

Кровяная сыворотка беременных для вскармливания недоносков. Siegmund (Zbl. f. Gyn., 1933, № 3) применял сыворотку беременных при вскармливании недоносков с хорошими результатами. С 1-го или 2-го дня после родов давалась порциями перед кормлением грудью или в смеси с молоком свежая сыворотка крови, получаемой ежедневно из вены здоровой, свободной от сифилиса, беременной женщины — 10 дунных мес. Дети получали в день 10—20 куб. сант. этой сыворотки, сохранявшейся на холоду и перед употреблением подогретой.

П. Маненков.

„Хинин-гипофизинный курс“ в терапии лихорадочных аборт. Habbе (Zbl. f. Gyn., 1933, № 2) с успехом применял в случаях лихорадочного аборта медикаментозно выжидательный метод лечения, опубликованный в 1932 г. Schlegel'ом и Clauber'гом—1,0 хинина в течение 2 часов (по 0,25 гр. через 1/2 часа) и ампулу гипофизина внутримышечно перед вторым приемом хинина.

П. Маненков.

Впечатления о V Всеукраинском съезде хирургов

(15—18 сентября 1933 г., Харьков).

Проф. С. М. Эйбер (Харьков).

Уже с самых первых моментов работы съезда видны были четкая организованность, продуманная программа заседаний и проведенное с большим удовлетворением запланированное время для членов его. Открытие съезда, как и дальнейшая его работа происходили в Д. ме Красной армии, поражающем своей подкупающей простотой, строгим стилем и обширностью светлых помещений. Проф. Шамо в (Харьков), открывая съезд—результат коллективного творчества хирургов, отметил его как праздник научно-исследовательской мысли у нас в Союзе, в то время как за рубежом самодовлет жуткая депрессия „Серп и Молот“—харьковский завод прислал на съезд своих рабочих делегатов, демонстрировавших тесную смычку науки и труда.

Нарком Здравоохран. УССР Канторович обратил внимание на развернувшуюся лечебно-профилактическую сеть, укрупнение мед.-сан. организации: открытие 45 научно-исследовательских институтов, 10 медвузов, 35 мед. техникумов. Этот количественный рост в значах необходим для качественной продукции, для укрепления производственной базы. Многочисленные приветствия представителей различных организаций содержали в себе полную уверенность в проведении борьбы за снижение туберкулеза, за приближение мед. помощи непосредственно к самому производству. Среди членов съезда—Н. Н. Петров, А. В. Поленов (Ленинград), А. М. Кефер (Одесса), С. Р. Миротворцев (Саратов), Я. О. Гальперн (Днепропетровск), В. Н. Шамо в, А. В. Мельников (Харьков).

Первый программный вопрос—лечение язвы желудка—был подробно и ярко освещен проф. Гальперном (Днепропетровск). Для лечения язвы желудка известны многие лечебные факторы, однако консервативное и оперативное лечение являются доминирующими и как бы отдельными звеньями в общей цепи практических мероприятий. И если консервативное лечение оказывается не на должной ожидаемой высоте, то тогда необходимо оперировать, помня при этом, что послеоперационный период это тот же консервативный метод лечения, как коррекция к уничтожению гср. ослаблению оставшихся симптомов. Выяснить патогенез язвы ж. по сие в емя точно и о пределенно еще не удалось. Однако, один из ричинных факторов—влияние желудочного сока—безусловно доказан.

Поэтому консервативное и оперативное лечение не является причинным, а рецидив в 10—25% не заставляет себя долго ждать. Оперативное лечение дает до 15% при Г. Э и до 9% при резекции—стойкое излечение на ближайший отрезок времени (1—5 лет). Если удастся выявить преобладание общих факторов язвы, передающихся по наследству, язва в подрастающем возрасте, то операции—ГЭА и резекция—не показаны, лица имеют ограниченный круг показаний. После резекции смертность 5—% (Габбер), общая цифра от 8 до 15% (Финстерер). После ГЭ смертность от 4-х до 10%.

