

2. Д-р З. Д. Эпштейн демонстрировала 22-хлетн. больного с тяжелыми обоюдосторонними ретинитами, крайне вяло и долго протекавшими, при совершенно неясной этиологии. Vis=свет. Докладчица трактовала случай как Retinitis exudativa externa Coats'a.

В прениях принимали участие проф. Адамюк, проф. Мурзин, д-р Булгакова.

3. Проф. А. Н. Мурзин сообщил об итогах 1-го Трахоматозн. съезда в Москве. Отчет будет напечатан.

Председатель проф. В. Адамюк.

*Протокол заседания Хирургической секции Научно-медицинской ассоциации Татарской А.С.С.Р. от 23-го апреля 1933 года.*

Председатель — проф. А. В. Вишневский.

Секретарь — д-р Г. М. Новиков.

1. Проф. А. В. Вишневский. *К лечению послеоперационного проляпса мозга.*

Демонстрирует больную по поводу лечения большого проляпса мозга, образовавшегося в результате удаления несколько месяцев тому назад опухоли мозга. Установившийся огромный проляпс не поддавался обычным мерам консервативного лечения. Тогда применен был прием систематического сдавления его по основанию. Проллабирующий мозг перехватывался у основания несколькими оборотами мягкого бинта, смоченного спиртом, которые затягивались толстой шелковой лигатурой, наложенной поверх марли. На этой подкладке лигатура должна была развивать только давление, не прорезая самой ткани. 2—3 смены повязки, и проляпс, который до этого не давал никакой надежды на ликвидацию, исчез полностью.

2. Д-р Пшеничников. *Резекция желудка на высоте желудочного кровотечения.* Желудочное кровотечение сопровождается язву в 75% случаев, но по большей части оно выражено незначительно. Нас интересуют так наз. молниеносные, острые и хронические кровотечения, вопрос о лечении которых и до сих пор остается не вполне решенным. Если он выяснен в отношении хронических форм, то при острых и молниеносных формах терапевты и значительная часть хирургов высказываются против активного оперативного вмешательства. По Финстереру смертность при консервативном течении достигает 41%, при хирургическом—25%; при передаче больного для операции не позднее 48 часов после начала кровотечения, эта цифра у Финстерера значительно снизилась. Аналогичные указания имеются и у французских авторов. Применялись различные косвенные и прямые способы оперативного вмешательства и вместе с этим отдельные хирурги последовательно переходили в сторону активного радикализма на разных этапах своей деятельности. По Kraft'у смертность после лигатуры сосудов желудка составляет 17% при эксцизии кровоточащей язвы—22%, при каутеризации язвы и пилоропластике—50%, при гастротомии—71%, при Jejunostomi'i—83%.

На небольшом клиническом материале (5 случ.) мы имели возможность убедиться в преимуществе резекции на высоте острых желудочных кровотечений. В феврале 1932 мы имели случай угрожавшего жизни профузного желудочного кровотечения при язве, где резекция желудка устранила язву и спасла больную, которая в настоящее время здорова и трудоспособна. За последнее время мы имели еще 4 больных, потеряв одного из них в результате консервативного лечения, в 3-х остальных случаях—резекция желудка спасла больных. Приводятся истории болезни с описанием анестезии, хода операции и сложного патолого-анатомического субстрата в результате пенетрации язвы в papsaeas. Резекция желудка на высоте острых желудочных кровотечений в особенности в условиях местной анестезии, применяемой в клинике, заслуживает предпочтения пред другими способами оперативного вмешательства, т. к. она устраняет язву и опасное для жизни состояние больных.

Демонстрация больных и препаратов резецированных желудков.

Прения: д-р Гулевич сообщает, что он, изучая материал госп. хирургич. клиники, не нашел ни одного случая смерти при консервативном лечении желудочных кровотечений. Если большинство хирургов применяют консервативное лечение, то, очевидно, это имеет основания. Резекция желудка—вмешательство не легкое и не всеми выполнимое. Прекрасное действие оказывает переливание крови.

Д-р Помосов сообщает о трех случаях желудочных кровотечений, леченных консервативно (инъекции адреналина) в клинике военно-полевой хирургии. Исход хороший, в то время как 4-й больной, подвергнутый операции, умер.

