

нервов, перешло из кабинетов и клиник невропатологов в руки физиотерапевтов и в специальные физиотерапевтические учреждения. Этот рост электротерапии целиком и сказан в книге Кowarschik'a, который руководит большим физиотерапевтическим институтом в Вене и является солидным авторитетом в области электротерапии. Первая глава учебника содержит краткое изложение современного учения об электричестве. Изложена эта глава ясно и кратко, причем видится на новейших теориях электрического строения атома. Следующая глава, предметом которой служит «техника электротерапии», излагает подробно не только технику лечения, но и описание конструкции современных аппаратов с изображениями их. Электротерапевтический инструментарий, благодаря техническим успехам (введение дарсонвализации, диатермии и т. д.) значительно усложнился по сравнению с тем временем, когда врачи имели в своем распоряжении лишь гальваническую батарею да санный фарадический аппарат; между тем совершенное владение техникой есть необходимое условие терапевтического успеха. В главе III автор излагает физиологическое действие электричества на здоровый и больной организм, основываясь на остроумной теории электронов и ионов, выдвинутой современной физикой, и уделяя значительное внимание тем физико-химическим изменениям, которые производит ток в человеческом организме; здесь же вкратце изложено все основное и нужное для практики из электродиагностики. В последней главе К. излагает показания к применению электричества с лечебной целью. Он описывает те заболевания, при которых электричество действительно может принести несомненную пользу, опуская те, где оно случайно применялось, или было кем-либо бездоказательно порекомендовано. Некоторые области, как дерматология и гинекология, затрагиваются здесь лишь вскользь, почему переводчица, д-р Дембская, весьма удачно дополнила эту главу данными, почерпнутыми ею из трудов других авторов, как E. Heermann, Gutmann, Arandarenko, и проверенными ее личным опытом. Книга К. по своему содержанию и изложению может быть рекомендована всякому врачу, интересующемуся данным методом лечения.

Л. Н. Клячкин.

XIX Съезд Российских Хирургов.

Проф. Н. В. Соколова.

Съезд происходил в Ленинграде с 24 по 28 мая сего года. Количество членов его превышало 1500 человек. Из иностранных гостей присутствовал только Гельсингфорский проф. Falkin. Председателем Съезда был избран ростовский проф. Н. П. Напалков, товарищем председателя — рязанский хирург Смит. Программными вопросами Съезда были: 1) эндокринология и хирургия, 2) конституция и 3) ileus. Одно заседание было посвящено вопросам желудочной хирургии по поводу язв желудка и duodeni. Кроме того, было выдвинуто несколько докладов на внепрограммные темы случайного характера.

Первым докладчиком по вопросу об эндокринологии выступил московский патолог А. Г. Сахаров, сделавший сообщение: «Эндокринологические предпосылки в хирургии». Автор в строго объективном изложении представил Съезду современное состояние эндокринологии, причем подчеркнул отрицательные стороны схемы Eppinger'a, подчеркнул также слишком большое количество противоречий в вопросе корреляции органов внутренней секреции (напр., pancreas и gl. thymus) и связанную с этим трудность выяснения болезней, имеющих отношение к эндокринной системе. Дифференцировать glandулярный характер некоторых болезненных форм или их нейрогенный характер часто не представляется возможным. Докладчик подчеркнул положительную и отрицательную сторону гормонального объяснения болезненных форм, связанных с эндокринной системой. Положительная сторона его — это способ объяснения ряда симптомокомплексов, отрицательная — это часто необоснованное стремление уложить в рамки этого понимания ряд непонятных явлений. Эндокринология, по докладчику, находится в состоянии накопления фактов, объяснение коих часто в высшей степени трудно, почему он и рекомендует с особой осторожностью подходить к клиническому разрешению проблем эндокринологии.

Вторым докладчиком по данному вопросу был проф. В. А. Опель, который с большой экспрессией изложил свой взгляд на «эндокринологию в хирургии».

