

Наконец, последняя статья, содержащаяся в книге,—о *лечении диатермией в гинекологии*; автор ее, Schenholz, разбирает физические и биологические основы диатермии, показания и противопоказания, аппаратуру и технику.

В общем III том *Ergebnisse* является прекрасным сборником для рентгенолога, не желающего отставать в работе по специальности. Прив.-доц. Р. Я. Гасуль.

XX Съезд Российских Хирургов.

Д-ра И. Л. Цимхеса.

Съезд происходил в Москве с 26 по 30 мая 1928 г. Число членов его превышало 1000 чел., из них 50% падало на провинцию. В течение 4 дней на заседаниях Съезда было заслушано свыше 60 докладов, причем четвертый день был посвящен исключительно вопросу ортопедии. Председателем Съезда был избран проф. В. А. Оппель, товарищем председателя—Одесский ортопед проф. Н. И. Кеффер. Программными вопросами Съезда были: 1) вопрос об уронефрозе и 2) вопрос о перфоративной язве желудка и 12-перстной кишки. Затем было несколько рекомендованных тем: рак языка и его лечение, лечение контрактур и анкилозов коленного сустава и внутрибрюшные срощения и их лечение. Кроме того, было допущено несколько докладов по внепрограммным вопросам. Программа Съезда была выполнена полностью в установленный срок. Председатель Съезда, проф. Оппель, достаточно объективно резюмировал данные докладов и прений, от чего значительно усиливалось впечатление.

Съезд начался докладами об *уронефрозе*. Проф. В. М. Мыш (Томск), придерживаясь терминологии проф. С. П. Федорова, разобрал свои 16 клинических случаев уронефроза с точки зрения этиологии, патогенеза и методов лечения. Этиологически в возникновении данного заболевания играют роль травма и динамические моменты. Распознавание при неощущаемой опухоли трудно,—необходимо учесть данные разных методов исследования (красочная проба, отдельное собирание мочи, катетеризация мочеточников, экспериментальные почечные колики и проч.). Могут наблюдаться гидро-нефроты и без болей. Пиелография очень ценна в распознавании гидронефротозов, но нужна осторожность при разборе пиелограмм ввиду возможности ошибок, связанных с накладыванием теней. При другой здоровой почке в случаях выраженного уронефроза докладчик рекомендует удалить пораженную почку внебрюшинным путем. От консервативных пластических операций докладчик предостерегает.

Другой докладчик по этому же вопросу, проф. Р. М. Фронштейн (Москва), рассматривает уронефроз, как вторичное страдание, являющееся результатом нарушения оттока мочи. Первичные изменения необходимо искать в мочеточниках. В 18 случаях из 51 докладчику не удалось установить анатомического препятствия в мочеточниках. Эти случаи следует отнести за счет нарушения иннервации. Продолжительные спастические сокращения и расслабления мочеточников играют также роль в возникновении уронефроза, опущение же почки, по мнению докладчика, не в состоянии вызывать гидронефроз. Пиелография контрастными массами опасна вследствие того, что жидкость в эктазированной лоханке задерживается и легко может инфицироваться. Докладчик рекомендует для целей пиелографии вдувать воздух в лоханки. В начальных стадиях уронефроза может дать хороший эффект промывание лоханок.

Выступавший в прениях проф. Федоров предлагал лечить пиэлектазии катетеризацией мочеточников с промыванием лоханок, причем, когда после нескольких промываний емкость лоханки уменьшится, возможно консервативное лечение. Операцию денудации почечной артерии необходимо оставить. В запущенных случаях проф. Ф. рекомендует нефректомию, а в случаях, где паренхима почки хорошо сохранилась,—пластические операции. Резюмируя данные докладов и прений, проф. Оппель предложил принять классификацию уронефротозов проф. Федорова. В вопросе патогенеза, кроме атонической школы (проф. Федоров), надо допустить возможность гипертонии за счет вегетативной нервной системы. При пиелографиях необходимо остерегаться инфекций.

