20 лет тбс, как основной патологический процесс, был отмечен в 102 случаях, что составляет 13%. 8) Необходимо широкое ознакомление всего населения Советского Союза с так называемым преканциноматозным состоянием. 9) Биопсия должна получить самое широкое применение в профилактике и борьбе с раком. 10) Лабораторные методы диагностики должны быть легко доступны широким слоям населения Советского Союза. 11) Придавая огромное значение в борьбе с раком возможно ранней диагностике и считая, что биопсия является самым верным диагностическим методом, необходимо предоставить населению широкую возможность к использованию этого ценного диагностического метода. 12) С момента биопсии до момента радикальной операции должен пройти минимальный промежуток времени, исчисляемый несколькими часами. 13) В профилактике рака крупную роль должны играть бесплатные диагностические патолого-гистологические лаборатории, широкой сетью раскинутые по всей территории Советского Союза. 14) Деятельность этих лабораторий периодически должна подвергаться контролю со стороны крупных специалистов. 15) Исследование биопсированного материала в крупных населенных пунктах Северо-Кавказского края совершенно не организовано. 16) Необходима организация сети прозекутур во всех крупных городах Северо-Кавказского края.

Большое внимание привлек к себе также доклад проф. Вознесенского (Ростов): «Несколько мыслей по поводу операций аппендицита». В годовых отчетах научных медицинских обществ и почти на каждом краевом съезде отдается должная дань этому вопросу, ибо в нем путь глубоких успехов и обыденных разочарований. Теперь началась критическая эра, и Melchior впервые выставил термин «Псевдоаппендицит». Однако, последние клинические наблюдения и микроскопические исследования показывают, что, напр., в попутно удаленном аппендиксе при гинекологических заболеваниях находили крупные деструктивные воспалительные изменения. Выявлено, далее, что зачастую клинический симптомокомплекс по своей невинной и простой форме совершенно не соответствует тяжелым патолого-анатомическим изменениям. Вот почему здесь необходимы и важные самый подробный анамнез и микроскопическое исследование. Только патолог сумеет решить вопрос в каждом данном случае, „он наш прокурор и он наилучший друг“. К сожалению, и по сие время нет еще полной сговоренности среди русских хирургов оперировать тотчас в остром периоде. Русская хирургия только мечтает об этом в то время, как западно-европейская этот вопрос передала уже будням...

Ряд экспериментальных работ и клинических наблюдений, сообщенных на Съезде, выявил, затем, современное состояние вопроса о роли селезенки, фильтрующей кровь и чужеродные вещества, участвующей в обмене железа, имеющей свой гормон и действующей перистальтически. „Селезенка — термостат и могила для инфекции“.

Нельзя не отметить также сделанного на Съезде подробного практически-научного освещения вопроса об операциях на основании черепа.

Хирургия шеи и груди была представлена докладами о паразитовидных железах, о лечении базедовой болезни, о рубцовых сужениях пищевода и пр.

Такова, в кратких чертах, научная сторона Съезда. Добавим, что ростовские клиники, больницы, рентген-кабинеты и лаборатории выставили богатый, разнообразный показательный материал препаратов и снимков.

Состоявшийся Съезд, как и всякий другой, оживил мысли, дал богатый ценный обмен мнений; на нем произошли встречи, знакомства, вырабатывалась привычка уважать и критически относиться к своим сотоварищам, ценить их работу, проверять свой личный опыт.