

При исследовании обнаружили отсутствие барабанной перепонки, обнаженный промоториум и потерю функции лабиринта. Кроме того заметили, что левый зрачок гораздо уже правого.

При радикальной операции обнаружено, что вместе с горохом было удалено стремячко и высоблиена внутренняя стенка барабанной полости.

После операции еще раз проверили состояние зрачков, и левый зрачок был гораздо уже правого.

Через сутки анизокория прошла. Автор приписывает эту временную анизокорию выскабливанию среднего уха.

Д-р Б. Голланд.

44) Arvid Wallgren в статье Erythrocyturia following tonsillectomia (Acta oto-laryngologica, 1928. Vol. VIII) проследил влияние тонзиллэктомии на почки. Оказалось, что нередко после данной операции можно было обнаружить раздражение почек, длящееся от одного дня до нескольких недель. Более резкие изменения отмечались у больных, имевших до операции страдания почек. Причину автор склонен видеть в интоксикации со стороны раневой поверхности, с чем едва ли можно согласиться.

Трутнев.

45) Dr Sidney Vankauer в статье Bronchoscopy in diseases of the Lung (Acta oto-laryngologica, 1928. Vol. VIII) довольно подробно освещает вопрос о значении бронхоскопии как диагностического и лечебного метода при ряде легочных заболеваний. Подробно разобран богатый клинический материал автора, касающийся новообразований и воспалительных процессов в легких. Работа показывает, насколько широки показания к применению бронхоскопии, и лишней раз иллюстрирует важность бр. для интерниста.

Трутнев.

Заседания медицинских обществ.

Казанское общество врачей.

Хирургическая секция.

Заседание 3 февраля 1931 г.

1. Д-р В. Н. Сычев. *Случай редкого врожденного уродства языка.* Язык был припаян к твердому небу. После отделения посредством операции ребенок стал нормально сосать грудь.

2. Д-р Чуриков. *Случай эхинококка шеи.*

3. Д-р Суворов. Демонстрация больного с множественным заболеванием суставов. Выступавшие в прениях проф. Н. В. Соколов, д-ра Рыжих, Сызганов, Герасимов указали на неясность характера заболевания, а проф. В. Л. Боголюбов отметил, что здесь важен этиологический момент. Здесь поражены, судя по рентгенограммам, кроме синовиальных оболочек и костные части эпифизов. В костях имеется остеопороз. Возможно, здесь имеется или ревматоидное заболевание, или туберкулез совершенно необычного типа. Необходимо сделать дополнительные исследования и получить более совершенные рентгенограммы.

4. Д-р С. А. Смирнов. *Кардиография по материалу Госпитальной хирургической клиники К. М. И.* Материал охватывает всего 8 случаев кардиографий, произведенных в клинике за период времени с января 1928 г. по сентябрь 1930 г. Все случаи касаются колото-резаных проникающих ран сердца, различных его отделов. Исход—2 случая выздоровлений (один случай докладчика и один случай д-ра П. Н. Маслова) при 6 смертных исходах, главным образом на столе. Наркоз во всех случаях общий (эфир), швы, по преимуществу, шелковые. Поступление на операционный стол от 4 до 6 часов после ранения. *Прения:* Д-р Огнев, базирясь на своих экспериментальных наблюдениях, указал, что предсказание при операциях на сердце очень плохое. 104 опыта на собаках показали, что ранения сердца дают в заключение аневризму. Аневризма может получиться при ранении даже только эпикарда. Образование аневризмы объясняется закрытием коронарных сосудов швом. Для лучшего кровообращения сердечной мышцы необходимо накладывать минимум швов. Прив.-доц. Ратнер, подчеркивая важность быстрого диагноза ранений сердца, сообщил о своем случае, где границы сердца не были расширены, пульс нормальный, больной, однако, очень