Докладчиками по второму программному вопросу, *о перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки*, были д-ра Г. Ф. Петрашевская (Ленин-

град) и Н. П. Гуревич (Оренбург). Разделив материал Обуховской больницы на 2 периода,—до 1914 г. и после,—д-р П. указала, что смертность таких больных до 1914 г. равнялась 62,9%, а за 1914—1928 г.г.—37,2%, что объясняется более ранней доставкой больных. Вообще ранняя операция значительно понижает смертность; так, в Обуховской больнице при операциях, произведенных за время до 10 ч. после перфорации, из 47 чел. умерло лишь 2, при операциях до 18 ч. из 30 больных умерло 8, при операциях до 36 ч. из 20 больных умерло 15, и при операциях до 4 дней из 19 больных умерло 18; 15 больных были успешно оперированы в преперфоративном состоянии. Основными симптомами этого заболевания докладчица считает доскообразную напряженность мышц верхней части живота, боли, рвоту. Она предостерегает от дачи морфия, так как последний затушевывает картину болезни. Обуховская больница вводит зонд для выведения жидкости и скопившихся газов при перфорациях желудка, перитонитах и *ileus'ax*. Докладчица рекомендует возможно раннее оперативное лечение под общим наркозом, лучше гедоналовым. Разрез проводится по средней линии живота, выше пупка, с добавочными разрезами, в случае надобности, вправо или влево. Перфорированная язва тщательно зашивается 2-этажным швом. В 4 случаях, вследствие резкой инфильтрации, наложить швов на место перфорации, однако, не удалось; в таких случаях рекомендуется тампонада по Петрову или пластика салынком на ножке. Gastro-enterostomia показана только при сужении привратника после сшивания перфорированной язвы. Случаи раковых язв с флегмонозной инфильтрацией вокруг требуют производства резекции желудка. Промываний брюшной полости Обуховская больница не производит, а только высушивание, главным образом отлогих мест. Глухое зашивание брюшной полости возможно только в первые часы перфорации. Резекция желудка при перфорациях еще менее обоснована, чем в холодной стадии.

Другой докладчик, д-р Гуревич, на 700 случаев язв желудка и 12-перстной кишки имел 31 прободение (37% смертности). Свыше 100 сл. резекций докладчик производил à froid и при перфорациях по возможности прибегал также к резекциям. В 2 случаях преперфоративных язв докладчик получил выздоровление. Брюшная полость промывалась обычно раствором пепсина с соляной кислотой по Рауегу. За последние годы процент перфораций повышается. При обострениях обычной язвы следует всегда помнить о возможности перфорации. Последнюю может, между прочим, дать и психическая травма. Докладчик производил ушивание язвы с пластикой салынком на ножке. Гастро-энтеростомию он считает показанной при перфорациях в области привратника и при сужении последнего после ушивания язвы, при хорошем же состоянии больных предпочитает резекцию желудка (21% смертности).

Выступавший в прениях д-р Бабасин поделился материалом Института Неотложной Помощи им. Склифасовского в Москве, обнимающим 123 случая прободных язв (муж. 120, женщ. 3); выздоровело 93, умерло 30. В зависимости от времени операции и момента перфорации смертность выразилась в след. цифрах: до 6 ч.—5%, до 10 ч.—20%, до 12 ч.—40%, до 48 ч.—100%. Локализация прободения: у кардии—4 случая, в малой кривизне—8 сл., в препилорической части—34 сл., в привратнике—60 сл., в 12-перстной кишке—15 сл. Анамнез ясно-язвенный имел место у 72 больных, неясный—у 31, отсутствовал язвенный анамнез—у 13 больных и не указан—у 7. Сшивание язвы и гастро-энтеростомию произведены в 107 сл. Отдаленные результаты: на 70 посланных анкет ответили 48 больных, из них 25 здоровы, 15 имеют некоторые расстройства, у 8 имеются желудочные жалобы и у 10—послеоперационные грыжи.

Из докладов на рекомендованные темы следует отметить доклады проф. П. А. Герцена (Москва), проф. Н. Н. Петрова (Ленинград) и проф. П. М. Красина (Казань) по вопросу о раке языка и его лечении. Проф. Герцен выдвигает, в качестве предрасполагающих для образования рака языка моментов, травму, местный ацидоз, раздражение табаком, leucoplakia (в 10 сл. дала рак), бороздчатый язык, сифилис, псориаз и др. Сосочковые эпителиомы языка необходимо своевременно удалять, т. к. они часто перерождаются в рак. Рак языка представляется в виде распадающейся язвы с довольно плотным инфильтратом в окружности и увеличенными подчелюстными лимфатическими железами. Биопсию докладчик допускает лишь в исключительных случаях. В начальных случаях могут быть ошибки при истолковании микроскопической картины (в 10% по данным докладчика), когда же картина болезни выражена, то опытный глаз клинициста редко ошибается. Заболевание это следует дифференцировать с сифилисом, tbc и актиномикозом. Оперировать можно в 2 приема, причем сначала удалить пораженную часть языка.