Вообще же резецировать надо 1) при под зрением на рак, 2) повторных кровотечениях, 3) незаживающей язве после произведений раньше операции; методика самой резекции всегда будет зависеть от опыта и техники хирурга. Поэтому в будущем успешность оперативного лечения всецело должна базироваться на разработанной четкой биотехнике и проводимом умелом обоснованном послеоперационном периоде.

В исторической части желудка, 12-перстной кишки поврежденная слизистая оболочка (эрозия) подвергается переваривающему действию желудочного сока, а потому здесь особенно показана резекция. Однако, если язвенное разрушение дошло до головки поджелудочной железы, то резекция не показана. В ее методике не надо накладывать жомы, чтобы не нарушить питания краев раны. Оперировать надо под местной анестезией, широко резецируя, чтобы убрать язву, всячески избегая могущего при этом высокого стояния диафрагмы, как причины ателектаза лег. resp. массивного коллапса легких—этого грозного осложнения, из которого нет выхода (проф. Бельц, Харьков).

В целях улучшения кровоснабжения желудка resp. питания его анемичной стенки—из-за спазма на почве раздражения вегетативной нервной системы,—предложено (С. Малиновский—Золотоноша) вышивание сальника или лоскута брюшины на месте язвы. В этиологии последней необходимо учесть наследственно-конституциональные факторы, а также прижизненное сам переваривание. Антагонизма в вопросе лечения между терапевтами и хирургами не должно быть; последние, приглашая на помощь рентгенолога, совместно ставят показания для операции. Каллезнаую, пенетрирующую, угрожающую повторными кровотечениями или перфорацией, рубующуюся или зарубцевавшуюся с нарушением эвакуации желудка язву надо оперировать (проф. Богославский, Сталино).

Рекомендуется катгутовый однорядный узловый шов по Бирю, при прободных язвах—резекция, дающая меньшую смертность, чем ГЭ (проф. Кляров, Сумы).

Хотя язву желудка и 12-перстной кишки либо широко оперируют, либо применяют консервативный метод (диета, протерн, физио-курорт—терапия), однако Rб—терапия является эффективной, доступной, целесообразной.

Rб лечебный эффект имеет многообразное действие на весь организм 1) всасывание продуктов распада, изменение концентрации ионов; 2) влияние на нервную систему—антиспастически непосредственно и рефлекторно; 3) на секрецию желудочных желез—косвенно и непосредственно; 4) на деструктивно измененную ткань—разрушение лимфоцитов, разрастание соединительной ткани.

Поэтому Rб-терапия приводит а) к уменьшению и даже полному исчезновению болей, б) резко улучшенному субъективному состоянию, в) исчезновению диспептических явлений д) понижению кислотности, е) уничтожению спазмов, усиленной двигательной функции желудка, ф) частому исчезновению ниш. Rб-терапии подлежат все случаи язвы желудка и 12-перстной кишки, за исключением случаев, требующих оперативного вмешательства, а также при наличии острых инфекций и открытых форм тбк. Наблюдения и имеющийся опыт у сотрудников Всеукраинского рентген-онко-института подчеркивают наилучшие результаты в Rб-лечении язв в их раннем периоде существования (д-ра Ольховская, Зорина, Харьков).

Вторичная инфекция является этиологическим моментом для перфорации гастродуоденальных язв; поэтому паллиативное вмешательство, в частности ГЭ при перфорации дает такие же осложнения, как и при язве хронической. Разработанная четкая биотехника хирурга, отсутствие интоксикации, шока предвеляют все показания для резекции и, только при разрывавшейся картине перитонита, надо перейти на зашивание или тампонаду перфорированного отверстия. В целях наилучшего восстановления двигательной и секреторной деятельности желудка, резекция последнего по способу Бильрот I наиболее физиологична, а потому и показана.