быстро погиб. Летальный исход может, видимо, произойти в течение первых часов после ранения сердца, иногда от каких-то еще мало известных причин. Д-р Сызганов указывает, что опыты на щенках показали, что ранения сердца молодыми животными переносятся очень хорошо. Можно предположить, что более пожилые пациенты являются менее выносливыми к ранениям сердца. Проф. Соколов находит, что среди прочих симптомов ранения сердца очень важно для диагноза общее состояние больного. Беспокойное состояние, как бы сердечная тоска, иногда может быть единственным признаком, указывающим на ранение сердца. В заключение д-р Смирнов указал, что не в единичных случаях больные после операции по поводу ранения сердца жили много лет и чувствовали себя хорошо. Таким образом в этих случаях аневризмы на месте сердечного шва, видимо, не развивалось. Что касается до количества швов, накладываемых на сердце, то первой заботой хирурга бывает остановка кровотечения, и эта остановка иногда заставляет сделать большое количество швов. Проф. Боголюбов считает, что трудно сравнивать методы и результаты операций на сердце. Те и другие зависят часто от случайных причин. Чаще всего больные с ранением сердца попадают в руки молодых и неопытных хирургов, т. к. каждый врач обязан оперировать такого больного без промедления. Диагностика очень трудна. Местоположение раны бывает различно. Для постановки диагноза приходится принимать во внимание совокупность всех признаков. При операции лучшим разрезом является атипичский, увеличивающий имеющуюся рану. Резекция реберного хряща обязательна.

Заседание 18 февраля 1931 г.

1. Д-р Е. Константиновский. *Случай эктромелии*. Демонстрация больной. Больная, 14 лет, имеет врожденное недоразвитие обеих стоп. Правая стопа: все пальцы (имеющие по одной костной фаланге) заключены в общий кожный мешок. Имеется костная синдактилия II и III плюневых костей. Левая стопа состоит из двух кожных футляров—одного из ороговевшей кожи, обращенного вниз и имеющего вид пятки, и другого, представляющего рудимент стопы и заключающего в себе всего 3 маленьких косточки. Этот мешок заканчивается 3-мя кожными пуговками—рудиментами пальцев. Tibia и fibula сращены в нижнем отделе. Этиология не ясна.

2. Д-р Н. Д. Киптенко. *Три случая врожденного перелома голени*. (Демонстрация больных). Патогенез врожденных переломов голени до настоящего времени не ясен. Существующие теории (амниотическая, теория прижатия стенкой матки, пуповиной или перекрещенной ножкой плода и теория врожденной неправильности зародышевой клетки) не всегда могут объяснить происхождение уродства. Демонстрируемые случаи: 1) Девочка, 4-х месяцев, с односторонним перегибом и надломом 6. берцовой кости с одновременным отсутствием м. берцовой кости и IV и V пальцев на одноименной ноге и продольным, по ходу crista tibiae, рубцом. 2) Девочка, 11 лет, с односторонним псевдоартрозом обеих костей голени на типичном месте. 3) Мальчик, 1½ лет, с резкой деформацией обеих голеней, а именно: недоразвитие правой 6. берцовой кости и перегибы и надлом fibulae и перегибы обеих костей левой голени. В последнем случае можно допустить теорию наследственности, т. к. со стороны отца имеются 2 сестры с врожденным идиотизмом. В литературе нередко отмечалось сочетание врожденных уродств с психическими и нервными заболеваниями.

3. Д-р В. Тихонов. *Ближайшие результаты пластических операций на тазобедренных суставах*. (Демонстрация 2-х больных). 1) Больная В., 7 л. Диагноз—перелом шейки бедра на границе с головкой. В течение 3-х недель после перелома физиологическое вытяжение, затем операция. Под местной анестезией (1/2% раствор новокаина) через разрез L a n g e n b e k'a удалена головка. После операции вытяжение ноги в отведенном положении. Послеоперационное течение гладкое. На 8-ой день после операции начаты пассивные движения. На 13-й день—сидит. На 17-й день поставлена на ноги. На 18-й день ходьба по палате на 2-х костылях. На 37-й день ходит на одном костыле. Чувствует упор в тазобедренном суставе. На 40-й день движения сгибанием 90°, разгибанием 135°. 2) Больная Л. 19 лет. Анкилоз правого тазобедренного сустава после туберкулезного коксита. Больная перенесла туберкулез в раннем детстве. Под общим хлороф-эфирным наркозом операция артропластики (проф. Фридланд). Разрез M u r p h y - L e x e r - P a u l'a дугообразный от sp. iliaca ant. inf. вниз, огибает troch. major и поднимается вверх по ходу волокон ягодичн. мышцы до уровня на-

чала разреза. Костный анкилоз рассечен долотом, сформирована новая головка, сглажена и смазана по поверхности твердым парафином. Между новой головкой и новой же, выдолбленной долотом впадиной проложен свободный жировой лоскут. После операции нога на вытяжении в отведенном положении. На 3-й день пассивные движения. На 14-й день сидит. На 20-й день ходит на 2-х костылях. На 26-й день ходит с 1 костылем. На 29-й день ходит без костылей. Движения в тазобедренном суставе на 29-й день, сгибание $\angle 110^\circ$, разгибание $\angle 160^\circ$.