При одномоментной операции последняя начинается с удаления желез, причем не следует ограничиваться удалением лишь лимфо-гландул, а необходимо удалять обе подчелюстные железы с клетчаткой и увеличенные железы по ходу сосудов. В случаях, где невозможно удалить опухоль языка через рот, докладчик рекомендует производить разрез щек, а если и этого недостаточно, то и дужек. Всякие разрезы с распилом челюсти докладчик отвергает.

Проф. Петров указал на постановку профилактики и лечения рака языка на Западе и ознакомил со своим материалом. В стационаре Онкологического Института за 1½ года на 1700 стационарных больных было 43 с раком языка и 1—с саркомой (доброкачественных опухолей языка было 15). Папиллоиды на краю языка, сопровождающиеся покраснением и болью, по мнению докладчика, для предупреждения рака следует удалять маргинальным разрезом. В смысле этиологии проф. П. вполне согласен с проф. Герценом. Лечение докладчик выдвигает только оперативное, в трех видах: ножевое, электротепловое и лучевое. Результаты ножевой операции—27,8% отдаленных улучшений. Электротермический метод лечения имеет громадные преимущества: хороший доступ, бескровность, гарантию против имплантаций; отрицательная сторона его—некрозы. В сочетании с радием этот способ дает максимум в деле лечения рака языка. Рентгенотерапия показана, когда железы шеи не прощупываются, или едва прощупываются, в более поздних же случаях она не помогает. Раковую язву языка докладчик рекомендует лечить радием. В отношении профилактики проф. П. указывал на необходимость ознакомления зубных врачей и широких слоев населения с картиной болезни; кроме того, рекомендовал удалять преканцерные папиллоиды, извлекать раздражающие язык зубы, не смазывать языка ляписом и не курить.

По поводу доклада проф. Красина об его способе оперативного лечения рака языка путем временной резекции лоскута подбородочной области нижней челюсти были отмечены анатомичность этого способа и хороший доступ при нем к языку.

По вопросу о внутрибрюшинных сращениях и их лечении докладчиками были проф. В. Р. Брайцев (Москва) и С. С. Гирголав (Ленинград). Совершенно оставив в стороне врожденные сращения, докладчики разбили все остальные сращения на 2 группы: после заболеваний и после операций. Важными факторами в происхождении сращений следует считать травму, инородные тела, химические и физические раздражители. Рассасывание спаек зависит от ферментативной способности организма, почему мы и редко встречаем спайки у детей. Для предупреждения послеоперационных сращений не следует оперировать на воспаленных участках в стадии разгара или угасания воспаления. Если оперировать во время обострения процесса, шансы на образование спаек и болей увеличатся. Для предупреждения сращений рекомендуются также ранние движения больных и послеоперационное грязелечение.

Из докладов на внепрограммные темы следует упомянуть о докладе прив.-доц. П. Г. Корнева и д-ра А. П. Советова (Ленинград) „К бактериологической диагностике хирургического тbc путем выделения чистых культур b. Koch'a.“. Докладчикам удалось обработкой материала (гной, грануляции, моча) и посевом по Laewenstein'у и Hohn'у в 68% своих случаев обнаружить тbc палочку. Примененная ими техника следующая: 2 куб. см. гноя наливаются в цилиндр с притертой пробкой, к ним прибавляется 10 к. с. 10—12% серной кислоты, и смесь взбалтывается до гомогенизации (2 мин.); затем цилиндр с содержимым лежит 15 мин. в горизонтальном положении, после чего смесь центрифугируется в течение 5 мин., жидкость сливается, а осадок засевают (без промывки) на яичную среду, размазывая тонким слоем по поверхности ближе к бульону. Для приготовления яичной среды берется свежее яйцо (белок и желток), взбалтывается в колбе до гомогенизации, фильтруется через сетчатую воронку или стеклянную вату, смешивается с 5% глицериновым неосредненным бульоном так, чтобы на 3 ч. яйца приходилась 1 ч. бульона, разливается в пробирки и медленно свертывается (косо) путем постепенного доведения t° до 85°; после того к среде по стенке пробирки добавляется 1—1½ к. с. 5% глицеринового бульона, и производится дробная стерилизация 2 раза по часу (с промежуток в 24 часа), причем t° постепенно доводится до 89° (в течение 15—20 мин.).

