

4. Студ. Р. В. Рыжков. *Редкий случай ветвления подключичной артерии* (с демонстрацией препаратов).
Секретарь И. Л. Цимхес.

Заседание 13/V 1929.

1. Проф. П. М. Краси н. *Демонстрация больного после кровавого вправления вывиха бедра* (левого). Типичный илякальный вывих (мужчина средних лет), с укорочением конечности до 7 сант., восьмимесячной давности, был с успехом вправлен докладчиком кровавым путем через разрез по Олье с частичной резекцией головки бедра; рана зашита почти вся, с небольшим тампоном, где наблюдалось поверхностное ограниченное нагноение, не отразившееся совершенно на успехе оперативного пособия; к моменту демонстрации больной вполне удовлетворительно пользуется своей конечностью, укорочение едва достигает $2\frac{1}{2}$ сант.: демонстрация рентгенограмм. Прения: прив.-доц. В. А. Гусынин и проф. М. О. Фри д л а н д, считающий, что несомненное предпочтение заслуживает некро-невый способ вправления, к которому в глубоком наркозе следует прибегнуть во всех без исключения случаях застарелых вывихов бедра; успех кровавого вправления в немалой степени зависит и от умелого ведения больных в послеоперационном периоде; важно удерживать вправленную конечность в ее новом положении (до 30°) положении конечности.

2. Прив.-доц. В. А. Гусынин. а) *Случай частичной резекции мочевого пузыря по поводу раковой язвы его*. В анамнезе больного, средних лет мужчины, неоднократная гематурия на протяжении 2-х последних лет, дизурические расстройства, за последнее время значительное похудание; данные цистоскопии — небольшая язвочка на передне-боковой стенке пузыря слева; операция за месяц до демонстрации: частичная резекция стенки пузыря вместе с язвой через P f a l p e n s t i e l ' e в с к и й разрез, глухой шов на пузырь, тампонада околопузырной клетчатки; в послеоперационном течении небольшой мочевои свищик самостоятельно закрывшийся к моменту демонстрации; патолого-анатомический диагноз — медуллярный рак.

в) *Демонстрация больного с anus praeternaturalis*, наложенным по методу L a m b e t; показания к операции — раковая язва прямой кишки близ anus, вызвавшая почти полное закрытие последнего и пузырно-прямокишечный свищ; послеоперационное течение осложнилось незначительным некрозом слизистой приводящего отростка толстой кишки и частичным расхождением швов вследствие супурации кожной „гильзы“ вокруг приводящего отростка; общее впечатление докладчика от способа таково, что он не лишен значительных технических трудностей, а сама операция, вследствие истощения больных, переносится обычно тяжело. Прения: — студ. Клейн, д-р А. Н. Рыжих и проф. П. М. Краси н.

3. Д-р. А. Г. Тихонов. *Демонстрация больного с туберкулезным остеомиелитом бедра после местного лечения препаратами золота* (аугм-патрио-суанатум). Ортопедическая клиника проф. М. О. Фри д л а н д не без успеха применяет за последнее время в случаях костного и костно-суставного туберкулеза конечностей инъекции 1% раствора аугм патрио-суанатум в самый очаг в количестве 2 куб. сант., разведенных в 10—15 куб. сант. дистил. воды; дабы избежать отравляющего действия препарата, конечность предварительно обескровливается эластическим бинтом, а затем на нее накладывается по общим правилам Эсмарховский жгут, а ниже места предполагаемой инъекции оставляется эластический бинт; в таком виде конечность после инъекции выдерживается минут 15—20. Как правило, за инъекцией следует в течение ряда дней общая t^o реакция и обострение в месте болезненного фокуса (гэмограммы таких больных дают ясную картину остро-воспалительной реакции). Демонстрируемый больной — молодой человек, 26 лет, подвергался в феврале т/г. однократной инъекции препарата в левое бедро в место *lbc* очага, и к настоящему времени он свободно ходит (явился больной в клинику на костылях) и имеет прибавку в весе до 20 ф. — Прения: проф. М. О. Фри д л а н д и проф. П. М. Краси н, отметившие новизну метода и необходимость дальнейших клинических наблюдений над ним.

