

507797

Т Р У Д Ы

ПЕРВОГО ОБЛАСТНОГО
СЪЕЗДА ХИРУРГОВ
ЛЕВОБЕРЕЖНОЙ УКРАИНЫ.

ЧАСТЬ I.

П Р О Т О К О Л Ы И О Т Ч Е Т Ы

ПОД РЕДАКЦИЕЙ КОМИССИИ.

Председатель—проф. АЛЕКСАНДР МЕЛЬНИКОВ.

ХАРЬКОВ.

ИЗДАНИЕ
Научной Ассоциации „Медсантруд“

1925.

• 979301 + cr •

НАУЧНАЯ АССОЦИАЦИЯ ПРИ ХАРЬК. ГУБОТДЕЛЕ МЕДСАНТРУД.

Відділ 2. I

№ 3162.

Т Р У Д Ы

ПЕРВОГО ОБЛАСТНОГО СЕЗДА ХИРУРГОВ
ЛЕВОБЕРЕЖНОЙ УКРАИНЫ.

Часть I.

ПРОТОКОЛЫ и ОТЧЕТЫ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ КОМИССИИ.

Председатель—проф. АЛЕКСАНДР МЕЛЬНИКОВ.

ХАРЬКОВ.

1925.

58

ЦЕНТРАЛЬНА НАУЧ.
БІБЛІОТ.

607

Харьков, 4-я тип. Транспечати.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

ПРОТОКОЛЫ

ЗАСЕДАНИЙ И ОТЧЕТЫ I-го ОБЛАСТНОГО
СЪЕЗДА ХИРУРГОВ ЛЕВОБЕРЕЖНОЙ
УКРАИНЫ, СОЗВАННОГО НАУЧНОЙ
АССОЦИАЦИЕЙ ПРИ ХАРЬКОВСКОМ
ГУБОТДЕЛЕ МЕДСАНТРУД И ОРГАНИЗО-
ВАННОГО ЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЕКЦИЕЙ

О Т Р Е Д А К Ц И И.

Инициативу созыва I-го Областного С'езда Хирургов Левобережной Украины взяла на себя Научная Ассоциация при Губернском Отделе «Медсантруд» и поручила Хирургической Секции создать Организационное Бюро по созыву с'езда.

С'езд состоялся с 26 по 29 марта включительно, имел 8 заседаний, на которых было заслушано 69 докладов, из них: 22—программных, 7—организационных, 37—внепрограммных и 3 демонстрации.

На с'езде присутствовало 402 человека, из них: 203 приезжих и 199 местных.

Труды с'ездов имеют особенное значение лишь в том случае, если они выходят сейчас же после с'езда, чтобы участники могли восстановить слышанное и виденное на с'езде. Вот почему, желая возможно скорее выпустить отчеты о с'езде, Организационное Бюро постановило сначала напечатать протоколы (I-ая часть) и затем труды (II-ая часть), где будут помещены полностью большинство заслушанных докладов.

Предлагаемые вниманию читателей протоколы составлены на основании ауторефератов лиц, выступавших на с'езде, при чем, по чисто материальным условиям, пришлось фамилии иностранных авторов и латинские термины написать русскими буквами. В конце протоколов напечатаны отчеты о деятельности комиссий, работавших при Организационном Бюро.

Организационный Комитет

ПО СОЗЫВУ В ХАРЬКОВЕ I-го ОБЛАСТНОГО С'ЕЗДА ХИРУРГОВ
ЛЕВОБЕРЕЖНОЙ УКРАИНЫ, С 26 ПО 29 МАРТА 1925 ГОДА.

Бюро С'езда было сконструировано в следующем составе:

Президиум Организационного Бюро: Председатель д-р Жук А. П.,
зам. Председателя проф. Шамов В. Н., секретарь д-р Новаченко Н. П.

Члены: Проф. Кудинцев И. В., проф. Фабрикант М. Б., проф.
Мельников А. В., д-р Мещанинов А. И.

Секретариат С'езда: Д-ра Милостанов Н. Н., Войташевский Я. Б.,
Файерман И. М.

Председатели Комиссий при Организационном Бюро:

Квартирной Комиссии—д-р Ситенко М. И., Транспортной Комиссии
д-р Шмарьевич Н. А., Информационной Комиссии—д-р Корхов И. П.,
Комиссии по организации товарищеской встречи—д-р Розе Ф. Ю., Комиссии
по организации посещений больниц, клиник и институтов—д-р Гуревич А. О.
Выставочной Комиссии—д-р Гарбер И. А. Казначей—д-р Брандсбург Б. Б.

Кроме того, в состав Бюро вошли: Совет Хирургической Секции
Научной Ассоциации, представители Наркомздрава, Губздрава, Медицин-
ского Института и профессора Н. П. Тринклер и К. Ф. Вегнер.

Организационное Бюро поручило Комиссии, выделенной Хирургической
Секцией Научной Ассоциации, представить доклад о мерах борьбы с костно-
суставным туберкулезом. Результаты работ Комиссии были доложены
С'езду проф. Вегнером К. Ф. и Ситенко М. И. (резолуцию С'езда
см. в протоколах С'езда).

Состав Комиссии: Проф. Филиппов Н. Н., проф. Вегнер К. Ф.,
проф. Трегубов С. Л., проф. Фабрикант М. Б., д-ра: Розе Ф. Ю.,
Добромыслов Ф. Ф., Ситенко М. И., Мещанинов А. И. предста-
вители Тубсовета, Тубсекции НКЗ, Рабмеда НКЗ, Института Раб. Мед.,
Президиума Хирургической Секции Научной Ассоциации.

Результаты работ были доложены д-ром Мещаниновым и д-ром
Бурксером (см. протоколы).

Согласно предложения У.Ц.П. «Медсантруд», выделена Комиссия по
проработке вопроса об организации хирургической помощи на селе.

Состав Комиссии: Д-р Мещанинов А. И., проф. Фабрикант М. Б.
(Хир. Сек. Научной Ассоциации), д-р Бурксер И. Г. (НКЗ), д-р Арон-
штам С. Л. (Губздрав).

Согласно предложения НКЗ было решено обратиться с просьбой 1) в
Химико-Фармацевтический Институт НКЗ Украины представить доклад

«О качестве русского хлороформа» (доклад был прочтен тов. Шварцманом) и 2) к проф. Трегубову сделать доклад на тему: «Культя и протез».

Выделена Редакционная Комиссия для издания протоколов и трудов Съезда, в составе:

Председатель—проф. Мельников А. В.

Члены: Д-р Войташевский Я. Б. }
» Милостанов Н. Н. } секретари Съезда.
» Файерман И. М. }
» Новаченко Н. П. (секретарь Организ. Бюро).
» Кошкин М. Л. (представитель Редакц. Коллегии Научной Ассоциации).

ОТКРЫТИЕ С'ЕЗДА.

Первый Областной С'езд Хирургов Левобережной Украины был открыт Шамовым В. Н., председателем Организационного Бюро, в г. Харькове, в Доме Искусств, 26-го марта 1925 года, в 10¹/₂ час. утра. Почетным председателем С'езда, по предложению Организационного Бюро, был избран Н. П. Тринклер.

Тринклер Н. П. Сегодня мне, как почетному председателю, выпала большая честь открытия 1-го Областного С'езда Хирургов Левобережной Украины, организованного по инициативе Научной Ассоциации при Губернском Отделе «Медсантруд», и приветствовать собравшихся здесь представителей Правительства, многочисленных товарищей профессоров и врачей делегатов, представителей пролетарского студенчества, с'ехавшихся не только из дальних мест Украины, но и из многих городов Союзных Республик. К общему привету, я, как один из ответственных редакторов, присоединяю приветствие от имени «Врачебного Дела», которое всегда культивировало идею Областных С'ездов, придавая им особое значение, как в смысле выявления сил края, так и наибольшей продуктивности работы. В Харькове впервые собирается такой С'езд. Одесса, из украинских городов, сделала благой почин. На призыв Харьковского Организационного Бюро, откликнулось большое число участников (свыше 400). Важность намеченных программных вопросов и докладов, большое число собравшихся членов указывает, что интерес к таким С'ездам растет, несмотря на короткий срок между Одесским и Харьковским С'ездами, несмотря на известную децентрализацию и на, вскоре предстоящий в мае, 17-й С'езд Российских Хирургов.