Второй программный вопрос—„Воспалительные заболевания ручной кисти“—был освещен десятью докладами. Ему было уделено огромное внимание, так как он для всех трудящихся имеет исключительно важное значение, и вместе с тем он мало популярен среди рабочих, которые несвоевременно обращаются за врачебной помощью, часто пользуясь самопомощью, лишен-

ной всякой научной обоснованности. Поэтому медсанцехи, пункты, заводская амбулатория обязаны быть ведущими в профилактике этого вопроса; надо широко развить личную гигиенику и сан. просвет. работу, надо наблюдать всех рабочих индивидуально в пакете. Как часто мелкая травма либо просматривается, либо ей не уделяется должное внимание, а ведь она играет далеко не последнюю роль в этиологии воспалительных процессов кисти. Надо, чтобы больные освобождались от работы на 2—3—5 дней, создавая кисти максимум покоя; надо, чтобы больного вел персонально один врач (единный метод лечения), чтобы не создать многосложных и разнообразных осложнений, затягивающих заживление раны и нарушающих трудоспособность рабочего. Врач обязан внимательно, бережно, нежно относиться к воспаленным тканям, и, в случае генерализации процесса, — отправить больного в стационар. В вопросах лечения наиболее показаны ранние разрезы в сочетании с биометодами, как автовакцины, фильтраты по Безредка, гиперемия по Биру. При травмах кисти и пальцев необходимо широко производить *débridement* с первичным швом, придав ей правильное физиологическое положение. Ранние активные движения, не частые перевязки являются методами борьбы с наступающей контрактурой (Мещанинов, Харьков).

Д-р Зайцев (Харьков), исходя из особенностей анатомического строения кисти, *классифицирует ее островоспалительные процессы по анатомическим признакам: пальцы* — А. Ладонная поверхность: 1. Панариций кожный. 2. Подкожный. 3. Сухожильный. 4. Надкожный. 5. Костный (остеомиелит). 6. Суставной. В. Тыльная поверхность: 1. Паронихия. 2. Панариций подногтевой. 3. Подкожный. 4. Фурункул спинки пальца. 5. Карбункул. С. Воспаление всего пальца пандактилит. *Кисть*: А. Ладонная поверхность: 1. Кожный нарыв. 2. Нагноившаяся мозоль. 3. Абсцессы, — флегмона подкожная и подапоневрозом. 4. Флегмонозный тендовагинит. В. Тыльная поверхность: 1. Кожный абсцесс. 2. Фурункул. 3. Карбункул. 4. Флегмона. Указанная классификация дает возможность в каждом отдельном случае применить индивидуальное лечение.

Д-р Максимов (Иваново-Вознесенск) сообщает результаты обследования 252 случаев подкожного панариция ладонной поверхности.

Оказалось, что никакая другая форма не дает столько осложнений и не вызывает столь многообразных методов лечения, как названная форма. Эта последняя обладает свойством одинаково радовать врача и больного за полный успех при правильном лечении и вместе с тем может создать тяжелые последствия за примененную влажную термотерапию. Использованный метод Клаппа с его изменениями, вытекающими из полученного навыка, создал определенный комплекс условий: 1. Популярность ранней операции и ее успех зависит от качества обезболивания и широты его применения. 2. Необходимо обезкровление — жгут на плечо. 3. Операция состоит: а) в удалении всей кожной покрывки над гнойником, работая ножницами, б) в высепаровке подкожного жира, с) первичная экстирпация некроза — образование конусообразной ямки. Такая методика вытекает из анатомических свойств пальца на ладонной поверхности, препятствует образованию гнойных затеков, исключает какие-либо контрпертуры. 4. Протирание полости спиртом; последующая повязка из гипертонического раствора NaCl представляют заключительную фазу мероприятий.

В послеоперационном периоде отмечается: безгнойное и быстрое заживление и уменьшение раневой полости при отсутствии гнойных затеков. При обследовании через 2—6—12 недель установлено полное отсутствие рубцующегося процесса при наличии функциональной деятельности пальца. Операция Клаппа в определенной методике успешно разрешает проблему лечения панариция, каковому, в виду его распространенности и влияния во многих процессах, необходимо придать характер социального зла.

Д-р Чарутин по собранной анкете установил, что воспаление кисти и пальцев у хирурга бывает очень часто, причем особое предрасположение не выявлено. Среди этиологических моментов имеют значение: уколы, бытовые условия. Чаще всего повреждаются 1—2 пальцы левой кисти, выявляя все клинические формы, давая в огромнейшем % случаев благоприятный исход.