Многие хирургические болезни, по Оппелю, текут под флагом заболеваний органов внутренней секреции; многие осложнения хирургических вмешательств имеют в основе расстройства деятельности этих желез. Поэтому для хирурга необходимо знать до операции о состоянии системы желез внутренней секреции, что возможно, как это высказал еще Ренда, путем составления эндокринной формулы. В этом направлении нужно еще многое сделать, но и достигнутые результаты дают уже право говорить о громадном практическом значении составления эндокринной формулы. Рядом примеров докладчик доказывал свои положения. Работами школы Оппеля выяснено, какое значение имеет гормон вилочковой железы в смеси с хлороформом. Эта смесь смертельна для сердца; отсюда необходимость выяснения перед операцией состояния вилочковой железы. Необходимо учитывать также состояние периферического сердца, зависящего от деятельности надпочечников. Необходимо учитывать также свертываемость крови у больного до операции. Автор предполагает какую-то связь между свертываемостью крови и печенью и рекомендует при неостановимых паренхиматозных кровотечениях тампонировать рану кусочками печени, как это сделал он с успехом в одном случае, взявши кусок печени от кошки. Нарушение углеводного обмена также зависит иногда от заболевания органов внутренней секреции, напр., понижение инсулина при раке, базедовой болезни, что, конечно, необходимо учитывать хирургу. Наконец, не должен ускользнуть от внимания последнее и солевой состав крови, находящийся иногда в связи с заболеванием органов внутренней секреции, напр., содержание Са при недостаточности функции *gl. parathyreoideae*. Исследование состояния желез внутренней секреции, заключил докладчик, для хирурга необходимо; это даст ему возможность уяснить некоторые болезненные формы, поставит больного в лучшие условия в послеоперационном периоде и избавит хирурга от неожиданных сюрпризов.

В связи с вопросом о внутренней секреции было заслушано несколько докладов (Валькер, Сергиевский, Коган) о пересадках органов, каковые доклады ничего существенно-нового впрочем не внесли. В ряде случаев было доказано благотворное влияние пересадок на те болезненные формы, при которых они производились, основной же вопрос, чем действует пересадка, — функцией-ли прижившего трансплантата, продуктами-ли распада трансплантата, или тонизирующим действием его на собственные железы больного, — остался невыясненным.

В возникших оживленных прениях интересные данные сообщил проф. П. А. Герцен, с успехом применявший для лечения злокачественного малокровия пересадку надпочечника с одновременным удалением селезенки. В общем от заседания осталось впечатление, что при всей очевидности значения патологии органов внутренней секреции при хирургических заболеваниях и вмешательствах — в вопросах эндокринологии мы еще находимся в области накопления фактов.

Докладчиками по второму вопросу, о конституции, выступали В. Н. Шевкуненко и М. В. Черноручки. Конституцию Шевкуненко определяет, как совокупность сил, накопленных в организме, которыми он реагирует на внешние влияния. В основе этого лежит анатомический субстрат и связанная с ним, вытекающая из него функция органов. Чем совершеннее анатомический субстрат, тем совершеннее функция; чем совершеннее гармония тела, тем совершеннее организм. Резкая дисгармония, диспропорция говорит за неустойчивость организма, напр., малое сердце при большом росте. Автор подробно остановился на анатомических изысканиях своей школы, касающихся главным образом нервной системы и сосудов. Затем он подчеркнул значение конституциональных факторов: 1) семейных тенденций, 2) окружающей среды (профессиональные занятия, привычки, жизненные условия и т. д.). Интересны были выкладки Шевкуненко о возможности определения продолжительности жизни и коэффициента опасности. Он предлагает складывать возраст обоих родителей (умерших), делить число пополам и вычитать из этой цифры возраст исследуемого субъекта. Полученная цифра укажет на остаток жизни, (напр., отец умер 80 лет, мать — 60 лет, исследуемому 45 лет; $80 + 60 = 140 : 2 = 70$; $70 - 45 = 25$). Но для людей, больных той или иной хронической болезнью или подвергающихся той или иной профессиональной опасности, автор делает надбавку к годам, т. е. уменьшает количество возможных лет жизни, трактуя, напр., в приведенном случае больного со склерозом не как 45-летнего, а как 55-летнего. В основу этих выкладок легли многолетние и тысячные статистики. Считая, что большинство людей — смешанного типа, оба докладчика находили возможным установить два крайних типа: короткие и длинные — по Шевкуненко, широкотелые и узкотелые — по Черноручкому.

Небезинтересным был здесь также доклад Эпштейна «Конституция, эндокринология и филогенез человека». В возникших прениях Герцен и Оппель подчеркнули изменимость типа под влиянием патологических процессов, особенно в органах внутренней секреции.