Накопилось столько материала (до 80 докладов), что можно ожидать большой продуктивной работы, — все это свидетельствует, что украинская и русская хирургия не дремлет, а бьет кипучим ключом, что эти периодически переходящие коллективные светочи науки останутся навсегда крепкой связью между участковым и сельским врачом и городом и явятся украшением Украины. От души желаю С'езду энергии в плодотворной научной разработке намеченной обширной программы и твердо верю, что С'езд оставит крупный след и даст новый вклад в научную сокровищницу экспериментальной, профилактической и клинической хирургии.

Предлагаю, из числа приехавших и местных товарищей, избрать президиум в следующем составе:

1) Алексеев В. П. (Новомосковск, Екат. губ.), 2) Богаевский А. Т. (Кременчуг), 3) Волкович П. М. (Киев), 4) Дейчман Э. И. (Харьков), 5) Деревенко В. Н. (Екатеринослав), 6) Джигурда П. И. (Волчанск), 7) Жук А. П. (Харьков), 8) Зильберберг Я. В. (Одесса),

9) Напалков Н. И. (Ростов н/Д.), 10) Спасокукоцкий С. И. (Саратов), 11) Федоров С. П. (Ленинград), 12) Шевандин М. Н. (Симферополь).

Приветствия С'езду.

Дейчман Э. И. (Замнаркомздрав Украины). С большим удовольствием приветствую первый Областной С'езд Хирургов Левобережной Украины. Тот интерес, который проявляется делегатами с мест—признак пробуждающейся общественности. С'езд создан по инициативе самой общественной организации—союза «Всемедсантруд». Сравнивая отношения прежних с'ездов к теперешним, вы, вероятно, вспомните, как каждый с'езд для царского самодержавия означал приближение к смерти. Ибо каждый с'езд, в развитии общественной волны, указывал на начало конца, господствовавшего тогда, строя. Мы усматриваем в каждом с'езде приток новых сил для общей борьбы, ибо она немислима без участия широких масс населения и, в первую очередь, широкого участия массы медицинских работников. НКЗ считает необходимым отметить это и в отношении работы настоящего Хирургического С'езда. Мы мыслим, что работа хирургических работников не может быть плодотворной без общественного уклона. Начало, как будто, уже сделано.

Если взять заболевание раком, то, по статистике, к сожалению, не нашей, а Западной Европы, вы знаете, что смертность от рака превышает смертность от туберкулеза. Естественно, что такая болезнь, как раковые заболевания, которые являются уделом хирургии, не могут быть уничтожены без участия широкой общественности. В этом отношении я должен сказать, что кое-что уже сделано на местах. В частности, в Одессе организована комиссия по борьбе с этим заболеванием; в Москве НКЗ образована такая комиссия, которая создает новые методы профилактического уклона, являющегося основой советской медицины. Язвы желудка и другие заболевания являются таким общественным злом; сейчас понятие социальных заболеваний все более расширяется. К этому с'езду мы имеем подарок в виде статьи известного статистика проф. Резле. Статья носит название «Советская медицина и ее социальное значение». Я имею эту статью здесь. Конечно, чтобы ее цитировать нужно прочесть сначала до конца. Какие основные моменты отмечает проф. Резле. Он приходит к выводу, что опыт Советской Медицины имеет большое значение не только для трудящихся масс Советского Союза, но имеет огромное значение в мировом масштабе. Далее проф. Резле приходит к выводу, что опыт удался блестяще, потому что Советская Медицина, это медицина, которая нигде не существовала, которая могла только зародиться при Советской системе. Основной момент, характеризующий Советскую Медицину,—это профилактический уклон. Таково заключение известного статистика, который подходит к каждой области чрезвычайно критически, на основе цифровых данных. В области промышленного строя, в области культурного просвещения и охраны народного здоровья, Советская Медицина является уже сейчас законченной системой, которой будут подражать, несомненно, все западные страны.

Вы знаете, что московская лечебная организация, которая является наиболее передовой, перешла на новую систему работы—диспансеризацию. У нас недавно закончился санитарный с'езд, который чрезвычайно осто-

рожно подошел к этому вопросу. Одна из главных отличительных сторон Советской Медицины есть профилактика. В области хирургии, переходя на новые методы работы, мы переходим к профилактическому уклону. Позвольте, товарищи, выразить пожелание и надежду, что Первый Хирургический Съезд Левобережной Украины положит начало подъему научной и общественной медицины на Украине.

Жук А. П. (Председатель Научной Ассоциации). Товарищи, я приветствую Съезд от имени Украинского Центрального Правления союза «Медсантруд», Губотдела его и от имени Правления Научной Ассоциации. Разрешите мне познакомить Вас с теми принципами, которые лежат в основе построения Научной Ассоциации. Для научно-работающих врачей, вопрос о типе научно-общественной организации является вопросом первостепенной важности. Мы наблюдаем в настоящее время чрезвычайно повышенный интерес и тягу к научной жизни среди врачей. Этот повышенный интерес к научной жизни характерен не только для научных работников, но он представляет собою широкое общественное движение, захватывающее всю врачебную массу. Это движение чрезвычайно показательно и определяется, в общем и целом, теми здоровыми корнями, которые лежат в основе нашего Советского строительства вообще.

Научная Ассоциация при Харьковском Губотделе союза «Медсантруд» является попыткой воплотить это движение в определенные организационные формы. Эта попытка является чрезвычайно существенной именно в области научного объединения медицинских работников, ибо задачи Советского Здравоохранения не могут быть разрешены исключительно мерами административными, эти меры должны быть укреплены и дополнены Советской общественностью. Если раньше много говорили о демократизации науки, то, только в условиях Советской системы, эти принципы демократизации науки приобретают подлинную реальность. Самые методы научного творчества становятся коллективными. Вместо индивидуальной разработки той или иной проблемы, связанной еще со старой техникой научного исследования, выступает коллективная работа. Ученые являются, прежде всего, организаторами научной работы коллектива. Метод, разработанный в определенном учреждении, в определенном институте, прокладывает путь в широкие массы практических работников, становится достоянием врачебных масс. Одной из форм продвижения научных методов и достижений в массы является общественная организация, которая должна установить это научное взаимодействие для широкой общественной проработки научных вопросов. Существует еще один момент, который особенно выдвигает значение научного объединения. Это все растущая специализация науки и практики, которая особенно сильна в области медицины. Эта специализация грозит изоляцией отдельных специальностей.

Задача оздоровления труда и быта является, по существу, задачей интегральной, и необходимо наметить методы, которые способствовали бы установлению взаимной связи между различными специальностями и установлению общего синтеза в работе здравоохранения. И вот, именно поэтому Науч. Ассое. стала на путь широкого объединения всех масс научных работников. Не менее важен вопрос о создании новых кадров научных работников. Необходимо, наряду с государственными органами, создать научные организации общественного типа, в которых врачи получали бы научную подготовку и закалку и прошли через контроль научного общественного мнения, которого у нас еще не хватает. В этом направлении также должна работать Н. А. В условиях пролетарской диктатуры Н. А., конечно, должна выдвинуть те задачи, которые связаны с профилактическим направлением в нашем здравоохранении. Медицина становится все более и более социальной, социальной не только по своим методам, но и по своей идео-

логии. То направление, которое в настоящее время развивается, это направление социально-профилактическое, но не узко-санитарное. Еще 2 года тому назад говорили о санитарных врачах, которые являются специфическими носителями профилактического направления. В настоящее время этот вопрос ставится гораздо шире, и в области хирургии эта профилактика является возможной и осуществимой. Врачебная мысль в настоящее время переживает определенный перелом. Нам нужно не только перестроить организационные формы здравоохранения, но перестроить тип нашего мышления, перевести его на профилактические рельсы. Недаром вопрос изучения труда и быта все более и более занимает врачебную массу. Мы прекрасно сознаем, что этот сдвиг является определенным процессом более или менее длительным, и задачей научно-общественной организации является овладение этим сдвигом, для того, чтобы выковать тот тип научного врача, который будет активным строителем Советского Здравоохранения.