При наличии контрактур после лечения воспаления кисти, так как все ее ткани принимают в этом осложнении участие, рекомендуется рано начинать теплые ванны и гимнастику (д-р Нововенко, Харьков). Физические методы ле-

чения — грязями, глиной, иовтофорезом, электротерапия, диатермия (д-р Маслов, Чернигов) Rb-терапия дает также большую эффективность, уменьшая отечность, красноту, продолжительность лечения, вызывая падение температуры, ослабляя боли.

Программная тема — „Промышленный травматизм“ — исчерпывающе была изложена доцентом Афанасьевым (Сталино).

В горной и металлургической промышленности из-за высокого коэффициента поражаемости и большей частоты повреждения костей и суставов, особое место занимает травматизм благодаря специфичности оборудования, несовершенства конструкции и недостаточности организации труда. Чаще всего наблюдаются нарушения целостности кости, при чем поражаются таз, позвонки, наиболее сохраняемые при бытовой травме, причем распознавание в условиях руднично-заводских мед. учреждений поставлено далеко несовершенно — 4 % неправильных диагнозов по сводке Радио-Рентген-Института Донецкого филиала, что ведет к неправильному лечению и неудовлетворительному методу. От этого потеря трудоспособности по горной промышленности исчисляется в 35 дней, а по металлургической — в 25, в то время, как общая потеря от травмы не превышает 15—16 дней. Инсультами для костной травмы являются: 1) машинная травма, 2) транспортные средства, 3) обвалы, 4) падение рабочих, при чем локализация и типы переломов зависят от выполняемой работы и от производственной практики. Чаще всего травмируется нижний отдел ног, рук, а затем позвоночник и коти таза. Необходимо бороться с травматизмом путем: 1) рациональной организации работ, 2) наблюдения правил техники безопасности, 3) повышения тех. сан. грамотности рабочих, 4) механизации производства, 5) широкого оказания помощи первой помощи, 6) ликвидации обезлички. Эффективность лечения травм может повыситься от организации непрерывной связи медпунктов, поликлиник, стационара и от улучшения квалификации медперсонала.

В горной промышленности часто травмируется позвоночник из-за своего специфического анатомического строения (гибкий ствол с буферным действием). Замечено, что сильные травмы дают малое повреждение и наоборот, а не прямые переломы происходят от больших тяжестей (обвалы, прижатие вагонеткой, клетью). Выбор метода лечения (вправление, консервативный, операции) зависит от а) характера, б) типа, в) локализации перелома (д-р Приходько, Харьков).

Необходимо отметить, что ламинэктомия часто дает отрицательный результат (параличи, уросепсис) (д-р Рабинович, Сталино).

При повреждениях черепа — три фактора: 1) увеличение мозга за счет отека или гематомы, 2) избыток спинно-мозговой жидкости, 3) повышение кровяного давления производят давление на продолговатый мозг — компрессия. Поэтому для разрыва порочного круга необходимы: а) повторные пункции, б) введение гипертонических растворов и 3) даже декомпрессия. Последняя не показана при отеке продолговатого мозга (проф. Недохлебов, Днепропетровск).

„Ортопедический день“ был использован изложением дистрофических процессов в костях и суставах (проф. Ситенко, д-р Лемберг, Харьков). Остеодистрофия — з болвание костей: 1) не связанное одной этиологией, 2) возникающее при нарушениях остеобластической функции мезенхимы в результате общей неполноценности организма, где эндогенные факторы (инфекция, травма) нарушают регенерационные и резорбтивные процессы. Разрушается костная ткань путем в заикновения перфорирующих канальцев при одновременной фиброзной перестройке костного мозга. Возникают фиброзные узлы типа гигантоклеточной опухоли. Тогда, при генерализации процесса выявляются: 1) гиперкальциемия; 2) мышечная слабость вместе с искри лениями и патологическими переломами дистрофических костей. Rb-грамма дает точную дифференциацию и типическую картину (можно смешать с саркомой). В свете эндокринологии необходимо помнить про инкреторную деятельность эпителиальных телец, а потому, кроме Rb-терапии, показано их удаление.