Прив.-доц. Л. А. Андреев (Ленинград) в своем докладе „Диагностическое значение местной анестезии“ предлагает в трудных для распознавания случаях заболеваний брюшной полости (язв желудка, аппендицита, болезней печени и почек) производить паравертебральную анестезию (5—10 к. с 1½—1% раствора новокаина)

соответствующих сегментов. Анестезия эта вызывает химическую перерезку нервов и исчезновение болевых симптомов, на основании чего можно бывает определить заболевший орган: раз болевые симптомы в брюшной полости пропали, то, следовательно, блокированный орган и является больным. В 20 случаях, где клинически диагноз не мог быть установлен, путем блокады D_{11,12} L₁ был определен аппендицит, и этот диагноз подтвердился при операции.

Д-ра А. Н. Рыжих и Л. Г. Фишман (Казань) при помощи пробы Rosenhally исследовали на собаках влияние хлороформа, эфира, хлор-этила, гедонала и изопрапа на функцию печени. Особенно резкое влияние на функцию печени, оказалось, проявляет хлороформ.

Д-ра Г. А. Рейнберг и О. В. Цукерман (Москва) видели хороший эффект при асфиксиях и остановке сердца во время операций от применения углекислоты. Последняя способствует более быстрому пробуждению больных, а также рекомендуется против икоты. Она должна храниться в кислородных подушках, или в камерах футбольных мячей, и дается больному или через нижний носовой ход в глотку (посредством катетера), или прямо через рот. Высказанное докладчиками предположение о профилактическом значении углекислоты при послеоперационных пневмониях большинством выступавших в прениях подтверждено не было.

Следует отметить, далее, 2 доклада относительно *подготовки рук хирурга*. Д-р А. А. Смородинов (Ленинград), призвав сравнительную оценку важнейших методов очистки рук, пришел к заключению, что наилучшим является способ Fürbringer'a.

Проф. С. И. Снаскокукоцкий и д-р П. Е. Кочергин (Москва) для лучшего обезжиривания кожи предлагают заменять мыло 1/2% водным раствором аммиака. Техника подготовки рук по этому способу следующая: руки 5 мин. протирают марлей, смоченной в 1/2% растворе аммиака, промывают водой, лучше стерильной, насухо вытирают стерильным полотенцем, затем обрабатывают денатурированным спиртом. По поводу этих докладов Съезд высказался в пользу увеличения выработки хирургических перчаток.

В докладе „Об одном признаке язвы желудка“ В. А. Корочанский (Бежица) считает относительно-постоянным признаком язвы желудка возникновение болевых ощущений в правой подвздошной области вслед за выявлением других болевых точек или участков в верхней половине живота.

Проф. В. С. Левит (Москва) демонстрировал больного спустя 3 месяца после 2-моментной резекции кардиальной части желудка. Разрезом по Mag-vede'ю докладчик рекомендует в первый момент операции возможно больше выделять пищевода из-под диафрагмы с последующим сшиванием его с диафрагмой во избежание проникновения инфекции. Второй момент заключается в выделении и резекции кардиальной части желудка, перевязке art. gastricae sin. и наложении анастомоза между желудком и пищеводом.

Проф. Э. Р. Гессе (Ленинград) в 6 случаях кардиоспазма и 2 случаях стеноза пищевода на почве доброкачественных новообразований произвел с успехом oesophago-jejuno-stomi'ю.

Д-р С. Е. Соколов (Ленинград) привел статистические данные относительно *полного расхождения брюшной раны после чревосечений* на основании международной анкеты и своих случаев. Из 1140 посланных им анкет вернулись заполненными 77%. Расхождение брюшной раны наблюдается главным образом у мужчин (65,7%) в возрасте 45—50 лет. Из представителей разных профессий чаще всего оно имеет место у рабочих, затем у крестьян. Из времен года расхождение наблюдается преимущественно поздней зимой и ранней весной. В зависимости от основного страдания это осложнение встречается чаще всего при злокачественных новообразованиях, затем, в нисходящей частоте, при язвах желудка, перитонитах, непроходимости кишек и миомах. Место и направление разреза сказывается так: средняя линия дает 76,9% расхождений, из них 53% выше пупка; Lepan'de'говский разрез дает чаще расхождения, чем Wechselschnitt. В 52% случаев расхождений для сшивания брюшной стенки применялся шелк, в 33%—катгут. Расхождение брюшной стенки наблюдается главным образом между 6-м и 12-м днем после операции, особенно опасен 12-й день. Позднее расхождение встречается редко. Из благоприятствующих расхождению факторов на первом месте стоят бронхиты (48%), затем местная инфекция (10%), смех, чихание. Докладчик предлагает у страдающих бронхитами и т. п. болезнями снимать швы через 2 недели после операции.