Организационные формы Н. А. построены по принципу синтеза науки и практики. Мы опираемся на все лечебно-санитарные учреждения, на научные конференции институтов, на все учреждения, в которых работают медицинские работники, у которых бьется пульс научной жизни. Ясно то, что, работая в обстановке пролетарской общественности, мы должны включить себя в рамки профессиональной организации. Это не только форма, это залог действительной связи научной работы с общими задачами рабоче-крестьянской общественности. Я не буду останавливаться на проделанной нами работе. В течение одного года мы уже создали такой прочный базис для научной организации, что наши организационные формы могут послужить основой для строительства подобной организации и в других местах.

Научной Ассоциацией проделана большая работа. Этот с'езд, С'езд Хирургов Левобережной Украины, является первой попыткой объединения широких масс врачей и медицинских работников на почве науки. На этом с'езде, наряду с научными, ставятся вопросы организационного характера, профилактическая мысль находит на нем определенное место. Это—первый с'езд, знаменующий собой связь медицинской науки с рабоче-крестьянской общественностью.

Если тов. Дейчман говорил, что Советское Здравоохранение в настоящее время является образцом для многих западно-европейских стран, то я не сомневаюсь в том, что и советская наука имеет такие перспективы, что она будет крепнуть, что ею будет гордиться Союз Советских Республик.

Федоров С. П. (Ленинград). Благодарю С'езд за избрание меня в президиум. Считаю, что идея созыва Областных С'ездов хирургов заслуживает полного одобрения. Необходимость их вызывается двумя моментами: 1) хирургия захватила почти все области человеческого тела и 2) война породила много хирургов. В Германии уже давно существуют Областные С'езды,—их бывает не менее 6—7 в год в различных областях страны. Последний С'езд хирургов в Москве показал, какое большое количество врачей желают вывить свое мнение. Областные С'езды—это вентиль, дающий возможность разрешить научные вопросы, при меньшем количестве участников, с большей пользой для них. Количество таких С'ездов должно все увеличиваться,—они должны охватить также окраины СССР. Приветствую инициаторов С'ездов в Одессе и Харькове и еще раз благодарю за честь избрания.

Авдиев М. В. (с. Печенеги, Харьк. губ.). Первый Областной С'езд Хирургов Украины проходит под знаком печали по поводу смерти председателя ВЦИК т. Нариманова и трагической гибели членов Правительства З.С.С.Р. Трудящиеся Союза глубоко скорбят о понесенной утрате,—предлагаю почтить память погибших вставанием (Все присутствующие встают).

Были заслушаны следующие приветственные телеграммы:

1) от Правления Российских хирургов, 2) от Рус. Хирург. О-ва Пирогова, 3) от профессоров: Грекова, Оппеля, Краснобаева, Гальперна 4) Уполномоченного бюро студенчества Медицинского Института в Харькове, 5) Бакинского О-ва Хирургов и 6) Медич. Секции И-та Белорусской Культуры.

Утреннее заседание 26 марта 1925 г.

1. Первый программный вопрос: ГАСТОЭНТЕРОАНАСТОМОЗ.

Председатель—Федоров С. П. (Ленинград).

ДОКЛАДЫ *)

1. Шамов В. Н. (Харьков). Физиолого-анатомические обоснования и техника Г-Э-А **).

2. Кудинцев И. В. (Харьков). Показания и ближайшие осложнения после Г-Э-А.

3. Пржевальский Б. Г. (Харьков). Некоторые вопросы техники при Г-Э-А,—значение лигаментум мезоколикум при задних операциях и сравнительное значение круглой связки при выключении привратника.

4. Фролова А. Ф. (Харьков). Результаты Г-Э-А по материалу Узловой больницы Донецких и Южных жел. дорог.

5. Ольховская М. В. (Харьков). Ближайшие и отдаленные результаты Г-Э-А, по рентгенографическим картинам, на материале Узловой больницы Донецких и Южных жел. дор.

6. Скляр И. П. (г. Сумы, Харьк. губ.). К вопросу о Г-Э-А.

7. Абражанов А. А. (Екатеринослав). Пластический способ гастропексии.

8. Корхов И. П. (Харьков). О роли интрамуральных узлов в этиологии язв желудка.

ПРЕНИЯ.

Спасокукоцкий С. И. (Саратов). Наименее освещен вопрос об отдаленных результатах Г-Э-А, тесно связанный с вопросом о показаниях к операции. Я не согласен с цифрами Фроловой, по которым результаты, при опросе, через несколько лет лучше, чем через год. Считаю более правильным утверждать, что с каждым годом соустье делается все более несовершенным, что и отражается на результатах. В итоге выздоравливают лишь те больные, у которых заживают язвы; тогда восстанавливается хорошая проходимость привратника и соустье делается излишним. Жизнь показывает, что надо задуматься—следует ли делать Г-Э-А? Наш опыт говорит, что % резекций при язве до 1910 г. и позднее повысился с 10 до 20, при раке с 27 до 60 (1924—25 г.). Это позволяет сделать вывод, что при раке мы должны делать резекцию, оставляя Г-Э-А для случаев, когда резекция невыполнима. Это оправдывается и результатами: смертность до 1910 г.—29%, после 1910 г.—8,5%. Всецело это объясняется переходом на более совершенную технически операцию по способу Вильмс-Полиа.

Слабое возрастание % резекций при язве объясняется относительно плохими ближайшими результатами, а также высоким % смертности: до 1910 г. смертность—17% и позднее—14%. Если прав Корхов, то резекция

*) Доклады и ауторефераты напечатаны во II-й части трудов Съезда.

**) Г-Э-А=гастроэнтероанастомоз.

должна быть операцией выбора. Как и в вопросе о раке дело сводится к технике; по мере успеха в ней, мы будем решительнее. При настоящих данных мы должны рекомендовать широкой массе хирургов операцию Г-Э-А.

Миротворцев С. Р. (Саратов). Факультетская Клиника Саратовского Университета в деле лечения рака желудка, придерживается резекции во всех случаях, где это технически возможно. При лечении язв желудка—основной операцией является Г-Э-А. Резекция желудка по поводу язв производится при особых показаниях (доступность язвы, безопасность операции, хорошее состояние больного и т. д.). При современном состоянии наших знаний, приходится смотреть на язву желудка, как на симптом общего заболевания организма, этиология которого нам неизвестна, в силу чего и показания к резекции желудка по поводу язв должны быть сужены. Всего у нас сделано 212 Г-Э-А с 21 случаем смерти (9,9%). При язве желудка—163 раза, с 9 случаями смерти (5,5%), из них задний Г-Э-А произведена 157 раз, с 6-ю случаями смерти (3,8%), и передний—6 раз, с 3-я случаями смерти. При раке желудка задний Г-Э-А сделана 42 раза, с 9-ю смертями (21,4%), передний—7 раз, с 2-я смертями.

Пептическая язва желудка наблюдалась 2 раза. Циркулез вициозус осложнил операцию 5 раз. 40 раз к Г-Э-А было присоединено выключение привратника: произведенное сальником—29 раз, круглой связкой 8 раз, фасцией—3 раза.

Резекций желудка сделано 18, с 2-я смертями (11,1%).