Проф. Алексеев говорит, что иногда и без наличия язвы в желудке может быть профузное кровотечение, вызывающееся хроническим гастритом. Если хирург, предпринявши операцию при таком кровотечении, не находит источника кровотечения в виде язвы, то все-таки показана резекция, ибо кровотечение обычно происходит из ограниченной области (пилорической).

Проф. Н. В. Соколов: клиника проф. А. В. Вишневецкого, стоящая на радикальной точке зрения, несомненно и в затронутом вопросе должна пропагандировать радикальное вмешательство. При кровотечениях могучим фактором является переливание крови и его необходимо проводить с тем, чтобы затем оперировать больного. Возражает проф. Алексееву и сомневается в целесообразности резекции желудка при хронических гастритах, сопровождающихся кровотечением.

Пр.-доц. Ратнер: образ действия хирурга при желудочных кровотечениях должен стоять в зависимости от характера и силы кровотечения. Хирург должен находиться в положении „вооруженного нейтралитета“. Имел один летальный исход при консервативном лечении, тогда как два оперированных случая дали прекрасный результат. Прав проф. Вишневецкий, предлагая в таких случаях резекцию желудка, но предварительно необходимо исчерпать и все консервативные мероприятия.

Проф. А. В. Вишневецкий: мировые авторитеты в области хирургии желудка в последнее время все с большей и большей уверенностью высказываются за радикальную операцию язвы желудка на высоте острого кровотечения. Это отношение к вопросу нужно учесть. Наш небольшой материал заставляет нас держаться этой же точки зрения. Что значит при остром кровотечении выздоровление в условиях выжидания? Больной снова через некоторое время получит такой же припадок кровотечения. Резекция желудка разом кончает и с кровотечением и с язвой. Один из демонстрируемых больных интересен еще и с другой стороны. Глубоко сидящая язва duodeni, проникая в головку pancreas, давала огромные затруднения для закрытия культи 12-п. кишки, благодаря отсутствию задней стенки ее. Это был один из случаев, которые заставляют прибегнуть к паллиативной операции. Однако я пересек кишку, набил кратер язвы куском сальника, взятым на ножке, и пришил переднюю стенку кишки с уцелевшим серозным покровом к рубцовым краям кратера. Этот прием восполнения недостающей стенки кишки с уцелевшей серозой можно очевидно рекомендовать в подходящих случаях, как способ своеобразного погружного серозного шва при глубоко сидящих язвах duodeni тем, кто хочет избежать паллиативной операции.

3. Д-р Ненилин. *Свободная торакотомия при эхинококке легкого.*

Эхинококк легкого по частоте занимает второе место после эхинококка печени. Изучение каждого нового случая представляет несомненный интерес, почему мы и решили продемонстрировать своего больного. Б-ной, 33-х лет, поступил в клинику с жалобами на кашель, боли при вдохе в нижней доле легкого и в област и левой лопатки. Кровохарканья не отмечает. Больным себя считает уже несколько лет. Долго лечился по амбулаториям от тbc легких. Состояние ухудшилось за последние два месяца. У больного иногда на ходу наступали приступы удушья, он должен был при этом обязательно остановиться, сесть и отдохнуть.

*Объективн. исслед.* Реакция Кацони — отрицательна. Эозиноф. 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

*Рент. исслед.:* Справа над куполом диафрагмы, при глубоком вдохе определяется округлая, хорошо контурированная гомогенная тень, средней интенсивности, — величиной с большое яблоко. Подвижность диафрагмы не ограничена.

Диагн. — эхин. прав. легкого, Опер. свободная торакотомия. Местная анестезия по нашему методу. Дугообразный кожный разрез с правой стороны начинается от места перекреста 8 ребра и средней аксилярной линии и поднимается вверх и кзади до 7 ребра. Резекция 7, 8, 9 ребер без аппарата повышенного давления. По удалении ребер было ясно, что срощений легочной плевры с паритальной не существует. Надо было идти на открытый пневмоторакс. Спавшееся легкое пока не давало возможности прощупать новообразование, а следовательно исключало возможность изоляции плевры швом. Впускание воздуха

в плевру производилось малыми порциями, тонкой струей при периодическом закрытии плеврального отверстия мокрыми тампонами. Анестезия по нашему методу, предусматривающая максимально обширные отделы обезболивания плевры, позволила широко произвести обследование полости плевры, легких без единого кашлевого толчка. Нижний здоровый край легкого захвачен тупыми окончатými щипцами, опухоль хорошо подалась в рану. Заботливая тампонада большими мокрыми тампонами, пункция опухоли, введение формалина, на что больной ответил припадком кашля. (Бронхи).

