

прения вызвали два доклада об удалении надпочечников: проф. Ратнера „Об отдаленных результатах эпинефректомии при самопроизвольной гангрене“ и д-ра Шейнкмана „К вопросу об эпинефректомии при так называемой самопроизвольной гангрене“. Доклады принадлежали представителям двух противоположных взглядов—стороннику и противнику этой операции. Среди оппонентов друзей эпинефректомии не нашлось.

Третья часть сборника посвящена работам по гинекологии и акушерству. Кроме программных докладов, касающихся внематочной беременности и лечения предлежаний последа, в сборнике напечатан целый ряд интересных работ: Шуткина „Об организации акушерской помощи на Урале“, Перетца „Определение липоидов в акушерстве и гинекологии при помощи биологической реакции“, проф. Новикова „Два случая пернициозной анемии беременных“, Туревского и Божовского „Гипноз при родах“ и т. д.

В четвертой части приведены работы офтальмологической секции. Последняя работала очень продуктивно и обсуждала такие животрепещущие вопросы, как борьба с трахомой и слепотой (Замуравкин, Волкова, Карандашева, Любимов), травматические заболевания глаз (Чистяков, Родигина, Зив), об организации окулистической помощи на селе (Логинов) и о вакцинотерапии в офтальмологии (Родигина).

Содержанием пятой части сборника являются работы по оториноларингологии. Все работы вышли из Пермской клиники проф. Шевелева. Темы—также злободневные: профессиональные заболевания верхних дыхательных путей и ушей в Уральской области (Шевелев, Удинцев) и глухонмота на Урале (Шевелев, Калмакова).

Шестой отдел, рентгенологический, содержит шесть докладов, охватывающих все новейшие достижения рентгенологии.

Суммируя впечатления от чтения Трудов I съезда хирургов Уральской области, приходишь к выводу, что такие съезды очень желательны. По моему мнению, областные съезды должны более удовлетворять практического врача, чем всесоюзные. Они разбирают темы, более его интересующие, и происходят при более спокойной обстановке. Нет такой спешки, нет такого, вероятно, неизбежного, комканья докладов и гильотнирования прений, как это наблюдается на всероссийских хирургических съездах. Остается только пожелать, чтобы будущие Уральские съезды хирургов, гинекологов и т. д. более внимательно и более научно отнеслись к хирургическим заболеваниям, специфическим для Урала, напр., к зобам, кожным ракам и т. д.

Проф. Л. Ратнер.

### III Всеукраинский съезд хирургов.

Д-ра С. М. Эйбера.

III Всеукраинский съезд хирургов состоялся в Днепропетровске 10—14 сентября с. г. На нем присутствовало около 500 членов, среди которых свыше 300 приехали из близкой и отдаленной периферии (Ленинград, Москва, Туркменистан, Баку, Тифлис, Самарканд). Представители от партийных, общественных и научных организаций в своих приветствиях указали, что съезд в пролетарском районе является событием исключительной важности и большим культурным праздником, он демонстрирует единение труда и науки, намечая пути для успешной борьбы с травматизмом.

Проф. Дитерихс (Краснодар) в своей речи „О современной хирургии“ отметил те трудные пути, по которым шла и развивалась хирургия в течение многих веков. К ней особенно применимо древнее изречение Гераклита «Все течет». В своем необозримо-быстром и широко поступательном движении она развивается, ширится, многое дает и еще больше даст сгрядущему.

Первый программный вопрос съезда, — *О нефролитиазе*, — был подробно освещен проф. Спасокукоцким (Москва), указавшим, что в этиологии этого заболевания имеют огромное значение застой мочи и инфекция, причем причина стойкости солей в моче еще не установлена. Несомненно, тут играют роль врожденные моменты, диатез, который может быть уратным, оксалатным, фосфатным и цистиновым. Нефролитиаз часто встречается у детей, но здесь он асептичен, камни

легко растворяются, а потому очень редко оперируются. Рецидивы зависят от продолжающейся инфекции, наличия остатков (осколков) камней в почке и дилатации. Диагностика трудна, требует применения цветных реакций, повторной рентгенографии и цистоскопии, но все же возможна; при ней всегда надо помнить про аппендицит.