Обращаю ваше внимание на послеоперационное кормление больных. Исходя из того, что через анастомоз в первые же сутки после операции проходит около 3 литров жидкости (слюна, желудочный сок, желчь, сок поджелудочной железы), мы разрешаем нашим больным пить в первый день после операции порциями по 50,0 каждые $\frac{1}{2}$ часа, со второго дня разрешаем молоко, а с третьего—манную кашу. Раннее кормление оказывает благотворное влияние на больных. Последние 3—4 года выключение привратника мы не делаем, а наоборот, в подходящих случаях, стараемся сделать пилоропластику, частичную гастросфинктерэктомию или гастросфинктеротомию.

Лифшиц М. И. (Харьков). Мы, интернисты, рекомендуем больным вмешательство, несем такую же ответственность и, пожалуй, большую, чем хирурги. И надо сказать, что по мере того, как мы следим все дольше за судьбой оперированных больных, особенно при Г-Э-А, тем больше приходим к заключению, что подавляющее большинство больных впоследствии является к нам с теми же жалобами, как и до операции, иногда даже большими. Я утверждаю, что, в подавляющем большинстве случаев, повышенная кислотность, имеющаяся до операции, остается и после нее; исключения бывают только в тех случаях, когда одновременно сопровождающийся гастрит не ведет к уменьшению или исчезанию свободной соляной кислоты. Другое дело резекция: при язве резекция ведет к резкому уменьшению кислотности вследствие того, что, при удалении привратника, устраняется та часть желудка, от которой идет импульс, возбуждающий секрецию. Кроме того, если даже стоять на той точке зрения, что % перехода язвы в рак не особенно значителен, то все-же, несомненно, удаляется та часть желудка, в которой чаще наблюдается рак. При язве желудка необходимо помнить, что проблема язвы—есть проблема рецидивности, которая ножем не устраняется и потому, в подавляющем большинстве случаев, хирургическое лечение язвы такой же паллиатив, как и терапевтическое лечение, с той разницей, подчас, в пользу консервативного лечения, что при нем остаются в живых известное число больных, умирающих от операции. Поэтому, оставаясь при мнении, что основной кадр больных с язвами поддается

консервативному лечению, мы интернисты, можем только просить хирургов: совершенствуйте резекцию и в тех случаях, где операция показана и возможна, делайте резекцию.

При раке желудка резекция есть операция выбора; при хорошем исходе, она удлиняет жизнь больных на несколько лет; в некоторых из моих случаев, оперированных разными хирургами,—на 5 лет.

Крымов А. П. (Киев). С положениями, выставленными В. Н. Шамовым, я согласен, добавлю только следующие: 1) отверстие надо делать не больше диаметра тонкой кишки, в таком только случае оно функционирует правильно, на подобие привратника, 2) после заднего Г-Э-А необходимо помещать больных в полусидячем положении, тогда только анастомоз сразу же начинает функционировать правильно.

Бурлаков М. Г. (Симферополь). В заведуемой мною хирургической больнице, она-же Госпит. Хир. Клиника Крымского Унив., профессором Дитерихсом и мною за 4 года сделано 72 Г-Э-А по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки. Сюда не вошли Г-Э-А по поводу рака, наложенные за невозможностью сделать резекцию. Все Г-Э-А, кроме 5, задние. Язвы располагались в пилорической части, на малой кривизне около привратника и несколько на большой кривизне желудка. Все случаи, кроме одного, окончились выздоровлением. Послеоперационное наблюдение, ближайшее и отдаленное (25 случаев через 1—3—4 года), показало, в большинстве случаев, стойкое выздоровление. В 2-х случаях—пришлось вмешаться повторно ввиду кровотечения на 4—5 день после операции. В нескольких случаях через разный промежуток времени (3 месяца—3 года) появились жалобы: боли, тошноты, отрыжки, иногда рвота. При повторных операциях, обнаружено сужение анастомоза, вследствие сращений; пилоропластика, в этих случаях, дала нам стойкие улучшения. Пептической язвы не наблюдалось ни разу. В последнее время мы, при пилорических язвах, перешли на пилоропластику (с разрезом и слизистой оболочки), которая дает очень хорошие результаты. При язве 12-перстной кишки делаем задний Г-Э-А, с анастомозом по Брауну. Думаю, что пилоропластика, дающая всегда хорошие результаты при пилороспазме, гипертрофии пилоруса и пилорических язвах, вообще вытеснит Г-Э-А, оставив последний только для язв 12-перстной кишки. При наложении заднего вертикального Г-Э-А, бралась не очень короткая петля тонкой кишки, жомы мягкие на желудок и отводящий конец тонкой. Шов тройной шелковый. Два слова о зависимости язв желудка и 12-перстной кишки от аппендицита. Обычно, при операциях на желудке, мы всегда осматриваем червеобразный отросток, при чем оказалось, что аппендикс не всегда был больным.

Мещанинов А. И. (Харьков). За последние 3 года, мой материал охватывает 21 случай рака желудка. К сожалению, все случаи запущенные, почему резекцию удалось сделать 3 раза, Г-Э-А—8, остальные 10—без операций. Резекции по 2-х моментному способу. Все больные перенесли их хорошо; самый длительный срок жизни—2 года, если прибавить еще 6 резекций прошлых годов, то на 9 резекций $\%_0$ смертности—0.

Настойчиво советую участковым врачам этот способ. Что касается Г-Э-А при раке, то из 8 оперированных—смерть в 3-х случаях; все погибли, после снятия швов, от прогрессирующей кахексии. Язв 12-перстной кишки за последние 3 года было 15, из них 8 ушли без операций после лечения в хорошем состоянии; 7-ми сделан Г-Э-А; принятый способ Г-Э-А по Гакеру, с анастомозом по Брауну. Мой материал, охватывающий приблизительно 50 случаев, заставляет меня остаться в лагере сторонников Г-Э-А, а не резекций. Ни одной смерти ($\%_0$ —0); прослежены случаи до 3-х лет—состояние больных хорошее; осложнения пептической язвой не наблюдал. Показания ставлю исключительно в случаях

сужения привратника при безуспешности диетического лечения и сращениях. Из повторных операций среди своих больных имею один случай, оперированный по поводу панкреатита, и второй случай касался б-го, которому в Москве 25 лет назад был сделан Г-Э-А; операция по поводу пептической язвы.

Бельц А. А. (Харьков). При рубцовых сужениях привратника, Г-Э-А мне давал блестящие результаты, но не так благополучно обстоит дело, когда приходилось оперировать по поводу язвы. Продолжающиеся боли, особенно повторные кровотечения и, хотя небольшой $\%$ злокачественных перерождений язв, заставили меня отказаться от Г-Э-А и перейти на резекцию и, если язва удалима, я произвожу резекцию. Не надо только увлекаться желанием восстановить анатомическую непрерывность желудка, т. е. применять Бильрот I, да это вовсе и не нужно, как указал в своей работе С. П. Федоров. Если резецировать по способу Бильрот 2, с видоизменением Рейхель-Полиа, то техника резекции желудка не так сложна. Я всегда применяю жомы и никогда не видал никакого вреда, особенно, если применять желудочный инструментарий Таберера.

Кох Э. Х. (Одесса). По моему мнению, совершенно прав С. И. Спасокукоцкий: 1) Обязательно резецировать рак желудка, где это еще возможно, и только в далеко зашедших случаях с метастазами наложить анастомоз. 2) Анастомоз следует накладывать задний по Гакер-Петерсену и без выключения привратника. 3) По данным 3-й Сов. Нар. больницы, мы получаем плохие результаты после Г-Э-А при язвах, поэтому должно быть строгие показания к производству этой операции. В тех же случаях, когда клиническая картина, Рентген и все исследования говорят за язву, но во время операции не найдено ничего, кроме гипертрофированного привратника, то Я. В. Зильберберг делает по предложению Брайцева и Пайра, пилоропластику, т. е. рассекает серозу и круговую пилорическую мышцу и сшивает поперек только серозу; таких случаев у нас имеется 4. Все больные сильно страдали, были инвалидами, не могли питаться,—теперь они все работоспособные. Надо разработать вопрос о пилоропластике,—она имеет будущее. 4) При язвах, по возможности, резецировать,—это идеал, к которому мы должны стремиться.

