

недурно подобранный патолого-анатомический музей из оперативного материала этого отделения.

Амбулатория *Sophienspital*, где работает проф. *Blüth*, занимает хорошее помещение и хорошо оборудована урологическим инструментарием. Проф. *Blüth* оперирует своих больных в хирургическом отделении госпиталя, имея в своем распоряжении до 10 коек. Амбулатория проф. *Blüth*'а обслуживает, главным образом, больных с гонореей, где усердно ими занимается доцент *Glingar*, применяя свой уретроскоп как для передней, так и для задней уретроскопии. Здесь же в большом ходу набор инструментов для внутрипузырной хирургии.

Интересна и интенсивна работа Урологического общества г. Вены. Общество собирается раз в месяц; кроме того, бывают заседания этого Общества совместно с интернистами.

Впечатления с XXI-го Съезда российских хирургов.

Д-р С. М. Эйбер (Артемовск, Донбас).

Съезд, состоявшийся в Ленинграде 5—9 июня с/г., привлек свыше 1350 членов-хирургов не только из ближайших крупных и университетских центров, но и из отдаленной периферии, как Дальний Восток, Казакстан, Туркестан, Кавказ и т. д. На съезде присутствовал ряд маститых хирургов, как проф. В. А. Оппель (Ленинград), Я. О. Гальперин (Днепропетровск), Мухадзе (Тифлис), А. В. Вишневский (Казань), В. Н. Розанов (Москва), В. П. Парин (Пермь), С. П. Федоров (Ленинград), А. В. Мартынов (Москва) и др. Председателем Съезда был избран проф. Герцен (Москва), указавший в своем первом слове, что мощь русской научной мысли заключается не только в усвоении и углублении современных знаний, но и в разработке вопросов быта и профессии. Им было проведено большинство заседаний, даны краткие и исчерпывающие оценки по докладам и возникшим прениям. Заместителем председателя Съезда был избран проф. В. Л. Покотилло (Одесса).

Первый программный вопрос: „Дремлющая инфекция в тканях и органах“ представлен был проф. Соловьевым (Москва), проф. Гирголавым и др. Гирголавым (Ленинград). В тканях и органах постоянно имеются бактерии, слабые по своей вирулентности, или в виде сапрофитов. Под влиянием изменившихся условий своей жизнедеятельности они часто дают быструю и очень интенсивную вспышку, иной раз охватывающую весь организм. Предвходящим к этому моменту является ослабление местных и общих защитных сил организма (недостаточный калорийный обмен, нервно-психический шок). Так как у человека имеются постоянно экто- и эндомикроорганизмы, то от степени дружеского с ними сожительства, а также и от активной борьбы зависит дальнейшее благополучие его. Отсюда и явления кажущегося здоровья, и симптомы ясно выраженной болезни. Факультативная инфекция с кожи, со слизистой, до времени дремлющая, сразу может быть оживлена, может проявить свое патогенное действие, причем здесь важен не только характер и свойства ее, но и иммуно-биологические силы и избранная реакция клеток данного организма. Поэтому вполне возможно ожидать целый ряд всяких взаимоотношений с обеих сторон. В частности интересно отметить избирательное отношение организма к стрепто- и гонококку: последние зачастую переходят в скрытую, дремлющую форму своего анабиоза, а с другой стороны рожа часто дает рецидивы. Вот здесь-то инфекция и будет в скрытом состоянии. Организм в борьбе с внедрившейся в него инфекцией, кроме мобилизации защитных клеточных и гуморальных средств, ограждает себя барьерами соединительнотканного свойства, инкапсулируя, замуровывая в них патогенные микробы. Это—его биологическое свойство, в нем частая причина перехода инфекции в скрытое дремлющее состояние. Вот почему после ангины нельзя оперировать, вот почему часто при недостаточно-развитой технике и асептике появляются поздние инфильтраты или нагноения. Дремлющая инфекция, являясь жестоким и мстительным врагом, наносящим тяжелые ураны, может быть выявлена измерением 10^6 , исследованием крови, появлением местной-очаговой и общей для всего организма реакцией на введенную поливалентную вакцину. Поэтому профилактическими и лечебными мерами при ней должны быть термо-фото-гелио-рентгено-бальнео-терапия для создания наибольшей гиперемии, для повышения окислительных процессов. И если поставить с биологической точки зрения дремлющую

инфекцию как фактор ряда тяжелых осложнений и даже смерти у оперируемых, то современный хирург не должен себя считать виноватым, если он встретит на своем научно-практическом пути отрицательную фазу своей деятельности. Необходимо всегда бороться за нормальный ход регенерации в тканях, иначе воспалительный процесс либо будет продолжительным, либо не закончится.