По третьему программному вопросу «о непроходимости кишечника» выступили Н. И. Греков и В. А. Красинцев. Первый строил свой доклад на основании своего большого материала в 500 случаях непроходимости кишечника. Он подчеркнул значение ранней диагностики, ранней операции, а также значение для тяжелых случаев предложенных им методов Греков I и Греков II. К сожалению, докладчик еще не вполне оправился после болезни, и доклад его вышел несколько расплывчатым, а материал недостаточно обработанным. Красинцев основывался на своих 81 случае. Остановившись на методах обработки больных, он заявил себя сторонником малых диагностических разрезов и подчеркнул малую применимость методов Грекова, к которым он принципиально относится отрицательно.

Другими докладчиками (Козырев) подчеркивалось значение интоксикации при кишечной непроходимости. Интересен был здесь также доклад Гуревича о сосудистом шоке при кишечной непроходимости.

Из внепрограммных вопросов на Съезде особенно был выдвинут вопрос о лечении язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Докладчики (Н. Н. Петров, С. С. Гирголав и Б. В. Шелков) сделали попытку на основании своего материала ответить на вопрос: «чему учат повторные лапаротомии после операций при язвенной болезни?» В общем в 26—30% всех случаев гастроэнтеростомии, преимущественно применявшейся докладчиками, больные принуждены бывают обратно возвращаться в клинику с жалобой на боли. Релaparотомии показывают, что в одних случаях причиной болей являются спайки, в других — стеноз анастомотического отверстия, в третьих — незаросшая язва, в четвертых — раковое перерождение и, наконец, сам анастомоз. Проф. Гирголав рекомендовал в этих случаях накладывать новый анастомоз при наличии стеноза первого, производить резекцию в случае незаживления язвы или ракового ее перерождения, наконец, предпринимать разрушение анастомоза в случае, если причина кроется в его наличии. В возникших оживленных прениях хирурги снова разбились на лагерь сторонников резекции по преимуществу (Гессе) и принципиальных ее противников (Опель, Греков). В конце концов стало ясным, что вопрос об осложнениях после гастроэнтеростомии отчасти есть вопрос уточнения показаний к той или иной форме хирургического вмешательства.

Клиника проф. В. И. Разумовского, в лице д-ра Назарова, выступила с докладом «О методе алкогольных инъекций при гастралгиях». Докладчик привел значительное количество историй болезни, доказывающих благоприятные результаты этого метода.

Кроме докладов по этим вопросам, на Съезде было немало докладов случайного характера, из которых необходимо подчеркнуть небезинтересный доклад В. Н. Розанова «Insufficiencia v. Vauhinii», где автор на основании 11 случаев дал трактовку данного заболевания и указал методы хирургического его лечения; интересен был также доклад Молоткова, который демонстрировал больных с самопроизвольной гангреной, леченных им перерезкой соответствующих нервных стволов; далее нужно указать на доклад С. И. Спассокуцкого «Опыт консервативного лечения абсцессов мозга»; доклад этот в своих основных положениях оспаривался Н. Н. Бурденко. Обратил на себя внимание, затем, доклад О. В. Николаева «К вопросу о сегментарности спинальной вегетативной иннервации желудочно-кишечного тракта». Оживленные прения вызвал и доклад Т. Н. Краснова «О камнедроблении у детей».

И. А. Голыницкий выступил с докладом «Профессиональные заболевания щитовидной железы, их клиника и хирургическое лечение».

Пятый день Съезда был посвящен исключительно вопросам ортопедии.

Программа Съезда была распределена таким образом, что на каждый день выделено было к заслушанию 15 докладов. Всего таким образом было заслушано 75 докладов, причем Ленинград был представлен 35 докладами, Москва — 16, остальные 24 доклада пришлось на долю провинции. Программа Съезда без особого напряжения была выполнена полностью.

Следующий Съезд предполагается созвать в Москве, весной 1928 года. Намечено для него 6 вопросов: 1) воспалительные заболевания центральной нервной системы, 2) воспалительные процессы в забрюшинной клетчатке, 3) внутрибрюшинные сращения и меры борьбы с ними, 4) уронифроз, 5) перфоративная язва желудка, 6) рак языка.