Общественное внимание съезда привлекли доклады проф. Трегубова и д-ра Куценек (Харьков) об использовании остаточной трудоспособности у инвалидов и ТБК — больных: 1. Необходимо вести работу в этом направлении, ибо она имеет первостепенное государственно-экономическое значение. 2. Надо широко вводить профилактику с целью минимального снижения трудоспособности,

используя инвалидов в сфере их наиболее полезной деятельности. 3. Долгое пребывание больных должно быть занято выполнением какого-либо трудового процесса, подходящего для каждого отдельного случая. 4. Для больных с костным ТБК необходим правильный выбор профессии, ибо часто род занятий, требующий напряжения, может вызвать рецидив и обострение заглохшего процесса. 5. После перенесенного детского паралича, костного ТБК преимущественно показана работа по садоводству, огородничеству, пчеловодству. 6. Поэтому, для правильного разрешения указанного вопроса надо выяснить производство, тесное общение рабочего с материалом его, положение тела, соответствующее участие нервно-мышечно-суставного аппарата и наконец противопоказания.

Внепрограммный доклад на тему: „Военно-полевая хирургия в подготовке врачей кадров“ из Харькова. Воен. Окр. госпиталя был сделан доцентом Милюновым.

Для оборонной работы необходимы знания по ВПХ, отличающейся от хирургии мирного времени специфичностью боевых поражений, этапным характером хирургической помощи, зависимостью от оперативной обстановки, массовостью объектов хирург. обслуживания. До изучения ВПХ показано усвоение основ военных знаний, военно-санитарной тактики. Поэтому, вакуационная линия должна иметь хирургов двух профилей: 1—для обслуживания войск в пунктах мед. помощи и 2—для полноценной хирургической работы на фронте. Полевой хирург обязан знать основы этапного лечения. Преподавание ВПХ должно проводиться в клинических институтах с приобретением навыков в первичной обработке ран, нестандартных методов массового лечения и индивидуальных случаев (ампутации, столбняк, гангрена, переливание крови, переломы).

На съезде присутствовало 754 делегата, среди которых были представители Ленинграда, Тифлиса, Асхабада, Новосибирска, Ялты и много других отдаленных городов необъятного Союза. Интересно отметить, что со стажем до 5 лет присутствовало 126, до 20 лет—243, свыше—117. Так велико увлечение творческой мыслью в хирургии!

Устроенная выставка привлекла внимание съезда. На ней были показаны результаты работ огромного числа институтов, клиник, больниц в оформлении схемами, таблицами, рисунками, препаратами.

В особенности интересен был новосконструированный операционный стол по Штилле и прочая обстановка, полностью и всецело изготовленная из советских материалов руками рабочих Харьковского протезного завода. Выставленная электро-и Rb-аппаратура из Киев., Зиновьевск., Харьк. институтов свидетельствует об исключительных успехах в этих областях. Такова огромнейшая реконструкция советской врачебной техники!

Хирургические клиники и больницы выставили ряд патолого-анатомических препаратов. Институт травматологии и ортопедии показал свое техническое оборудование и художественно изобразил ряд искривлений на слепках, муляжах, выставил остроумно и впрямую придуманную многообразную аппаратуру.

Организация съезда в административно-хозяйственном и бытовом отношении была безукоризненна. Следующий съезд с программными темами: кишечная непроходимость, повреждения черепа, сельский травматизм—назначен на осень 1935 г.

Проф. А. А. Кронтовский.

15 августа на курорте в Бердянске после перенесенного желудочно-кишечного заболевания неожиданно скончался проф. А. А. Кронтовский. В его лице из рядов советских патологов ушел выдающийся ученый со своим особым научным направлением.

Научную деятельность А. А. Кронтовский начал после окончания Киевского университета в 1910 г. под руководством крупного патолога проф. В. К. Линдемана. Последний является учеником проф. Фохта. В лаборатории Линдемана культивировался преимущественно макроэксперимент, круг его