Тимофеев С. А. (г. Лубны). При выработке показаний к Г-Э-А при раке желудка, чрезвычайно важна оценка степени кахексии. Большой $\%$ непосредственной смертности после операции зависит от недостаточной оценки этого обстоятельства. По отчету Лубянской больницы за последние 5 лет могу сказать, что Г-Э-А, при стенозах привратника после язвы, не дал смертности; при раке смертность доходит до 30%. Причина смерти—перитонит, так как брюшина больных раком не обладает достаточной сопротивляемостью против инфекции, проникающей при вскрытии желудка и кишки. Г-Э-А это операция, при которой применение местной анестезии является способом наиболее простым и дающим прекрасный эффект, поэтому общий наркоз излишен. При раке же желудка она может считаться противопоказанной. Питание больных через рот в день операции, по моему опыту, вызывает рвоту; очень хорошо влияют на общее состояние больных клизмы по 200 кубиков физиологического раствора, 4—5 раз в день.

Сендульский И. Я. (Ростов Н/Д). Докладчики В. Н. Шамоу и И. В. Кудинцев достаточно отчетливо поставили вопрос о переоценке Г-Э-А с точки зрения его влияния на последующую секрецию желудка. Донская Факультетская Хир. Клиника Н. И. Напалкова занята детальным изучением этого вопроса. Свои исследования в этом направлении наша клиника равняет по данным исследований проф. И. П. Павлова и его школы. Не входя в подробный разбор материалов, имеющихся в клинике, я скажу только, что, после целого ряда повторных исследований, из коих

некоторые были произведены даже через 3 года после операций Г-Э-А по поводу язвы желудка, создается впечатление, что «осредосаляющего» значения операция не имеет, наоборот, кислотность желудка сплошь и рядом увеличивается.

Напалков Н. И. (Ростов н/Д). Соустье нельзя расценивать с узко-механической точки зрения. Школа И. П. Павлова выяснила сложность секреторных влияний; к этой сложности нужно прибавить разнообразные локализации и глубину анатомического поражения. Резекция антральной части заслуживает глубокого внимания. Смертность после резекции зависит не только от разработки техники, но, главным образом, от характера поражения желудка; сейчас этот вопрос не вырешается еще вполне определенно.

Птоз желудка должен устраняться не подвешиванием, а укладыванием на поддерживающие ткани; таковыми для желудка служат ткани дна сальниковой сумки. Перенесение приложения силы на тело желудка с малой кривизны, как предлагает Абражанов, рационально, я переношу их на большую кривизну; может быть, нужно перенести их на поперечную ободочную кишку и ее брыжейку.

Соколов С. Е. (Ленинград). Всероссийской анкетой, предпринятой, с разрешения Хирургического О-ва Пирогова, по вопросу о пептической язве тощей кишки после Г-Э-А, собрано свыше 100 случаев, что составляет около $\frac{1}{5}$ мирового материала. В указанной цифре 40 случаев извлечены из литературных источников. Образование свища между желудком, тощей и поперечно-ободочной кишкой установлено в 17 случаях. В 3-х пептическая язва развилась после резекции желудка типа Бильрот 2 и в одном из них после резекции по поводу рака желудка. В подавляющем количестве случаев последовательная пептическая язва тощей кишки образовалась при локализации первоначальной основной язвы в привратнике или 12-перстной кишке, где скорее всего создаются условия для относительного выключения выходных ворот желудка в результате язвенного процесса. Значение швов и клеммов в этиологии пептической язвы тощей кишки не существенно, так как имеется ряд случаев образования язвы и при кэтгутовом шве и при оперировании без клеммов. По исследованиям Копылова и Немилова рана после Г-Э-А заживает, как правило, вторым натяжением, в среднем на протяжении 3-х недель. Поэтому приходится удивляться, почему среди крестьян, которые дают главный контингент больных язвой желудка, и после Г-Э-А кушают все,—так мал % последовательной пептической язвы тощей кишки. Повидимому, главное заключается в предрасположении: есть 1—2% язвенных больных, которым нельзя делать Г-Э-А. Заранее определить эту группу больных невозможно, но некоторое значение может иметь наследственное и фамильное предрасположение к «язвенной болезни», что особенно выступает на материале Успенского. При пептической язве тощей кишки цель хирурга—восстановление нормы. Добавление нового Г-Э-А, при выяснившемся предрасположении, угрожает рецидивом и повторными операциями (до 5—6 раз). Г-Э-А при пептической язве тощей кишки неизбежен в тяжелых случаях, когда невозможны операции типа пилоропластики или гастро-дуоденостомии.

Джигурда П. И. (Волчанск). Мой материал, обнимающий 162 случая круглой язвы желудка, убедил меня в том, что наиболее целесообразным является иссечение язвы по тому или иному способу. Все случаи иссечения язвы, произведенные мною, дали прочные результаты; все больные считают себя здоровыми. Между тем как больные после наложения Г-Э-А, в большинстве случаев, жалуются на те или другие болезненные явления. % смертности при иссечении, хотя и выше, но он искупается прочностью результатов.

Кричевский С. А. (Харьков). После 40 лет существования Г-Э-А вопрос снова пересматривается,—ясно, что эта операция не удовлетворяет хирургов. Причина этого лежит в том, что мы решаем этот вопрос механически. Язву желудка можно уподобить с физиологической точки зрения хроническим язвам на нижних конечностях, которые заживают после симпатэктомии. Статистика неубедительна, так как отдаленных результатов мы не имеем. Резекция есть своего рода симпатикэктомия и должна дать лучшие результаты.

Гарнье А. Н. (Харьков). Проф. Пржевальский отметил, что анатомия брюшной полости изучена не достаточно точно, а я добавлю, что и физиология нам мало известна. Здесь залегает очень сложный нервный аппарат, недоступный нашему непосредственному исследованию, и авторы, работавшие над исследованием нервной системы этой области на кошках и обезьянах, получали уже другие данные и для человека составлены только приблизительные таблицы в этом направлении. Составляющие эпоху исследования проф. И. П. Павлова не дают объяснения многим интересующим нас вопросам и мы не знаем причин многих функций, а потому не можем сказать сегодня последнего и решающего слова. Я думаю, что эвакуация желудка через анастомоз—это сложный акт и он вовсе не зависит от мускулатуры желудка. Каков бы ни был двигательный аппарат, он находится в подчинении у тех импульсов, которые передаются и проводятся к нему, вызывая его функцию. Что касается статистики, то цифры можно, как угодно, составить и разставить. Вот почему у Фроловой отдаленные результаты лучше, чем по статистике Ольховской. Материал Фроловой собран за 21½ г., а у Ольховской вошли случаи оперированные 5 лет тому назад, и уже отдаленные результаты гораздо хуже. У меня есть больные, оперированные 15 и более лет тому назад (Г-Э-А)—они и сейчас чувствуют себя хорошо и сохранили трудоспособность. Проф. С. И. Спасокукоцкий высказал удивление, что отдаленные результаты как бы лучше, чем ближайшие; и в такой короткий срок, как год—два, те случаи, где Г-Э-А плохо работал, вследствие спазма отводящей ножки тонкой кишки, после прекращения спазма, могут дать хорошие результаты. Я сошлюсь на работу Штеиндля из 2-й Хирургической Клиники Вены. Г-Э-А некоторыми авторами предпочитается при язве 12-перстной кишки, как операция менее опасная и дающая хорошие результаты,—я могу указать на последнюю работу проф. Лондонского Университета Паннета, где он говорит, что получал излечения в 70%. Что касается смертности при различных способах, то она зависит исключительно от техники оператора и одна и та же операция у различных хирургов дает различную смертность.