Содокладчики и оппоненты выявили некоторые детали вопроса, а именно: 1) пиелотомия—метод выбора, нефрэктомия—печальная необходимость; 2) при консервативном лечении наличие симптомов до 3 лет дает хороший прогноз, свыше—плохой; 3) самый лучший прогноз имеет место при камнях мочеточников; 4) рецидивов после операции бывает до 20%; 5) в послеоперационном периоде надо вводить в пищу больных кислоты (квас, огурцы, капуста, в особенности лимон); 6) чем выше атомный вес камня, тем удельный вес его ниже, и потому на рентгеновском снимке тени слабее; поэтому важна топическая диагностика (пиелография).

По второму программному вопросу,—*хирургия толстых кишек, кроме прямой*,—докладчик, проф. Ф и н к е л ь ш т е й н (Баку), разобрал патолого-анатомическую структуру опухолей в связи с клиническими симптомами, причем было отмечено, что рак в 60% возникает на почве полипоза и в 50% является неоперабельным. Метод выбора—одно—и двухмоментная резекция. Характерно, что проксимальный отрезок опухоли менее злокачествен, чем дистальный. Рак растет медленно, дает мало метастазов, легко оперируется, но все же смертность, по Мауо, достигает 16%. Туберкулез требует одномоментной резекции, которая благоприятно действует на весь организм, особенно при условии последующей климатотерапии. Болезнь Н и р с c h r u n g'a есть приращенное заболевание, в виду полной безнадежности всяких консервативных мероприятий требующее 2-моментной резекции. Для проведения хирургического лечения хронических запоров необходима консультация из рентгенолога, терапевта и хирурга, устанавливающих показания к резекции нисходящей части толстой кишки.

Содокладчики и оппоненты указали, что: 1) лучшие результаты дает операция при поражении раком правой половины толстых кишек; 2) что наиболее частым проявлением его является острый и хронический ileus; 3) что 2-моментная резекция особенно предпочтительна у ослабленных больных.

Подробный доклад д-ра Шварца (Киев), *Перфорация желудка и 12-перстной кишки*—содержал в себе следующие положения: 1) клинический status не всегда соответствует патолого-анатомическим находкам,—в этом отношении огромную роль имеет патогенез язвы; 2) с улучшением диагностики участились случаи перфорации, причем анамнез бывает далеко неясным, поэтому чем раньше установлен диагноз, тем лучше прогноз; 3) в зависимости от характера перфорации (острой, хронической, промежуточной) показана и та или другая операция (соустье—как операция выбора, или зашивание с пластикой сальником).

Обширные прения, возникшие по указанному вопросу, выявили, что в частоте перфораций большую роль играет наплыв сезонников-рабочих, зачастую плохо питающихся, а также недостаточно сознательное лечение. Диагноз, если и нетруден, то не всегда ясен. При оперативном лечении необходимы дренаж и строгий учет сил оперированного.

*Хирургия легких*, как показали доклады на съезде, завоевывает все более и более широкие области,—френикоэксзарез и торакопластика насчитываются сотнями (д-р Стойко—Ялта, д-р Розе—Харьков), причем дают прочные результаты, особенно у тех оперированных, которые могут проделать последующее лечение на юге. При цирротических формах легочного туберкулеза торакопластика дает особенно хороший эффект. Экссудативную форму оперировать нельзя. Френикоэксзарез—безопасная операция, в подавляющем большинстве также дающая хороший результат. Поэтому физиотерапевтам необходимо чаще передавать своих больных хирургу.

Особое внимание обратил на съезде доклад д-ра Абрамовой (Днепропетровск) *о восстановлении сердечной деятельности впрыскиваниями адреналина в сердце*. Докладчица указала, что адреналин надо вводить в желудочек, откуда он распространяется на нервные узлы сердца и коронарные сосуды, благодаря чему восстанавливается сердечная деятельность у собаки, отравленной хлороформом. Инъекцию надо делать тотчас же после остановки сердца, впрочем и после 5-минутной остановки можно еще получить эффект, но после 10-минутной—надежд нет. Клиническая смерть сердца—промежуточный стадий между его остановкой и фактической смертью.