4. Д-р Д. М. Лапков. *К вопросу о вариантах артерий голени* (демонстрация препаратов). Сообщение касается далеко нередко встречающихся ($5\frac{1}{2}$ по некоторым авторам) вариантов в кровоснабжении голени, а именно: 1) отсутствия обих тибальных артерий, кровоснабжение стопы обеспечивается в таких случаях за счет одной перонеальной и ее ветвей; вынужденная или случайная перевязка главного ствола влечет гангрену нижележащей части конечности,

2) отсутствие одной из тибальных артерий при наличии перонеальной, перевязка последней и могущее встретиться в практике ортопеда прижатие гипсовой повязкой оставшейся из тибальных также влечет за собой гангрену. Основная цель доклада—обратить внимание хирургов на эти аномалии, плохое знакомство с которыми чревато для конечностей, по крайней мере, самыми нежелательными последствиями при неосторожном обращении с сосудами.—Прения: ст. А. Вишнеvский, проф. М. О. Фридланд, указавший, что неудачные исходы ортопедических операций следует в немалой степени приписать слабому знакомству с второго рода банальными аномалиями, д-р А. Н. Рыжих и проф. П. М. Красин.

5. Д-ра А. Н. Рыжих и Л. Г. Филман. *Экспериментальные данные о прямо-кишечном авертиновом наркозе*. На 11 животных (собаках) авторы проверили функцию печени (красочным методом Розенталя и билирубиновым Ванденберга) и пришли к тому выводу, что вредное действие авертина на функцию печени ничтожно и приближается к действию эфирного наркоза на этот же орган; гистологическое обследование (Н. Г. Колосов) печени собак, подвергнутых действию авертинового наркоза, дало в незначительном количестве отложение жира в печеночных клетках.—Прения: студ. А. Вишнеvский, д-р П. Ф. Колчин и проф. П. М. Красин. Секретарь С. А. Смирнов.

Заседание 27/V 1929.

Заседание посетил ветеран русской хирургии проф. В. И. Разумовский, к которому председатель секции проф. В. Л. Боголюбов обратился с кратким приветственным словом и предложил председательствовать в настоящем собрании. Приняв председательство, проф. В. И. Разумовский произнес краткую речь, сказав, что ему особенно приятно быть на этом заседании, так как с Казанской хирургией у него связаны долгие годы работы и многие воспоминания и он до сих пор с любовью следит за успехами казанской хирургии.

1. Проф. М. О. Фридланд. *Демонстрация трех больных со своеобразным поражением скелета типа Уровской болезни* (болезнь Кашина-Бека): отец—40 лет и двое сыновей 13 и 4 лет. У всех этих больных наблюдается резкая деформация суставов нижних конечностей, позвоночника, локтевых суставов и костей. Заболевание начиналось у них с трехлетнего возраста с ломоты и вздутия в области голеностопных суставов. Это заболевание наблюдалось и описано впервые Бекком-Кашиным по долине реки Уровы, затем разрабатывалось проф. Шипачевым. Пр.-доц. Р. Я. Гасуль произвел рентгенограмму всего скелета у этих больных и убедился в резких изменениях: декальцинации, порозности костей, особенно позвоночника, стоп и кистей. Резкая деформация суставов. Полагает, что существует связь этого процесса с какой нибудь железой внутренней секреции, в смысле дисфункции. Прения: проф. В. И. Разумовский, отметивший, что заболевания суставов составляют непочатую область, в разрешении которой русские хирурги приняли активное участие.

2. Д-р И. И. Садовский. *К вопросу о закрытии каловых свищей*. Докладчик поделился 2-мя случаями успешного закрытия каловых свищей по способу эвагинации. Один случай касался больного, который был оперирован по поводу перфоративной язвы желудка, впоследствии осложнившейся перитонитом. Был наложен энтероанастомоз и эвагинация произведена по поводу ущемления кишок в каловом свище. Способ заключается в том, что вдали от свища вскрывается брюшная полость, исследуются приводящий и отводящий отрезки кишки и каждый отрезок рассекается между двумя кишечными зажимами. Концы кишки на месте резекции соединяются конец в конец или бок в бок. Резецированные приводящий и отводящий концы кишки закрываются по общим правилам наглухо и затем в виде пальца перчатки через свищ выворачиваются наружу. Затем при потягивании за эвагинированные слепые мешки образуется в внутренней стороны брюшной стенки небольшая воронка, края которой сближаются отдельными или непрерывным пвом. Брюшная операционная рана закрывается наглухо. Эвагинированные концы кишки отрезаются у своего основания. Прения: проф. П. М. Красин, проф. Н. А. Синакевич (Иркутск), прив.-доц. В. А. Гусынин, д-р Клейн, проф. В. Л. Боголюбов: при закрытии каловых свищей надо индивидуализировать случаи при выборе метода, из коих способ эвагинации должен занять видное место в лечении каловых свищей. Проф. В. И. Разумовский в резюме указал на огромное моральное удовлетворение, которое получает хирург после полного заживления кишечного свища.