4. Прив.-доц. Н. А. Герасимова. *Ближайшие результаты артропластики коленных суставов*. (Демонстрация 2-х больных). 1) Больная, 22 лет, перенесла туберкулезный гонит 14 лет тому назад. К моменту операции анкилоз лев. колена под $\angle 130^\circ$. Под общим наркозом артропластика коленного сустава (проф. Фридланд). Боковой разрез по Раугу. По рассецинии долотом анкилоза сформированы новые суставные поверхности, интерпонирован свободный лоскут фасции. На 10-й день сняты швы. Заживление *per prim. intentionem*. На 12-й день начаты пассивные движения в колене. На 22-й день разрешено ходить. Через 1 мес. 10 дн. движения в колене в пределах 55° . 2) Больной, 22 лет. Анкилоз правого коленного сустава под $\angle 120^\circ$ после травмы, сопровождавшейся гнойным артритом. Через 11 мес. после травмы под общим наркозом артропластика колена (проф. Фридланд) по тому же способу, что и в предыдущем случае. На 13-й день начата гимнастика. На 19-й день разрешено вставать на больную ногу и ходить на костылях. Через 1 мес. активные движения в колене в пределах 40° . *Примеч.*: д-р Огнев сообщил о 18 собственных случаях артропластики тазобедренных суставов, сделанных из разреза на 3 см. отступа от trochant. major кзади. Из этого разреза удобно подойти к trochant. major и сразу можно напасть на шейку. Последние 2 года наложение гипсовой повязки после операции отменено и на 9-й день начинаются движения в суставе. Все операции сделаны под спинномозговой анестезией. Кожу иногда приходилось анестезировать местно. Принимая во внимание перестройку кости после операции, необходимо вскоре после нее дать функциональную нагрузку. Д-р Чуриков интересуется разрезом Вредена при артропластике тазобедренного сустава. Проф. Фридланд считает, что разрез Вредена более травматичен, чем разрез Murrhу-Лехег'а и приживление отсепарированных ягодичных мышц требует много времени, что затрудняет ранние движения. Из 4-х демонстрированных случаев артропластик следует обратить особое внимание на 2-й, где операция произведена по случаю анкилоза после туберкулеза. Такого рода случаи должны быть оперированы с большой осторожностью, только через большой промежуток времени после затихания процесса и при общей хорошей иммуно-биологической реакции организма.

5. Проф. М. О. Фридланд. *Клинические особенности костно-железистого туберкулеза в Мензелинском кантоне АТССР*. Докладчик сообщает о результатах своих наблюдений в качестве участника экспедиции (летом 1930 г.) над костно-железистым туберкулезом в Мензелинском кантоне. Обращает внимание на высокий процент больных: 0,9% костно-суставных и около 2% железистых туберкулезных среди общей массы обследованного населения. Очень частая комбинация нескольких очагов в различных системах органов (в коже, железах и костях) у одного и того же больного — приблизительно у 17% всех обследованных больных, а также относительная доброкачественность течения «хирургического» туберкулеза; на рентгенограммах отмечаются необычные энергичные пластические реакции со стороны скелета. Докладчик высказывает предположение, что в основе страдания лежит заражение, повидимому *typus bovinus*, и что способствующими моментами являются витаминное голодание (отсутствие огородов) и бытовая особенность, по которой дети, отчасти и подростки, проводят большую часть дня в закрытых помещениях, мало пользуясь солнцем и свежим воздухом. *Примеч.*: Д-р Сгнев сообщил, что во время своей работы в Челнинском кантоне, он обратил внимание на то, что там очень много случаев костно-суставного туберкулеза, возможно даже больше, чем в Мензелинском кантоне, желательно обследовать и этот кантон. Проф. В. Боголюбов сообщил, что ему приходилось очень давно бывать в Челнинском кантоне и он вынес впечатление, что среди татарской части населения этого кантона сильно распространен туберкулез. Причиной этому, возможно, является отсутствие витаминов в пище и зараженность скота туберкулезом. Д-р Чуриков работал в Мензелинском и в Чистопольском кантонах и на основании своих наблюдений утверждает, что в обоих кантонах оди-