С этой точки зрения проф. Дитерихс (Краснодар) в вопросе лечения хронических остеомиелитов учитывает рецидив *in loco*, костный абсцесс, как биологическую защиту тканей, негнойный некроз—как гипертрофический процесс и эпифизарную форму с обязательной рентген-топической диагностикой. Если микрофлора и защитные силы организма в равновесии, то тогда наблюдается закономерность всплеск дремлющей инфекции, т. е. появляются рецидивы. Вот почему при остеомиелитах немного шансов на стойкое и длительное излечение. Проф. Корнев (Ленинград) считает в деле лечения *in loco* необходимым его блокаду, изоляцию, перевод его из активной фазы в дремлющую инфекцию. Проф. Голыцкий (г. Свободный), исследуя кровь на содержание кальция при различных гнойных заболеваниях, устанавливает гипокальцемию, которую считает одним из предрасполагающих моментов для наступления гнойной реакции. Поэтому для предупреждения последней специально витаминно-кальциевая диета и терапия являются могучими вспомогательными факторами, что особенно важно, в частности, при плохо срастающихся переломах. По заслушанным докладам и возникшим прениям пр. Оппель (Ленинград) сообщил, что вопрос о дремлющей инфекции еще далеко не выяснен, поэтому необходим в каждом отдельном случае самый подробный и разносторонний анализ, а затем и последующая терапия.

Каждый хирургический Съезд отдает должное внимание вопросу об обезболивании. И на этом съезде в первое утреннее заседание был подробно разработан и освещен клинически авертиновый (Е. 107) наркоз. Авертин в дозе 0,1 на кг. веса является снотворным, оказывая обезболивающее действие. Однако он вызывает повышенную ваготонию (замедленный пульс, малое количество дыхательных экскурсий с изменением их ритма, незначительное падение кровяного давления), не влияет на морфологический состав крови. В хирургической пропедевтической клинике (Москва) авертиновый наркоз был проведен в 27% всех операций (44 случая) без всяких осложнений (д-р Жаров).

Вопросу оценки методов срочной диагностики злокачественных опухолей во время операции был посвящен доклад проф. Линберга (Смоленск), выяснивший необходимость в точном диагнозе при встречающихся затруднениях во время операции, причем исследование должно занять время не более 5—10'. На замораживающем микротоме с простой покраской можно быстро сделать срез со свежих только что удаленных тканей, причем можно установить не только диагноз, но и степень злокачественного прорастания. Проф. Абрикосов (Москва) дополнил, что цитологический способ (мазок) обработки исследованной ткани мало пригоден, необходимы срезы. Оживленный интерес привлек к себе доклад д-ра Соколова (Ленинград) «cutis subcutis» имплантация в хирургии. Otto Loewe (в 1913 г.), а затем Edward Rehn (1914 г.) предложили погрузить лоскут кожи в глубину тканей для замещения целого ряда дефектов, исходя из мысли, что ткань *cutis subcutis* является наиболее подходящим материалом для реконструкции дефектов потому, что *cutis* отлично справляется с натяжением и давлением, переходя постепенно путем метаплазии в сухожильно-соединительную ткань. Указанный трансплантат очень стоек к инфекции, отличноживает даже в случаях гематом или нагноений; техника по Rehn'у такова: вырезывается соответственно пересадке кожный лоскут вместе с подкожно-жировой клетчаткой, далее обнажается ретикулярный слой кожи путем отсепаровки верхних ее слоев. Такой готовый трансплантат, свободный или на ножке, череносится на место имеющегося дефекта и фиксируется узловатыми швами. Практическое применение: 1) замещение дефектов сухожилий, связок стенок живота, при вентральных мышечных грыжах. 2) Вместо полоски широкой фасции при операции по Брунну по поводу выпадения прямой кишки, при нефропексии, при восстановлении болтающегося сустава, при привычном вывихе. Докладчиком произведено по указанному методу свыше 30 перечисленных операций в больнице имени Цимбалана (Ленинград) с отличным успехом, дающим ему возможность рекомендовать его практическим хирургам во всех случаях пластики, особенно требующей дополнительно новой ткани, в частности полосок широкой фасции.