В дальнейшем вскрытие опухоли ножом, удаление хитиновой оболочки, глухое закрытие оставшейся полости легкого. Шов париетальной плевры не может быть выполнен до конца; оставшееся отверстие фиксируется легким в пределах зашитой кисты. Рана мягких частей суживается. Швы на кожу. К окну плевры и к швам тампон с перувианским бальзамом. Дальнейший ход послеоперационного лечения не осложнился истечением из плевры; в первые дни, однако, пневматические явления. В настоящее время гранулирующий свищ, на дне которого открываются мелкие бронхи. Демонстрация больного.

Прения. В прениях участковые хирурги указывали на опасность одномоментной операции эхинококка легкого, проводя здесь аналогию с эхинококком брюшной полости.

Проф. Алексеев. Увеличившуюся частоту заболеваний эхинококком объясняет усовершенствованием диагностических методов. Хирургам и до сих пор еще не ясен вопрос—оперировать ли в один или два сеанса.

Пр.-доц. Ратнер: при встретившейся надобности я стал бы применять именно ту методику, которую в данном случае применял проф. Вишневский. Операция в два сеанса протекает чрезвычайно неблагоприятно и ее можно рекомендовать лишь при нагноившемся эхинококке. Что следует особенно подчеркнуть и усвоить—это возможность не бояться пневмоторакса при условии оперирования под местной анестезией.

Проф. Вишневский: демонстрируемый случай имеет интерес как случай свободной торакотомии при операции эхинококка легкого. Наша методика м. ан. здесь, как и во всех других встретившихся в клинике случаях интракостальных опухолей, позволила просто и легко удалить эхинококк чрез свободную плевру без пользования соответствующей аппаратурой легочной хирургии.

4. Д-р Мухамедьяров. *Внутрикардиальная инъекция адреналина при остановке дыхания и сердечной деятельности.*

Демонстрируя больную, докладчик говорит, что указанное осложнение недавно пришлось наблюдать в клинике проф. Вишневецкого при удалении опухоли спинного мозга в нижнем шейном отделе.

Больная О., 37 л., поступила с жалобами на невозможность ходить из-за резкой слабости ног. Ходит только при помощи палки. Заболела 3 года тому назад. Лечилась уколами и вливаниями, после них стало хуже, 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года тому назад упала с печи на крестец (сильно).

*Объективно:* Черепно-мозговые нервы нормальны. Объем движений нижних конечностей ограничен во всех суставах. Рефлексы с рук норм. Нижн. кон.—патолог. рефлексы: Бабинский, Оппенгейм. RW в крови и спинномозговой жидкости отриц.

Реакция Ноппе положит. Реакция Ранду положит.

Введен иодипин с последующей рентгенографией. Иодипин остановился на уровне 7-го шейного и первого грудн. позвонков.

4/II 33 г. Laminectomy (Оператор проф. Вишневский). Сняты дужки D<sub>1</sub> D<sub>2</sub> D<sub>3</sub> D<sub>4</sub> D<sub>5</sub>. По вскрытии твердой мозговой оболочки обнаружена массивная опухоль, лежащая по задне-боковой поверхности мозга с 1-го по 5-го грудн. позвонк. продольно-овальной формы.

Инфильтрация раствором оболочки опухоли (гидравлическая препаровка).

В момент начала удаления опухоли у больной произошла остановка дыхания, в это время—еле ощутимый пульс на каротидях.