наково сильно распространен туберкулез. Эти кантоны поражают своей бедностью. Все лечебные и профилактические мероприятия, рекомендуемые докладчиком, будут успешны только лишь при налаженности транспорта, т. к. на собственные средства большинство больных не сможет добраться до кантонального города. Д-р Ойфебах указал на то, что экспедиция обратила внимание на особенность питания больных и на характер туберкулезной палочки. Если после бактериоскопического исследования будет обнаружено преобладание *typus bovinus*, то, возможно, особенности течения некоторых случаев костного туберкулеза этим и можно будет объяснить. Д-р Захаров сообщил, что течение легочного туберкулеза в этом кантоне более благоприятное, чем обычно наблюдается. Это зависит главным образом от вируса, т. к. здесь туберкулез распространяется, видимо, от рогатого скота. В заключительном слове проф. М. Фридланд еще раз указывает на то, что в Мензелинском кантоне туберкулез совершенно иной, чем приходится обычно наблюдать. Окончательные выводы можно будет сделать лишь после исследования вируса.

Заседание 16 марта 1931 г.

1. Прив.-доц. Ю. А. Ратнер. *О хирургическом лечении хронических эмпиэм плевральной полости (экономная торакопластика)*. Доклад напечатан в № 6 «Каз. мед. журн.» за т. г. После доклада задали вопросы: д-р Гулевич, проф. Фридланд, Соколов и Вишневский. *Прения:* проф. Фридланд. Первый случай торакопластики сделан под впечатлением Брауера в бытность его в Казани. Об объеме полости судили по заполнению ее водой. Если большая полость, то все методы неудачны и часто дают рецидивы, при малых полостях годны многие способы. Все операции делались им под местной анестезией Шварты не всегда необходимо удалять. Доволен экстроплевральной plombой парафина 55—60°, 1/2% висмута. Проф. Соколов. Самые неблагоприятные случаи те, когда терапевты подолгу не поредают хирургу. Эти-то случаи и дают очень большие утолщения плевры. Здесь больше подходит операция Шеде. Д-р Чуриков. Выводы 3-го Съезда одесских хирургов по докладам о лечении хронических эмпиэм совпадают с выводами докладчика. Главное внимание—на закрытый способ лечения острых эмпиэм, чтобы не допускать превращения их в хронические. И Съезд рекомендовал через 3—4 мес. безуспешного лечения приступить к торакопластике. Ишеничинов не может согласиться, что торакопластику необходимо производить под общим наркозом, т. к. из-за него тяжелое послеоперационное лечение. Не нужно злоупотреблять тампонами и дренажем при лечении острых эмпиэм, больше вдумчивого отношения к лечению их, и тогда во многих случаях можно будет предупредить образование хронических эмпиэм. Домрачев поделился случаем, где после огнестрельного ранения грудной клетки был свищ и благодаря применению местн. инфильтр. анестезии удалось его успешно закрыть. Гулевич. Докладчик рекомендует операцию Шеде, как операцию выбора. У больной с 5-мес. свищем я сделал френикоэкзерез и свищ закрылся через 2 недели. Прив.-доц. Ратнер. Если бы существовал более легкий, хороший способ, то никто не прибегал бы к такой калечащей операции. Мобилизация грудной клетки по Sauebergisch'u подходяща при плевральных свищах, а не гнойных полостях. Основным методом лечения остается экономная торакопластика по Шеде. Анестезия: не зная заранее, что встретишь в плевральной полости, невозможно оперировать под местной анестезией, и можно получить легко шок. Проф. Вишневский. Нужно придавать значение профилактике. Неспецифич. эмпиэмы должно лечить открыто. А умеем ли мы лечить их? Очень часто мы сами создаем хронические свищи. С переходом от дренажа к масляной тампонаде удается громадное количество полостей закрыть. Когда случается действительно незаживающий хронический свищ, то показана экономная торакопластика Шеде. Оппонент указал на большое преимущество местной анестезии по его способу при этих операциях.

Заседание 5 июня 1931 г.