При наступившем уже расхождении вторичный глухой шов дал выздоровление в 67%, открытое лечение—в 32%.

Следующий хирургический съезд предполагается созвать весной 1929 г. в Ленинграде. Для него намечены следующие программные темы: 1) О дремлющей инфекции в тканях и органах, 2) Предупреждение и лечение контрактур конечностей. Кроме того в качестве рекомендованных тем выдвинуты следующие: 1) О декомпрессивной трепанации черепа, 2) Нагноение ручных пальцев и кистей, 3) Непосредственные и отдаленные результаты простатэктомии, 4) Оперативное лечение и отдаленные результаты рака прямой кишки.

Х Всесоюзный Съезд Терапевтов.

Д-ра А. М. Предтеченского (Казань).

Состоявшийся в Ленинграде с 15 по 20 июня с. г. Х Всесоюзный Съезд Терапевтов привлёк громадное количество участников,—почти 1400 человек, из коих 800 прибывших из различных мест Союза. Накануне открытия Съезда состоялась товарищеская встреча всех участников его в здании Академической Филармонии с концертным отделением при участии симфонического оркестра Охфилармонии, артистов оперы, балета и пр.

Деловая часть Съезда началась 15/VI. Проф. Ланг, председатель Организационного Комитета, открыв Съезд, предложил избрать председателем его старейшего терапевта Союза, проф. В. Д. Шервинского, что было встречено шумными аплодисментами собравшихся.

Дать подробное описание работы Съезда не представляется возможным из-за массы докладов, но надо признать одно,—что Съезд проделал громадную работу. Заседания его происходили иногда по 2—3 в день, причем, хотя некоторые доклады и были сняты, все же Съезду пришлось выслушать массу сообщений, что, несомненно, отразилось на работе Съезда, ибо вместе с более важными докладами заслушивались и менее важные, отчасти уже известные, не представляющие собою чего-либо нового.

I заседание было посвящено вопросу о *периферическом сердце*. Как известно, теория периферического сердца, выдвинутая покойным проф. М. В. Яновским, в настоящее время признается далеко не всеми, и наряду с защитниками ее, каковым является, между прочим, и программный докладчик, проф. Куршаков, имеются и противники ее, напр., проф. Ланг. Проф. Куршаков в своем докладе остановился на данных сравнительной анатомии и в защиту периферического сердца сослался на низших животных (черви, ланцетник), у которых при отсутствии центрального сердца кровь передвигается вследствие перистальтических сокращений сосудов. По мере продвижения по сравнительно-анатомической лестнице животных проталкивающая сила крови постепенно все более и более сосредоточивается в центральном сердце. Но это вовсе еще не значит, что роль сосудов здесь сводится на нет. Клинические данные, напротив, говорят за активную работу сосудов и у высших животных и человека,—известны, напр., случаи компенсаторного развития мышечной части сосудов при недостаточности сердечной мышцы. Докладчик сам признает, что экспериментальные данные по этому вопросу недостаточны, и больше эта теория находит себе опору в клинических фактах—данных сфигмографии и сфигмоманометрии. Но и эти данные являются во всяком случае убедительными. «Теория периферического сердца в таком виде, как она предложена проф. Яновским,—закключил докладчик,—оставаясь в ряду клинических теорий, оказывается дополнением к учению о сосудистом тоне и вполне приемлема для пользования, с ясностью и единообразием объясняя гемодинамические картины».

Другой докладчик по тому же вопросу, проф. Ланг, выступил противником теории периферического сердца. По его мнению эта теория является преждевременной, так как не находит себе подтверждения в физиологии. Капилляры, по данным физиологии, не играют активной роли в продвижении крови, так же, как и вены; остается артериальное периферическое сердце, причем из артерий такую роль можно приписать только аорте; но тогда придется признать, что два сердца, центральное и периферическое, лежат рядом, что является с физиологической точки зрения недопустимым.