„Декомпрессивная трепанация черепа“, как рекомендованная тема, была изложена проф. Бурденко (Москва) и прив. доц. Добротворским (Ленинград).

Увеличенное внутричерепное давление от механических причин складывается из основного патологического процесса, давящего на мозг (опухоль, гематома) или уменьшающего емкость черепа (перелом), и из состояния цереброспинальной жидкости. Последняя или понижает внутричерепное давление или повышает его. Многие патологические процессы в мозгу сопровождаются увеличенной продукцией спинномозговой жидкости вследствие частого несоответствия между всасыванием и выделением. Указанному очень сложному механизму можно противопоставить декомпрессию трепанации. Она складывается из увеличения емкости черепа за счет удаленной кости и твердой мозговой оболочки, а также дренажа субарохноидального пространства. Благодаря этому меняется внутричерепное давление, так как уменьшается и даже прекращается сдавление каналов и щелей, заполненных спинномозговой жидкостью. Правильно произведенная топическая декомпрессионная трепанация обычно полностью устраняет клинические симптомы сдавления, причем в настоящее время еще окончательно не решен вопрос о самостоятельной остеозектомии или вместе с дурэктомией. Здесь важно учесть патогенез развития внутричерепного давления, его физиологическую приспособляемость. При отсутствии опухолей (менингиты) декомпрессионная трепанация может быть произведена, но при учете возможных осложнений (параличи). Из деталей оперативной техники необходимо указать больше на заднюю декомпрессию, чем в области гемисфер. Широко развернувшиеся преия обратили внимание на то, что при опухолях мозга лучше всего, начав с пробной трепанации, прибегать к радикальной операции, и если последняя не удастся, то первая станет декомпрессионной. Наличие застойных сосков и других общих явлений давления требует срочной декомпрессии. Терять времени нельзя — от промедления больной слепнет. Поэтому, как можно раньше — топическая диагностика, и тотчас же последующая за ней радикальная операция для обеспечения максимального % выздоровления.

Д-р Ю. Желевский (Ленинград) рекомендует оперировать синингомалию по способу Нуссена. Техника: иссечение двух остистых отростков, ламинэктомия, вскрытие твердой мозговой оболочки, пункция и последующее рассечение продольно для удаления жидкости из серого вещества спинного мозга. Далее восстанавливающие швы. Указанная методика дает около 70% заметного улучшения. Для полноты картины нервно-хирургических докладов необходимо остановиться еще на симпатической нервной системе проф. Гессе и прив. доц. Соколов — Ярошевич (Ленинград). Длина рефлекторной дуги складывается из седального нерва, передних и задних корешков, бокового рога серого вещества спинного мозга и пограничного ствола симпатического нерва, а потому разрушение бокового рога вызывает спонтанные язвы. Вот почему после операции по Leischky после блокады асимметричных нервов не всегда получается желательный эффект, так как нельзя выключить при них симпатические пути. При нейрогенных язвах показана радикотомия с перевязкой задних корешков. В настоящее время имеются точно установленные показания для вмешательства на симпатической нервной системе при заболеваниях нижних конечностей, как-то: трофоневроз, невралгия, erythromelalgia, склеродермия, виды гангрены, спастические параличи и т. д. Люмбосакральная симпатэктомия и радикотомия при них дают очень хороший лечебный эффект.

В обсуждении раковой проблемы при поражении кожи и прямой кишки приняли участие видные онкологи: проф. Петров (Ленинград), проф. Брайцев (Москва), проф. Быховский (Киев). По материалам Онкологического института (Ленинград) за последние 2 1/2 года на 192 больных раком кожи стало очевидным, что 1) канкронд лица составляет 88% всех канкрондов, 2) этот вид рака при терапии радием дает стойкое и длительное излечение в 70%, 3) в этиологии канкронда вне лица всегда можно найти постоянные и продолжительные раздражения, 4) терапия радием при раках, локализованных вблизи естественных отверстий на лице, дает отличный эффект, косметический и функциональный, в то время как рентгенотерапия и термокаутиризация показаны при обширных поражениях кожного рака, 5) при поражении лимфожелез шеи рекомендуется (проф. Петров) с удалением их убирать и грудино-ключично-сосковую мышцу и внутреннюю яремную вену, ставя всегда широко показания, 6) в тяжелооблученных случаях необходимо учесть диспропорцию между силами больного и возможным послеоперационным шоком. Операция при раке прямой кишки имеет разнообразную методику; при раке верхней части показана круговая резекция с последующим круговым швом, вполне допустима и операция Гартмана (anus praeternaturalis, зашивание нижнего отрезка, последующая резекция снизу). При раке нижней части по-