1. Проф. А. В. Вишневский. *Одномоментная, через один разрез, операция на почке, желчном пузыре и слепой кишке под местной анестезией* с успехом применяется докладчиком во всех случаях, которые клинически определяются под собирательным диагнозом «заболевание правой половины живота» без точного указания на заинтересованность в воспалительном процессе таких органов, как желчный пузырь, правая почка (ее, главным образом, ощущение) или червеобразный отросток. Доступ через полудунный разрез, обращенный

выпуклой стороной книзу, идущий параллельно реберной дуге в границах от скапулярной линии и до наружного края правой прямой мышцы. Отдельные моменты операции таковы: обнажение почки, наливание анестезирующего вещества в ее собственную капсулу, вскрытие брюшины, наливание раствора в брюшинное пространство в промежутке между печенью и mesocolon и в lig. hepatoduodenale; подшивание почки по общим правилам, если в том возникает нужда, удаление желчного пузыря, ревизия илеоцекального угла и аппендэктомия. Вся операция проводится под местной инфильтрационной анестезией по методу ползучего инфильтрата. **Прения:** доцент В. А. Гусынин, отдавая должную дань докладчику в смысле упорной и систематической разработки методики местной анестезии и особенно в отношении охвата ею все больших и больших областей человеческого тела, выражает, однако, опасение, что избранный разрез, как мало обоснованный анатомически, может оказать дезорганизующее влияние на передне-боковую стенку живота; прив.-доц. С. А. Флеров—погоня за сохранением иннервации чаще всего влечет за собой стеснение деятельности хирурга в смысле широкой ревизии патологически измененных органов; доцент С. М. Алексеев подчеркивает ту основную заслугу докладчика, что он проник в сущность сложного симптомокомплекса страдания правой половины живота, основываясь, главным образом, на перманентной лимфатической связи аппендикса, правой почки и желчного пузыря; избранный им оперативный способ прост, а главное дает широкий доступ и возможность точно разобратся в патологическом состоянии этой триады органов; проф. Н. В. Соловьев: предлагаемый метод оперирования есть очередное блестящее техническое достижение докладчика; метод тем более ценен, что позволяет разрешить у операционного стола все колебания и сомнения клинициста в диагностике сложного и запутанного страдания правой половины живота; прив.-доц. Ю. А. Ратнер предлагает вопрос: увеличение доступа к печени за счет удлинения разреза кпереди в сторону правого rectus'a, с отодвиганием или рассечением его, вероятно, не должно встретить возражения со стороны автора предлагаемого метода. Проф. А. В. Вишневский. Предлагаемый разрез представляет из себя сумму двух разрезов: одного для доступа к правой почке, другого—для доступа к печени; судьба нервного аппарата мало беспокоит докладчика, наблюдение же за послеоперационным течением, а главное отсутствие таких осложнений в последующем, как грыжи, атрофия мышц и т. д., убеждают прямо в том, что опасения оппонентов в травматичности разреза не имеют под собой реальной почвы; правый rectus шадить надо, но вряд ли этого удастся достичь в особенно сложных случаях; основная цель докладчика—подчеркнуть лишний раз, каких результатов можно достичь при местной анестезии, пользуясь разработанным клиникой методом так наз. ползучего инфильтрата; проф. М. О. Фридланд: возражения относительно недостаточности анатомического обоснования разреза существенны, но на практике, видимо, с ними считаться не приходится; доклад и прения подчеркнули еще раз верность подхода клиники к расширению показаний к местной анестезии и правильность взгляда на лимфогенный путь распространения инфекции с кишечника (appendix) кверху в сторону правой почки и печени (желчный пузырь), а также указали на трудности диагноза сочетанных заболеваний,—обстоятельство, которое, в сущности, и побудило докладчика разработать предлагаемый метод.

2. Д-р В. И. Пшеничников. *О послеоперационной атонии желудка после резекции его.* После предварительного подробного освещения вопроса об атониях желудка вообще, этиологии их и мерах борьбы с этим осложнением, докладчик делится тем впечатлением клиники проф. А. В. Вишневского, что атонии чаще наблюдаются при резекции желудка по методу Бильрот I: два летальных исхода на почве тяжелой атонии желудка имели место как раз после резекции желудка по этому методу.