Оператор удалил опухоль, не прерывая операции. Швы на твердую мозговую оболочку и мышцы. Когда стали зашивать кожу, исчез пульс и на каротидях. Спешно заканчивается операция зашиванием кожи. Искусственное дыхание, кофеин и камфора. Все безрезультатно. Прошло не менее 15 минут, когда оператор предложил ввести интракардиально адреналин. Введено 2 куб. адре-

налина 1:1000. Секунды через 2—3 последовал сердечный толчок, сначала неправильный. Затем появился короткий вдох. Искусственное дыхание продолжалось еще минут 10. Постепенно исчезла синева губ, появилась бледно-розовая окраска лица. Дыхание становилось все более глубоким. В операционной же больная переведена на кровать, обложена грелками, кофеин и камфора под кожу. Раствор Ringera под кожу. Через час дыхание оправилось, пульс еле ощутимый.

Послеоперационное течение осложнилось расхождением кожной раны на 8 й день. Удаленная опухоль размером  $16 \times 8 \times 6$ . Вес 65,0. Микр. диагноз. Глиома.

23/III-33 г. больная переведена в нервную клинику Мединститута.

Демонстрация макро и микроскопич. препаратов.

Прения:

Пр.-доц. Панкратьев говорит о том, что значение адреналина при остановке сердечной деятельности недостаточно еще проникло в сознание терапевтов и хирургов, а между тем это имеет громадное значение, особенно в военной обстановке. Метод внутрикardинальных инъекций нужно широко пропагандировать.

Пр.-доц. Цимхес говорит, что интерес демонстрируемого случая заключается в том, что здесь адреналин оказал свое действие не при остановке сердечной деятельности, когда он обычно применяется, а при остановке дыхания.

Проф. Вишневский. Данный случай не совсем ясен как в отношении механизма происхождения остановки дыхания, так и в отношении эффекта, вызванного интракардиальной инъекцией адреналина. Остановка дыхания могла наступить по тому же типу, как это часто наблюдается при операциях в задней черепной ямке, ибо этот отдел спинного мозга не так далеко отстоит от продолговатого. С другой стороны возможно предположить здесь и влияние операции на корешки п. rhenici с последующим параличем диафрагмы. И наконец возможно, что этот вид шока получился в результате острой недостачи адреналина, что так настойчиво отмечается французскими хирургами в связи с операциями на спинном мозгу (Бабицкий). В последнем случае понятен и эффект после интракардиальной инъекции. Явления шока выравнялись вероятно, через посредство восстановления сердечной деятельности.

Секретарь Г. Новиков.

## Хроника.

83) Десятилетие Секции Научных Работников было отмечено в Казани рядом торжественных заседаний в РУЗ'ах и ВТУЗ'ах и торжественным пленарным заседанием Областного Бюро Секции. По инициативе ряда научных работников (проф. Алуф, проф. Парфентьев, проф. Юсупов, доц. Сметкин, доц. Б. Арбузов, доц. Тагиров и мн. др.) развернут сбор средств на постройку эскадрильи имени 10-летия секции научных работников СССР.

84) *Вопросам лечения гриппа* будут посвящены два специальных заседания расширенного пленума Ученого медицинского совета Наркомздрава совместно с Гриппозным комитетом. Заседания состоятся 17 и 18 июня в 7 час. веч. в Анатомической аудитории Московского медицинского института.

85) *Месячник борьбы с малярией проводится в Абхазии.* В рабочих клубах и на предприятиях Сухума организуются кинопостановки и лекции о борьбе с малярией. Открыта новая тропическая станция. 1 июля открывается эвакоприемник для медицинского обслуживания приезжих рабочих и колхозников. В Гагах, Гали, Гудаутах и Очемчирах открыты рентгеновские кабинеты.

86) *70 обезьян прибывают из заграницы в сухумский питомник.* Сейчас в питомнике 59 обезьян. Его научно-исследовательская работа имеет огромное значение для всестороннего изучения человеческого организма.

87) *Первую опытную партию иммерсионных объективов для микроскопов* выпустил Оптический институт. В этом году завод даст 300 объективов.

88) *Оптический институт (Ленинград) освоил производство* одной из самых ответственных частей поляризационных приборов—*призмы из исландского шпата*. Поляризационные приборы, как известно, применяются при исследовании минералов, в сахарной промышленности, медицине и других отраслях науки и народного хозяйства.