казана высокая и обширная ампутация (задний-крестцовый путь). Применяемые комбинированные методы, дающие высокую смертность, желательно проводить в два сеанса. Основным методом операции считается крестцовый (проф. Быховский). Чем раньше выявлено поражение и произведена операция по любому методу, тем рецидив реже и более отдален. Метастаз in loco в 59%, в отдаленных органах — очень редко. Необходимо отметить, что для обезбоживания при операции рака прямой кишки одним из лучших способов является парасакральная анестезия, которая в руках мастера этого дела (проф. Шаак, — Ленинград) дает отличный, поистине завидный результат. (Во время Съезда огромная группа членов его получила такое исключительное впечатление от применения указанной анестезии, что даже противники ее применения капитулировали... *urbi et orbi*).

Должная дань внимания Съезду была уделена простате. Проф. Хольцов (Ленинград), проф. Чайка (Киев), д-р Дунаевский и Ильинский (Москва) в своих докладах подробно осветили «ближайшие и отдаленные результаты простатэктомии». Их наблюдения свелись к следующему: 1) эта операция — ценный и радикальный метод лечения — является к тому же и профилактической при всех осложнениях гипертрофии простаты; 2) ранняя операция дает меньше осложнений, более короткий послеоперационный период, чем в поздних стадиях, не имеет резко выраженных противопоказаний; 3) безусловным противопоказанием является: малярия, диабет, пилонефрит, декомпенсаторные состояния дыхательной и кровеносной систем; 4) надлобковое удаление предпочтительно, должно производиться обязательно под местной или регионарной анестезией с соблюдением полного гемостаза тампоном или введенным резиновым надувающимся баллоном малого размера в ложе; 5) одномоментная простатэктомия часто дает шок, осложняется инфекцией, пневмонией, уремией. Необходимое условие при ней — благополучие сосудисто-нервного аппарата. При наличии нефрита, цистита, при общем тяжелом состоянии больного простатэктомия надо производить в два сеанса, предварительно консервативной терапией уничтожив указанные осложнения. Широкий губовидный свищ дает огромный покой тканям мочевого пузыря, значительно облегчая второй момент — удаление. При двухмоментной — процент смертности минимальный; 6) если мышечный тонус мочевого пузыря уже мал для преодоления препятствия со стороны увеличенной простаты, то возникает задержка мочеиспускания, влекущая за собой тяжелые осложнения, подчас роковые для больного. Тогда все данные за простатэктомию. 7) Ближайший эффект от операции зависит от свойств больного, от диапазона болезни; отдаленные результаты — от методов операции, причем важно непременно произвести вазилитигуру, чтобы избежать так часто встречающегося эпидидимита или орхита (проф. Мартынов).

Темп современного технического прогресса несомненно сказался в увеличении травм кисти и ее пальцев. Вопросу нагноительных процессов в них были посвящены доклады д-ра Соколова (Ленинград), прив.-доц. Хесина (Москва), д-ров Руденко (Каменское) и Мотыленко (Ростов), отметивших 1) что указанные заболевания имеют свою профессиональную характеристику, 2) что основной профилактикой является борьба с травматизмом и уход за рабочей рукой, 3) что в преобладающем числе случаев возможны скорая медицинская и рациональная терапия, которых на многих производствах не всегда можно найти. Статистические наблюдения выявляют следующие детали: 1. Панариций среди других заболеваний малой хирургии имеет большое распространение, увеличиваясь каждый год все больше и больше, причем в летние месяцы он встречается чаще, особенно у мужчин. 2. Панариций поражает почти одинаково обе кисти, однако наиболее ранимым является средний палец левой кисти, наименее — мизинцы обеих рук. 3. По числу заболеваний род промышленности имеет огромное значение. В последовательном порядке выявлены: а) тяжелая металлургическая (чернорабочие, каменщики, кочегары, кузнецы), б) легкая промышленность (пищевики — колбасники, пекаря, судомойки), в) умственный труд (переплетчики, машинистки), г) медперсонал дает единичные случаи (медсестры), 4) необходимо изучить и устранить этиологический момент, а также установить типичное поражение отдельных пальцев для каждой данной профессии и меры защиты их. 5) Так как потеря хотя бы одного пальца, особенно большого как хватательного, своего рода профессиональная смерть, то лечение должно преследовать в ближайший срок и с наименьшей болезненностью восстановление трудоспособности, а потому — ранний разрез при полном обезболивании, застойная гиперемия, изучение конституции, активная самодетельность больных (активные и пассивные движения) дают наилучшие результаты.