3. Д-р В. И. Пшеничников. *Случай полного удаления желудка* (3-й по счету за последний год) с благоприятным исходом был произведен проф. А. В. Вишневским по поводу обширных каллезных множественных язв желудка, располагавшихся вдоль всей малой кривизны вплоть до cardiae. Восстановление непрерывности пищеварительной трубки было произведено по Т-образному методу (поперечное рассечение тонкой кишки и соединение ее орального конца конец в конец с пищеводом и вшивание анального конца ее—конец в бок—в кишечную трубку ниже эзофаго-энтеростомии). Ближайший результат (наблюдение длится около 6 недель) вполне удовлетворителен: больной прекрасно питается,

никаких тягостных ощущений в эпигастрии нет. *Прения:* доцент В. А. Гусынин впечатление оппонента от Бильрота I с точки зрения осложнений в послеоперационном периоде (атония желудка) вполне совпадает с мнением докладчика; видимо, играет здесь роль слабая опорожняемость желудка, подорванного операционной травмой и предшествующим страданием, через сравнительно небольшое отверстие; прив.-доц. С. А. Флеров: смерть при атонии желудка, вероятно, происходит на почве истощения рапсгеас, сок которой беспрерывно затекает в желудок; д-р А. Н. Сызганов: условия пассивного дренажа, какие создаются при Бильроте II и различных модификациях этого способа, видимо, играют существенную роль в смысле избежания таких осложнений, как атония желудка. Промывания желудка при этом осложнении часто оказывают блестящий терапевтический эффект; проф. Н. В. Соколов не имеет того благоприятного впечатления от Бильрота II, какое вынесла клиника проф. А. В. Вишневского от этого способа; гастро-энтеростомия и, особенно, алкоголизация малого сальника по методу проф. В. И. Разумовского дают значительно больший процент атоний желудка; большое значение в происхождении этого осложнения следует, повидимому, приписать травме нервного аппарата желудка; проф. А. В. Вишневский: как ни соблазнителен Бильрот I, главным образом из-за его „физиологичности“, частота осложнений (атония желудка) при этом способе в послеоперационном периоде заставляют применять его с некоторой осмотрительностью, и способ этот не противопоказан разве только в тех случаях, где имеется удовлетворительное общее состояние больных и не подорван тонус желудочной стенки: T-образная модификация восстановления непрерывности пищеварительной трубки после тотальной резекции желудка оставила настолько благоприятное впечатление, что применение ее будет проводиться клиникой в дальнейшем с особой охотой; д-р В. И. Пшеничников: разгадка атоний желудка в послеоперационном периоде ждет экспериментальной проработки этого вопроса, что и составит задачу клиники на ближайшее будущее; проф. М. О. Фридланд—резюме.

4. Д-р Н. Ф. Рупасов. *Применение и техника местной анестезии при операциях по поводу острого илеуса.* Докладчик располагает всего 14-ю случаями острого илеуса (5 случаев докладчика, 5 сл. проф. А. В. Вишневского, 3 сл. д-ра Н. В. Домрачева и 1 сл. д-ра В. И. Пшеничникова), оперированных под местной инфильтрационной анестезией по такой методике: послойная анестезия места будущего разреза и всех остальных слоев передней брюшной стенки, тщательная анестезия брюшины со стороны брюшной полости с обращением особого внимания на анестезию обоих rectus'ов, анестезия брыжейки, особенно корня ее, первой попавшейся в ране кишечной петли. Впечатление от метода вполне благоприятное, операцию удастся начать, вести и закончить полностью под одним местным обезболиванием. *Прения:* проф. А. В. Вишневский: вопрос о методах обезболивания при илеусе подвергся широкому обсуждению на XIX Съезде хирургов и, как известно, местная анестезия при этом страдании подверглась почти всеобщему осуждению; личные впечатления от работы американских хирургов и знакомство с заокеанской специальной литературой убеждают оппонента в том, что местное обезболивание действительно проводится американскими коллегами, именно при остром илеусе. Цель докладчика—пропаганда на сборном материале местного обезболивания при остром илеусе; проф. Н. В. Соколов: опыт Госпитальной хир. кл., располагающей обширным материалом по острой хирургии, заставляет оппонента в вопросе о применении местного обезболивания при остром илеусе занять как раз противоположную мнению докладчика точку зрения, а именно: общий наркоз здесь более показан, чтобы избежать тягостного, а нередко смертельного шока, и только случаи с далеко зашедшей интоксикацией, где имеются налицо явления своеобразной анестезии (аналгезии) нужно, должно и можно оперировать под местным обезболиванием; д-р В. А. Суворов: значение местной анестезии в клинике огромно, но целый ряд острых состояний живота и особенно всевозможные травматические повреждения невозможно провести до конца под местным обезболиванием. Горячие прения развернулись в дальнейшем, главным образом, вокруг двух принципиальных положений: 1) острое состояние живота (илеус) можно и должно, а главное, надо уметь проводить под местным обезболиванием (мнение клиники проф. А. В. Вишневского), 2) начать операцию при остром илеусе под местным обезболиванием можно, но довести до конца ее обычно не удастся, да, кроме того, и нет особой надобности из-за опасения шока доводить операцию во чтобы то ни стало