Проф. Шамова и д-р Костюков (Харьков) сообщили *о переливании крови от трупа*. На основании 30 экспериментов, поставленных в различных

модификациях у собак, удалось установить, что при целом ряде благоприятных условий для содержания трупа его кровяная ткань сохраняет свою полную жизнеспособность в течение до 11 часов после смерти, а потому переливание такой крови может вернуть еще к жизни даже смертельно обескровленное животное.

Проф. Франк (Днепропетровск), описывая *психические расстройства в связи с хирургическими операциями*, указал, что они наступают чаще после лапаротомий, являясь экзогенной реакцией в виде аменции, депрессии, ступора, галлюцинаций. В этиологии этих психозов важны специфическое предрасположение, или совокупность многих различных факторов (страх перед операцией, боязнь смерти, истощение, потеря крови, токсические действия наркоза и наркотиков). После операций над внутренними органами у душевно больных иногда наблюдается большое и длительное улучшение их психического тонуса.

Съезд широко проработал, далее, вопросы, связанные с *раком и борьбой с ним*. Проф. Зильберберг (Одесса) указал, что рост раковых заболеваний увеличивается (для мужчин до 47%, для женщин 21%). Каждый ребенок, достигший 10-летнего возраста, скорее умирает от рака, чем от других заболеваний. В борьбе с раком огромное значение имеют операция и лечение лучами рентгена и радием, но еще больший смысл приобретают предупредительные мероприятия. Проф. Петров (Ленинград) в этом направлении выдвигает отказ от алкоголя, табаку, излишнего переедания, а также оздоровление полости рта и прививки здоровых навыков физкультуры. Точно установлено, что отказ от кормления грудью дает повышение заболевания раком; таким образом некорморящая женщина более расположена к последнему. Раковые болезни более, чем в 70%, являются за помощью уже с запущенной болезнью. В поздней обращаемости к врачу вся трагедия этих больных. Противораковая борьба должна состоять в организации специальных центров (Киев, Одесса, Днепропетровск) с поликлиниками, где, помимо диагностически-лечебной деятельности, должна проводиться санитарно-просветительная работа для врачебного, особенно сельского, персонала и для широких масс населения.

Один из важнейших вопросов хирургии, *анестезия при операциях в брюшной полости*, был освещен проф. Шаком (Ленинград) и д-ром Юдиным (Серпухов), применявших местную и проводниковую анестезию новокаином; профф. Федоров и Вреден (Ленинград) подчеркнули важность, а иной раз и абсолютную необходимость общего наркоза.

Д-р Хлебников (Днепропетровск) сообщил исключительный казуистический случай: у больного с огнестрельным ранением в области II межреберья, у края грудины слева, при рентгеноскопии не удалось в этой области обнаружить пули, найдены гемо-и пневмоторакс. В виду жалоб больного на боли в левом коленном суставе, ему была произведена рентгеноскопия нижней конечности, обнаружившая пулю в подколенной ямке, пуля эта была вскоре удалена с благоприятным исходом.

16 докладчиков приняли на съезде участие в разработке рекомендованной темы *„Хронический аппендицит, его диагностика, оперативное лечение и отдаленные результаты“*, выявив следующие положения: 1) Имеются две клинические формы хронического аппендицита,—с постоянными или прерывистыми болями, после острого приступа и без него. 2) Наличие болевых точек весьма относительно и не имеет самостоятельного значения, важно постоянство их при повторных исследованиях. 3) Диагноз точен в случаях, где в анамнезе—острый приступ, или при обследовании констатируется инфильтрат. 4) Трудна диагностика при заболеваниях слепой и восходящей кишок, при воспалительных спайках тонких кишок. 5) Низкое качество пищевых продуктов, переедание, плохое водоснабжение, возможно алкоголь—способствуют увеличению числа обостренных форм аппендицита. 6) Между клинической картиной болезни, патолого-анатомическими изменениями и отдаленными результатами операций нет соответствия. 7) Рецидив болей в ближайшее время после операции указывает на допущенную ошибку, а позднее—на новую болезнь или спайки. 8) Без тщательно проверенных и настоятельных показаний лиц с невропатической конституцией (висцеральные неврозы) предпочтительно не оперировать.