3. Д-р П. Н. Маслов *Проникающие ранения грудной клетки*. Докладчик разобрал материал Госпитальной хирург. клиники университета, обнимаю-

ший 48 сл., из них пулевых—25, колото-резанных—23. Прения: д-ра М. С. З на м е н с к и й, А. М. В а с к а к о в, проф. П. М. К р а с и н; д-р Ю. А. Р а т н е р высказался за активное лечение гемоторакса, проф. М. О. Ф р и д л а н д указал на разницу материала проникающих ран грудной клетки мирного и военного времени и высказался за выжидательную консервативную терапию. Чем ближе к hilus'у расположена пулевая линия, тем опаснее. Проф. Н. В. С о к о л о в отметил трудность решения вопроса, в каких случаях необходимо активное вмешательство. В случаях активного вмешательства часть больных теряли. Проф. В. Л. Б о г о л ю б о в указал, что общий принцип терапии проникающих ран грудной клетки должен заключаться в консервативном лечении, но существуют показания и для активного вмешательства. Проф. В. П. Р а з у м о в с к и й: в Обуховской больнице Цейдлер был сторонником активного метода и получил огромную смертность. П. П. Г р е к о в в той же больнице при консервативной терапии имел лучшие результаты. Вмешиваться показано при нарастающем гематите и напряженном пневмотораксе.

Секретарь *И. Циммес.*

Лечение туберкулезных больных диетой.

(К дискуссии в Берлинском медиц. о-ве. Письмо из Берлина).

Вопрос о питании больных занимает в последнее время видное место в немецкой медицинской литературе, а равно и в берлинских клиниках. Питание грудных детей, питание больных, одержимых заболеваниями желудочно-кишечного тракта, питание страдающих нарушением обмена веществ, питание хирургических больных, до-и-послеоперационное—вызывают много споров в медицинских кругах и все больше и больше приковывают к себе внимание практических врачей. Особенно много внимания уделяется вопросу о питании туберкулезных больных, что и послужило предметом обсуждения на последнем заседании Берлинского медицинского общества 3/VII с/г.

С докладом выступили—директор хирургической клиники в Charité проф. Sauerbruch и его ассистент д-р Herrmannsdorfer. Речь шла об особом методе лечения туберкулеза питанием, введенном в клинику проф. Sauerbrucha, который испытывается в течение шести лет. Опыты начаты были еще в Мюнхене и продолжаются в настоящее время в особом отделении хирургической клиники в Charité.

Случайно проф. Sauerbruch узнал, что в Билефельде практический врач Gerson добился излечения тяжелых форм туберкулеза при помощи особой диеты. Для ознакомления с этим методом был командирован в Билефельд ассистент профессора—д-р Herrmannsdorfer, которому дано было задание испытать этот способ лечения в берлинской клинике.

Важнейшими моментами диеты, как она установлена Gerson'ом и частично видоизменена Herrmannsdorfer'ом и Sauerbruch'ом, являются следующие. Поваренная соль совершенно изгоняется, вместо нее дается 3 раза в день по чайной ложке изготовляемый по рецепту Gerson'a фабрично „Mineralogen“, состоящий из 10 различных солей, гл. обр. кальция, магнелии и стронция; кроме того 2 раза в день дается Phosphorlebertran по 1½ стол. ложке. В оригинальной Gerson'овской форме диета чисто вегетарианская: мясу Gerson не приписывает вредное значение; в видоизмененной Sauerbruch'ом диете мясо резко ограничивается: свежее мясо не больше 600 gr в неделю, консервы, колбаса, ветчина, соленая и консервированная рыба запрещаются. Потребность организма в белке выполняется растительным белком, молоком, яйцами, сыром. По Herrmannsdorfer'у пациент 60 kg весом получает ежедневно: 90,0—белков, 162,0—жиров и 222,0 углеводов=2700—3000 калорий. Кроме того стол должен быть богат витаминами и включать свежие незрелые фрукты, овощи, салат. Жир вводится в виде свежего, несоленого кислого масла. Приблизительное меню в течение дня такое (частая еда понемногу): 7 ч. утра—молочный кисель; 9 ч. утра—чашка молока или молочного кофе; 10 ч.—свежие фрукты; 12½ ч.—чашка супа с неб. куском мяса, не менее 120,0 картофеля, салат, свежие овощи; 4 ч. дня—чашка молочного кофе, хлеб с маслом, печенье с овощами; 6½ ч. веч.—2 яйца, хлеб с сыром, молочное кофе, зелень; 8 ч. веч.—молочная каша или кисель.

Наиболее пораженные очаги при туберкулезе легких при таком лечении до того уменьшаются, что становится вполне возможным хирургическое вмешательство, при тbc. костей и суставов свищи закрываются и, наконец, у больных туберкулезом