Тремпович П. В. (Минск). Хир. Фак. Клиника Белорусского Университета существует немного больше года, поэтому собственных наблюдений она не имеет, но, среди материала клиники, большой % занимают случаи повторных операций после Г-Э-А. Из 5-ти случаев, прослеженных нами по историям болезни, выяснилось, что 2 раза был произведен задний Г-Э-А и в одном—передний; во всех 3-х случаях была пептическая язва. По материалам выяснилось, что техника операции была обычная с наложением клеммов и шелковых швов на слизистую. 2 других случая: один по поводу зарощения соустья после операции, произведенной по методу Бира, другой—по поводу сращения и поворота отрезка кишки—сделаны Г-Э-А. Я склоняюсь к мысли, что лучше применять кэтутовый шов на слизистую и последующий шов на серозу, как рекомендует В. Н. Шамов.

Зорохович Г. М. (Харьков). При суждении о поздних и ранних результатах после Г-Э-А, необходимо учитывать «какой больной и какой желудок» подлежал оперативному вмешательству. Кислотность желудочного

содержимого зависит от столь разнообразных причин, как вне, так и внутри желудка находящихся, что базироваться на исследовании только кислотности желудочного сока недостаточно и необосновано. Следует помнить и учитывать все работы проф. И. П. Павлова, относящиеся к этому вопросу. Гораздо большее значение имеют катарры слизистой оболочки, сопровождающие так часто язвы и ведущие к понижению динамического коэффициента мышц желудка,—последнему следует придавать особо большое значение. Миогенная, а не тоногенная вторичная дилатация желудка может служить причиной тому, что наложенный правильно Г-Э-А оказывается не вполне удачным. Диспептические симптомы часто зависят именно от катарра, а не от последствий Г-Э-А. Поэтому необходимо оперировать во-время, когда мышца еще достаточно сократима. При суждении необходимо учитывать и конституциональные особенности больного.

Мельников А. В. (Харьков). Прав В. Н. Шамов, указывая на необходимость пользоваться кэтгутом при наложении швов на слизистую оболочку и не применять кишечных жомов. Кишечный жом значительно сокращает время операции, но он опасен по двум причинам: во 1-х, возможны послеоперационные кровотечения и, во 2-х, наносится значительная травма слизистой оболочке. Что такое кровотечение действительно встречается и не так уже редко, я думаю знают те хирурги, которые оперируют с жомами. Я чуть не потерял от кровотечения в первый день после операции свою сестру, которую оперировал один из крупных хирургов Ленинграда и с тех пор я никогда не применяю жомов не только при Г-Э-А, но и, вообще, при наложении анастомозов в любом отделе кишечника. На 33 случая Г-Э-А за время 9-месячного заведывания клиникой, я не видел ни разу кровотечения и ни одной смерти; жомы заменялись двумя лигатурами—держалками, наложенными на кишку и желудок по краям предполагаемого анастомоза. Я считаю операцию без жома—операцией необходимости. Заверение авторов, что жом не наносит особенной травмы слизистой оболочке, является чисто теоретическим, ибо, при операциях на животных, не трудно убедиться в противоположном. Возможно, что пептическая язва и не будет на месте такого анастомоза, но я думаю, что сравнительная статистика таких язв со временем, когда накопится большой материал, покажет, что такая язва все же образуется чаще, чем при шве без жомов.

При настоящем состоянии техники Г-Э-А, эта операция является совсем безопасной и смертность после не ничтожна, тогда как резекция дает % смертности превышающий ее в несколько раз и хотя последняя операция и заслуживает большого внимания, в смысле ее радикальности, но, в условиях работы на селе, она не может быть рекомендована.

Что же касается Г-Э-А при раке желудка, то у меня лично составилось довольно отрицательное отношение к этой операции. Если больной очень резко истощен, и имеется лишь частичная непроходимость привратника—я от операции отказываюсь, ибо о резекции уже невозможно думать, а Г-Э-А вряд-ли удлинит жизнь. Сказанное имеет особенное значение для хирургов на участке, где население не будет разбираться в том, произведена ли палиативная операция или радикальная, и потому Г-Э-А в указанных условиях уменьшит веру в хирургию. При раке, с хорошим общим питанием, всегда нужно стремиться сделать резекцию, если это нельзя, то, лишь только при непроходимости привратника, необходимо наложить Г-Э-А, в остальных же случаях ограничиться пробной лапаротомией.

Несколько слов о лечении гастроптоза. Способ проф. Абражанава очень оригинален, но он, как и все способы гастропексии, не может считаться радикальным. Школа проф. В. Н. Шевкуненко смотрит на птозы,

как на проявление несовершенного типа положения органов и потому лечение их должно состоять в изменение несовершенного типа в совершенный, что технически выполнить очень трудно.

В частности, укрепление трубчатых органов при помощи спаек не выдерживает критики, ибо желудок постоянно меняет свою форму в зависимости от наполнения его пищей, и потому такие спайки сильно нарушают моторную функцию органа. Мы всегда стараемся избежать послеоперационных спаек, а тут наоборот хирург намеренно создает спайки, которые в дальнейшем почти всегда растягиваются, принимая вид пластических отложений, и, конечно, уже не фиксирующих органа. К тому же при гастроптозе укрепляют или малую кривизну, или переднюю его стенку, а заднюю стенку оставляют неизменной; естественно, птоз будет прогрессировать и дальше, но уже за счет задней стенки, при чем образуется новая большая кривизна, следовательно, и, с этой точки зрения, гастропексия не выдерживает критики. Единственно показанным методом лечения и лишь только в крайне тяжелых случаях является задний Г-Э-А, наложенный на самый низкий отдел большой кривизны, отступя несколько сантиметров от флексуры двенадцатиперстной и тощей кишки, чтобы не подвешивать заднюю стенку и тем не вызвать болезненных ощущений от растяжения нервных сплетений тонкой кишки.

На основании моих исследований на 136 трупах, вполне показанной является операция гастро-дуоденостомии по типу операции Финнея. Я уверен, что операция гастропексии скоро сойдет с хирургической сцены, ибо отдаленные результаты этой операции очень плохие и, в большинстве случаев, спустя год больные возвращаются с еще более резкими болевыми ощущениями. Из трубчатых органов только фиксация слепой кишки по Вильмсу имеет клиническое значение.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ДОКЛАДЧИКОВ.

Шамов В. Н. Позвольте, прежде всего, отклонить упрек, сделанный программным докладчикам в том, что ими не освещены отдаленные результаты Г-Э-А. Этому чрезвычайно важному отделу был посвящен специальный доклад проф. Гальперна и только, вследствие его болезни, доклад этот не состоялся на с'езде.

В прениях относительно моего доклада снова поднят вопрос о преимуществах того или иного анастомоза. Думаю, что применять задний анастомоз с длинной петлей только по тем соображениям, что, в случае последующего развития пептических язв, легче будет произвести резекцию анастомоза, едва ли рационально. Тогда логичнее идти еще дальше, наиболее верный способ предохранить себя от развития пептических язв, это не делать совсем анастомоза.

Предлагавшийся здесь задний анастомоз с длинной петлей и Брауновским энтероанастомозом надо признать нерациональным, именно, с точки зрения развития пептических язв: при таком анастомозе действие кислых соков желудка на кишечную петлю должно выразиться наиболее резким образом, ибо будет совершенно отсутствовать их нейтрализация щелочным содержимым двенадцатиперстной кишки, которое будет проходить ниже по Брауновскому анастомозу.

Здесь выражались сомнения, может ли иметь какое либо значение для развития пептических язв применение клеммов и непрерывных шелковых швов на слизистую. Надо считать, что развитие пептических язв зависит, вероятно, от целого ряда условий, которые могут комбинироваться, наслаиваясь одно на другое. Среди этих условий травма стенок желудка и кишки клеммами, как бы она ни была незначительна, не может не играть

известной роли. Также нельзя, конечно, отрицать и значения того хронического раздражения, которое должна вызвать длительно свисающая в просвет анастомоза шелковая нить непрерывного шва. Кому случалось, как это было несколько раз со мною, оперировать пептические язвы, из дна которых через 1—2 года после наложения Г-Э-А торчала длинная шелковина, тот едва-ли будет сомневаться в значении для развития пептических язв и этого момента и едва ли не постарается гарантировать себя от него обязательным применением кэутута для внутреннего шва слизистых оболочек. Вполне соглашаюсь с дополнением проф. Крымова о величине анастомоза, окружность которого должна равняться приблизительно окружности сечения пришиваемой кишечной петли.