под местным обезболиванием (мнение клиники госпитальной хирургии). В прениях принимали участие: проф. А. В. Вишневский, д-р И. В. Домрачев, проф. Н. В. Соколов, прив.-доц. С. А. Флеров, д-р П. А. Гулевич, д-р В. А. Суворов, д-р А. Н. Сызганов и д-р Н. Ф. Рупасов. Проф. М. О. Фридланд, резюмируя основные моменты доклада и прений, подчеркивает важность принципиальной установки каждой из сторон в этом огромном вопросе острой хирургии, который не нашел еще единого языка. Выбор метода обезболивания,—местная анестезия или наркоз,—здесь разрешается индивидуально, в зависимости от характера экстренного материала, особенностей обстановки и личного опыта хирурга. Естественно, что показания к методу обезболивания гораздо более широки в клинике, которая данный метод настойчиво и успешно разрабатывает. Однако, от этого еще далеко до полного отказа от метода наркоза в хирургии вообще и хирургии илеуса в частности.

Рино-ларинго-отитатрическая секция.

37 заседание 27 декабря 1930 г.

1. И. Ф. Харитонов. (Мензелинск). *К казуистике наружного сечения пищевода при инородных телах.* Автор считает, что при помощи эзофагоскопии лучше всего удалять инородные тела из пищевода. Но встречаются, по его мнению, случаи, когда приходится прибегать к кровавому вмешательству (крупные инородные тела, отсутствие эзофагоскопа и т. д.). Автор применил эту операцию в двух случаях. В одном случае б-ной подавился осколком лопатки гуся; во втором—удален осколок трубчатой кости гуся. Инородные тела были продемонстрированы. Оба случая закончились выздоровлением.—*Прения:* д-ра В. Н. Лебедевский, Огнев и проф. В. К. Трутнев, отметивший факт, что врач периферической больницы докладывает в секции и высказывает надежду, что контакт ушной секции с периферией будет в дальнейшем крепнуть и расширяться.

39 заседание 16 апреля 1931 г.

Д-р Б. С. Голланд. *Об операциях на ушах в Казанских р.-л. отитатрических клиниках за 5 лет.* Докладчик разобрал материал, касающийся острых и гриппозных мастоидитов. Задали вопросы Щербатов, Мурашев, Альбицкий, Негреба. *Прения.* Д-ра Лебедевский, Щербатов и проф. В. К. Трутнев, констатировав, что материал относится к периоду роста клиник, отметил неизбежность в отчете и цифрах некоторых дефектов. По вопросу о показаниях к радикальным операциям уша сообщил современные взгляды ряда отитатрических школ. В Копенгагене на последнем всемирном съезде р.-л.-о. проф. Нейман на большом количестве серий гистологических препаратов показал наличие грануляций, секвестров под рубцом после р. операции с идеальным заживлением. У лучшего знатока сос. отростка проф. Витмана в отчете дается только 20—30% благоприятного исхода у оперированных радикально. Основываясь на этих данных и учитывая то обстоятельство, что после р. о. слух у подавляющего большинства больных падает, высказался за необходимость сужения показаний к р. о. уха. Основываясь на опыте Казанских клиник, подчеркнул целесообразность применения первичного шва после антротомий. Относительно гематом в слуховом проходе и на б/перепонках указал, что таковые наблюдаются большею частью при гриппе. Отметив научный интерес случаев холестеатом при острых мастоидитах, выразил пожелание докладчику пополнить работу данными о смертности у различных авторов в абсолютных числах и включить в отчет клинические наблюдения о микрофлоре сосцевидных отростков.

40 заседание 19 апреля 1931 г.

Д-р Б. С. Голланд—доложил вторую часть составленного им отчета *Об операциях на ушах в Казанских р.-л.-о. клиниках за 5 лет и сообщил о лечении хронических отитов и мастоидитов.* Докладчику был задан ряд вопросов, а в прениях приняли участие: Альбицкий, Бобровский, Герасимов, Каплунская, Мурашев, Трутнев Н., Щербатов и проф. В. К. Трутнев.