Пятый день работ Съезда был занят разработкой ортопедических вопросов: особенное внимание привлекли доклады проф. Фридланда (Казань), проф. Вредена (Ленинград), проф. Краузе (Саратов). Всякое вынужденное положение сустава с ограничением подвижности из-за нарушенного эластического равновесия носит название контрактуры. Механо-термо-гелио-фото-терапия в разном сочетании является при переутомлении отдельных мышечных групп отличным профилактическим методом, в частности при десмо-миогенной контрактуре. После воспалительных или травматических поражений целесообразны редрессации и нагрузки (вытяжение). При контрактурах, возникших из-за укорочения нижней конечности, показано ношение ортопед. обуви. При отсутствии ожидаемого эффекта надо производить остеотомию для удлинения или укорочения соответствующей конечности. Лечебные мероприятия при стабильных контрактурах сводятся к 1) физиотерапии, 2) редрессации, 3) операции.

1. Механо-бальнеотерапия, способствуя ослаблению эластического натяжения тканей, показана при ревматических, токсических и рубцовых контрактурах. 2. При чрезмерной упругости тканей на стороне сокращения (на вогнутой стороне контрактуры) полезно применять вытяжение (капельный способ Трегубова, закрутка Момзена), этапную моделирующую редрессацию по Леренцу. 3. К операциям относятся: дермотомия—операция Дельбса—с фасциотомией, пластика сухожилий, мышц, нервов, остеотомия и резекция. Метод выбора операции зависит от этиологического фактора, возраста, пола, конституции и социально-бытовых условий. Поэтому в виду разноликости клинической картины и многообразия лечебных мероприятий необходимо владеть достаточным клиническим опытом и искусством биомеханики для обеспечения правильного и успешного лечения. Исправить контрактуру—это значит детально изучить механизм возникших реакций с помощью научных методов, основанных на законах биомеханики данного сустава.

Лечение туберкулезных артритов «загвоздкой» дает очень хорошие результаты, так как последние технически проста и безопасна, требуя госпитализации 8—13 недель. Необходимо только учитывать: общий биостатус, активацию легочного процесса, пониженную лейкоцитарную формулу и присоединившуюся инфекцию.

Организованные, «операционные дни» до начала и после окончания Съезда в клиниках и больницах в исполнении лучших хирургов г. Ленинграда дали возможность участникам Съезда увидеть постановку работы в операционной, а также высоко-развитую технику и организованность всех участников операции.

На следующий Съезд в Москве предложены к разработке темы: эндемический зоб, послеоперационные эмболия и тромбоз, режим больных после брюшных операций, о нераковых опухолях грудной железы, о дистрофических расстройств трубчатых костей.

С. Эйбер.

III-й Всесоюзный съезд по борьбе с венерическими болезнями.

С. Я. Голосовкер.

III Всесоюзный съезд по борьбе с венерическими болезнями состоялся в Ленинграде с 1 по 7 июня с. г. и был чрезвычайно многолюден: собралось свыше 940 врачей со всех концов СССР, было заявлено около 100 докладов. Вслед за Съездом состоялось Всесоюзное совещание по борьбе с гонорреей, привлечшее значительное количество участников Всесоюзного съезда урологов.

Основные доклады по общественной венерологии были посвящены анализу заболеваемости в городе и на селе и перспективных планов дальнейшей деятельности. II если I Съезд (1923 г.) наметил только основные вехи противовенерической борьбы в городе, II-й (1925 г.)—проработал организационные формы борьбы с венерическими болезнями на селе, то III Съезд имел возможность подвести итоги громадной работы, проведенной в городе и в сельских местностях, и значительно углубить формы диспансерной деятельности (вопросы личной профилактики, труд-профилакторий и т. д.). В. М. Броннер в своем обстоятельном докладе указал на значительный рост противовенерической сети в городе (с 29 дисп. в 1928 г. до 172—в 1929 г.), среди сельского населения за последние 5 лет организованы 234 отряда и венпункта. Отмечается значительный рост посещаемости учреждений диспансерного типа и разворачивание последними обследовательской и санпросветительской работы. Достижения докладчик иллюстрировал цифровыми данными, характеризующими как размеры работы венучреждений, так и динамику заболе-