Надо отметить, что прения по Г-Э-А уклонились значительно в сторону в наиболее злободневную и спорную область современной желудочной хирургии: какую операцию производить при язвах желудка Г-Э-А или резекцию? Я имею честь принадлежать к школе С. П. Федорова и также, как и он, являюсь сторонником резекции и довольно широко произвожу ее при тех определенных показаниях, о которых я говорил еще на 15-м Съезде российских хирургов. Тем не менее считаю необходимым указать, что резекция является операцией несомненно более тяжелой, чем Г-Э-А и рекомендовать ее для широкого применения никоим образом неправильно. По моему, наиболее правильной надо считать точку зрения Бира, что до тех пор пока этиология язв и результаты их оперативного лечения остаются окончательно невыясненными, необходимо продолжать изучение результатов и той и другой операции и подбирать соответствующий материал, для чего сторонники резекций пускай продолжают резецировать, а сторонники Г-Э-А продолжают применять наложение соустья. Уклонение в сторону от программной темы составляет и поднятый здесь вопрос о пилоропластике. Но раз он затронут, позволяю высказать свое мнение. Пилоропластика в той или иной форме представляется мне и физиологически и анатомически операцией более рациональной и, мне думается, во многих случаях она должна в будущем заменить собой Г-Э-А.

Кудинцев И. В. Мне, как докладчику, о показаниях для операции Г-Э-А при язве желудка и 12-типерстной кишки, собственно, возражений не было и, видимо, проходившее красной нитью по всему докладу положение, что локализация язвы, как в желудке, так и в 12-типерстной кишке имеет громадное значение для непосредственных и посредственных результатов при Г-Э-А, имеет основание и найдет себе сторонников в тех, кто пожелает иметь не только правильные обоснования (показания) для Г-Э-А при язве желудка и 12-типерстной кишки, но и учитывать результаты этой операции на случаях, чем либо объединенных, как либо систематизированных. При этом замечу, что Г-Э-А действует не только симптоматически, но он обуславливает и уменьшение воспаления (раздражения) и способствует скорейшему заживлению язвы. Г-Э-А не панацея—он не излечивает всех больных язвой желудка, но за то в большинстве случаев дает хорошие результаты, при малой послеоперационной смертности; для отказа от Г-Э-А в пользу иной операции нужны веские принципиальные обоснования, а их пока еще нет.

В вопросе о Г-Э-А при раке желудка, локализирующемся в пилорической части, мнения разделились, одни высказываются за Г-Э-А, другие за резекцию, но я должен заметить, что, говоря о Г-Э-А и приводя материал, имел в виду и касался лишь тех случаев, в которых показан был именно Г-Э-А, несколько не касаясь и не приводя случаев ранних стадий ракового поражения, когда по смыслу и разуму вещей должна быть применена резекция и она применялась.

Абражанов А. А. После операции по моему способу, желудок не прирастает к брюшине, так как он только прилегает к ней и фиксируется только при помощи тяжей, полосок, которые укрепляются к апоневрозу.

Федоров С. П. (Председ.). Заслушан ряд интересных сообщений, высказалось около 20 ораторов. Следует особенно отметить мнения терапевтов; напр., проф. Лифшиц—радикальный терапевт—он считает наиболее рациональной при язве резекцию, хотя и указывает, что она является наиболее серьезной. Докладчики выяснили вопрос о Г-Э-А с физиологической точки зрения; к сказанному можно добавить, что, по наблюдениям в моей клинике, как Г-Э-А, так и резекция весьма сильно влияют на моторную функцию желудка: нарушается перистальтика и голодные движения желудка, причем после резекции и через год нельзя обнаружить голодных движений желудка.

Практическая сторона вопроса—это лечение рака и язв желудка: все увеличивается число сторонников резекций, но когда нельзя произвести резекцию, тогда нужно делать Г-Э-А. Мне приходилось довольно часто при раке делать передний Г-Э-А с энтероанастомозом по Брауну.

Теперь относительно язв 12-типерстной кишки—остается нерешенным вопрос: какая операция предпочтительна—Г-Э-А или резекция. Судовлетворением отмечаю, что сторонники резекций все-таки предлагают менее опытным производить Г-Э-А. Иностранная литература и мой опыт дают не очень утешительные результаты: $\frac{0}{0}$ смертности при резекции по поводу язв достигает 10. Резекцию желудка надо делать в тех случаях, когда эта операция не очень опасна: это находится в зависимости от состояния больного,—сможет ли он перенести операцию. Я согласен с мнением проф. Финстера—точного правила, когда производить резекцию и когда Г-Э-А, установить нельзя.

Следует согласиться с мнением проф. Лифшица, что нужно принципиально резецировать, и, если этого сделать нельзя, тогда производить Г-Э-А, так как в статистических данных имеется определенное указание на то, что цифра отдаленных хороших результатов при Г-Э-А становится все меньше.

Вечернее заседание (26-го марта)

II. Первый организационный вопрос: «ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА СЕЛЕ».

Председатель Спасокукоцкий С. И. (Саратов)

ДОКЛАДЫ*).

9. Бурксер И. Г. (Харьков). Организация хирургической помощи на селе.

10. Мещанинов А. И. (Харьков). Об организации хирургической помощи на селе.

П Р Е Н И Я.

Скляр И. П. (Сумы). Всецело присоединяюсь к выводам обоих докладчиков и подчеркну, что необходимо не ожидать, а осуществлять все сказанное в ближайшее время, тогда и хирургическая помощь будет поставлена наилучшим образом.

*) Доклады напечатаны во II-й части Трудов С'езда.

Шапиро Л. М. (Мариуполь). Необходимо в ближайшее время обратить самое серьезное внимание на участковую больницу, не только в смысле улучшения инвентаря, персонала высшего и среднего, но, главным образом, на снабжение научными пособиями.

Менакер Л. М. (Бердичев). Укрепить участок, снабдив его инвентарем и медицинским снабжением, и тогда не придется заставлять ехать хирургов на село; хирурги туда сами охотно пойдут и будут работать.

Писнячевский Ф. В. (Харьков). Профилактика—это великое дело. Это дело общегосударственное, более того, оно должно быть создано молекулярными силами самого народа. В Германии есть общество, снабжающее бедных постелями, в Англии есть общество, которое моет и чистит квартиры бедняков. В этом суть дела; врачи дают указания, но нужно, чтобы это проводилось в жизнь.

Багров Ю. (Сквира). Необходим более частый обмен хирургических сил между центром и периферией. Необходима последовательность в той работе, которую должен выполнять врач-хирург: 1) врач, по окончании университета, прежде чем он получит самостоятельный участок, должен работать 1—2 года в районной больнице, 2) хирургом в районную больницу должен назначаться врач, прошедший ординатуру с тем, чтобы после 3—5 лет работы на участке он переводился ассистентом кафедр и крупных больниц. В окружные лечебницы должны назначаться ассистенты, прошедшие весь этот цикл. Только возможно таким образом постоянная связь между хирургами всех степеней, связь живой преемственности, и периферия будет обслуживаться настоящей хирургической помощью.

Жук А. П. Вопрос о хирургической помощи на селе тесно связан с вопросом о хирургическом персонале. Здесь указывалось на то, что уже созданы известные материальные предпосылки для организации хирургической помощи. Без лишнего оптимизма мы можем сказать, что дело в этом отношении в общем и целом улучшается. Если 2-3 года тому назад речь шла о материальном оборудовании лечебных заведений и врачебных участков, то теперь речь идет уже о качестве мед. помощи и мед. персонала. Мне это приходится чувствовать, как заведывающему медицинским образованием. В настоящее время органы здравоохранения гораздо более чутко реагируют на вопросы подготовки врачей, чем год тому назад.