Программному вопросу о *травматизме в металлопромышленности* были посвящены на съезде подробные, исчерпывающе разработанные доклады. Проф. Деревенко (Днепропетровск) доказал на огромном материале, что имеется большое количество случаев травм с потерей трудоспособности в то время, как лишь небольшой % больных получает стационарное лечение. При этом наблю-

дения показывают, что очень часто тяжелые несчастные случаи дают при лечении, сверх ожиданий, хорошие результаты, между тем как легкие травмы заканчиваются летально. Совокупность факторов (чистота, отсутствие вирулентных бактерий, близость хорошо оборудованной больницы, цветущий возраст пострадавшего) способствует быстрому и успешному заживлению. Травмы ведут к расстройствам двух видов: одни зависят от самого повреждения, другие развиваются на почве биологической реакции тела на внедрившуюся инфекцию; поэтому в кратчайший срок, с наименьшей затратой средств и утратой функций, необходимо ликвидировать не только поражение, но и последствия травмы.

Проф. Москаленко (Днепропетровск) указал, что при лечении промышленных травм должны применяться принципы военно-полевой хирургии: само- и взаимопомощь в цеху, пункт первой помощи, заводская больница—это гомологи военно-санитарной помощи. Хирург больницы, врач пункта и взаимопомощь в цеху должны придерживаться одинаковых взглядов в деле оказания неотложной помощи. Из отдельных видов травм переломы нередко дают замедленное образование прочной костной мозоли из-за большой травмы (кровоизлияние, разможевание мышц, шок тканей); методом выбора здесь является лечение вытяжением по Steinmann'у. В механизме ожогов преобладает действие раскаленного металла, газа, пара, вследствие чего ожоги обычно бывают обширными и множественными; для лечения их предпочтителен открытый способ, давший благоприятный результат и отсутствие осложнений.

Проф. Шевандин (Харьков) указал, что в круг обязанностей производственного врача и хирурга в борьбе с травматизмом должны входить: 1) учет и регистрация травматизма, 2) забота о санитарном благоустройстве цехов, 3) травматическое просвещение рабочих, 4) осмотр вновь поступающих и периодическое обследование уже работающих, 5) участие в комиссии с широкими полномочиями для применения всех мер к ликвидации травматизма.

В прениях было указано на необходимость применения социальной, технической, организационной и хирургической профилактики. Социальная профилактика заключается во взаимном понимании между врачом и рабочими, техническая— в подробном осведомлении врача и рабочей массы в технике безопасности, организационная— в выполнении администрацией предложений по охране труда и врачебного персонала.

Целый ряд докладов на съезде осветил, далее, вопросы *об отдаленных результатах грызесечения, о статистике в хирургии, о болезни Кієн-боек'а, об анатомии менисков коленного сустава* и пр.

Предложены темы для следующего съезда, имеющего быть в 1929 г. в Харькове: 1) переливание крови, 2) хирургия базедовой болезни, 3) нагноение после чистых операций, 4) лечение травматического повреждения уретры, 5) подвижная почка, 6) клиника, рентгенология и лечение злокачественных опухолей костей, 7) консервативное и оперативное лечение переломов трубчатых костей, 8) организация ортопедической помощи на селе.

---

## Хроника.

205) В Казанском Институте для усов. врачей с 1/X начался осенний семестр нового учебного года. В Институт прибыло свыше 180 командированных врачей, по преимуществу из сельских участков, врачей транспорта и городских больниц. Район, из которого прибыли врачи, на этот раз значительно шире прежнего; особенно много прибыло курсантов с Кавказа, из Сибири, из национальных республик не только Волжско-Камского края, но и самых отдаленных окраин Союза (Бурято-Монгольская, Узбекистан). Врачебный стаж прибывших чрезвычайно пестрый; имеется ряд врачей со стажем 25—30 лет. Большая часть врачей разместились в интернате имени Казанского горсовета, где с этого семестра для них вновь оборудована столовая.

206) Советом Казанского Института для усов. врачей, в заседании 11/X, по рассмотрении научных трудов и заслушании пробной лекции на тему «Клиническое значение дистрофии печени», удостоена звания приват-доцента д-р П. И. Лепская—первая женщина приват-доцент по кафедре внутренних болезней в Казани.