Как профсоюзный работник, я должен прибавить, что те товарищи, которые здесь говорили о принудительных мерах—они не совсем правы. Принудительных мер до сих пор еще не было, но ведется очень усиленная агитация, чтобы двинуть на село тех врачей, которые могут туда ехать. Союзные организации подходят довольно серьезно к разрешению этого вопроса. Он был поставлен на последнем пленуме ЦБ Врачебной Секции. И был поставлен в такой плоскости, что необходимо учесть не только материальные причины, но и недостаточную квалификацию. Нами принимаются определенные меры для повышения квалификации хирургов. Так, для хирургов предполагается увеличить срок стажа до 2-х лет. Кроме научных командировок, открытия курсов для участковых врачей и т. д., нужно упомянуть о необходимости установления связи села с клиниками и медицинскими научными институтами. В настоящее время принимаются меры к тому, чтобы клинические институты и крупные лечебные учреждения были местами для повышения квалификации сельских врачей. Мы проводим такое постановление, что сельский стаж является необходимым условием для занятия ассистентской должности при любой клинической кафедре. Мы должны дать уверенность врачу хирургу, работающему на селе, что сельский стаж дает ему преимущество для научной работы. Кроме того, я должен указать на проводимую Научной Ассоциацией работу по научному шефству над медицинскими участками, выражающуюся в науч-

ной консультации участковых врачей и в поездках на окружные конференции врачей—квалифицированных специалистов. В общем и целом, и по профессиональной, и по административной, и по учебной линии принимаются те меры, которые необходимы для того, чтобы улучшить положение и квалификацию хирургического персонала на селе.

Наряду со всем этим необходимо отметить, что те врачи, которые, имея все данные, не хотят ехать на село и не едут, недостойны оставаться в профессиональной среде.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ДОКЛАДЧИКОВ.

Бурксер И. Г. Краткость предоставленного для такого большого доклада времени не дала мне возможности обрисовать картину того, что представляет собою в настоящий момент сельская сеть. Вероятно, этим объясняется то, что некоторые не так поняли мои слова. Я ничего не обещал, я только констатировал то, что представляет собою сеть и все те достижения, которые мы имеем сравнительно с прошлым годом. Я многого не коснулся, например, бюджета, такого важного фактора, который из года в год неизменно увеличивается. Мне никто особенно не возражал, так что и отвечать не приходится. Возражу только против «переливания» врачей из окружных центров на периферию и наоборот. Мы к этому вопросу подходим с осторожностью и, во всяком случае, он требует обсуждения.

Мещанинов А. И. Многоуважаемые товарищи, разрешите мне думать, что малое количество выступлений по поводу моего доклада объясняется тем, что мое сердце бьется в униссон с вашим. Я не согласен с предложением «переливаний»: на селе надо быть очень осторожным и заслужить доверие там не так легко, для этого требуется пребывание не менее 2—3 лет. Полагаю, что селяне вправе желать иметь хирургов, которым они верят и которые были бы достаточно квалифицированы. Я предлагаю выбрать комиссию, в составе представителей участковых товарищей, представителей Губернского Отдела «Медсантруд», Научной Ассоциации, Наркомздрава и Губздрава.

Принимается предложение об избрании комиссии в следующем составе: Мещанинов А. И., Бурксер И. Г., Фабрикант М. Б., Аронштам С. Л., Оболенский А. И. (Купянск), Неусыхин И. Я. (Бердянск), Дурач А. В. (Волчанск), Костарев Г. А. (Луганск), Синяев А. В. (Полтава), Алексеев В. П. (Новомосковск.), Аснес М. И. (Сталино), Трутень В. Д. (Старобельск), Склярков И. П. (Сумы), Маслов И. Д. (Чернигов).

Спасокукоцкий С. И. (Председатель). Больной верит, что хирург его вылечит. В прежнее время говорили: никакой квалификации, санитарный врач—вот спасение медицины. То громадное количество хирургов, которое мы видим на с'езде—это ответ; жизнь провела квалификацию и тип специалиста, в частности, хирурга,—это то, что действительно необходимо. Я желаю быть оптимистом и думаю, что те мысли и пожелания, которые были высказаны, осуществляются. Докладчик Мещанинов полно обрисовал и ярко изобразил те перспективы, которые можно ждать в будущем при правильной постановке хирургической помощи на селе. Лучшее доказательство этому—огромное количество приехавших на С'езд. Хирургия Левобережной Украины стоит твердо, и следующие хирургические с'езды подтвердят это положение.

III. Внепрограммный вопрос: ХИРУРГИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Д О К Л А Д Ы*)

11) Леви Я. Г. (Харьков). О дуоденальной непроходимости Г-Э-А, как метод ее лечения.

12) Прибытков С. М. (Харьков). К вопросу о лопанье кишечника

13) Пржевальский Б. Г. (Харьков). К диагностике хронического аппендицита.

14) Мельников А. В. (Харьков). Клиника множественных лимфаденитов брыжжейки и сальника.

15) Вебер М. Р. Мирер, В. И. (Минск). Клиническое значение рубцовых изменений брыжжейки.

16) Милостанов Н. Н. (Харьков). К вопросу о тромбозе воротной вены.

17) Скляр И. П. (Сумы). Случай холедоходуоденостомии.

18) Багров Ю. (Сквира). Выводные швы при операции бедренной грыжи.

П Р Е Н И Я,

Федоров С. П. (Ленинград). Соустье между желчным протоком и 12-перстной кишкой возможно в тех случаях, когда проток достаточно широкий и толстый, если же он мал и тонок, то получается очень деликатное соустье и операция кончается неудачно. Я не защитник этого способа еще и потому, что после этой операции иногда образуются желчный и кишечный свищи. Показания к наложению соустья между желчным протоком и кишкой ограничены.

Писнячевский Ф. В. (Харьков). Больного, о котором сообщил Милостанов, я видел один раз за 10 час. до смерти при таких явлениях: лицо Гиппократ, подтянутый пупок, в брюшной полости незначительное скопление жидкости, жалобы на боли под ложечкой. Данных для тромбоза воротной вены было мало. Я наблюдал этого же больного около года назад при следующих явлениях: афазия, парез подязычного нерва и гемиплегия,—это триада Фурнье, которая характеризует афазическую форму сифилиса головного мозга.

Напалков Н. И. (Ростов н/Д). Действительно, распознавание хронического аппендицита чаще всего смешивается с периколитами и пленчатыми наложениями. Распознавание, в большинстве случаев, все-таки можно поставить по распространению болей по тракту толстой кишки и по равномерности распространения воздуха или контрастной жидкости, вводимых через прямую кишку. Самый же важный метод дифференциального распознавания—это достаточно широкий разрез. Поэтому малые разрезы при аппендиците часто не дают хорошего результата. Этот важнейший способ дифференциального распознавания необходимо прибавить к указываемым проф. Пржевальским.

Заболевания лимфатических узлов брыжжейки, подобные описываемым проф. Мельниковым, приходилось наблюдать неоднократно и мне. Важнейшим явлением следует признать боли. Размеры увеличенных узлов бывают различны. В случаях исследованных гистологически, я наблюдал обыкновенно такие изменения, которые нужно отнести к так наз. лимфогрануломатозу.

Фабрикант М. Б. (Харьков). Вполне соглашаюсь с мнением Леви о необходимости сделать Г-Э-А при дуоденальной непроходимости. Мнение

*) Доклады напечатаны во II-й части Трудов Съезда.

это совпадает с данными литературными (Федоров, Пайр, Габерер), но прежде чем оперировать, нужно попробовать положить таких больных а ла ваш с приподнятым тазом (Шницлер). Такой случай я наблюдал в студенческой больнице. Молодая женщина была оперирована по поводу холецистита и ангиохолита; холецистэктомия и дренаж печеночного и желчного протоков. Через 5 дней развилась ясная картина непроходимости 12-ти перстной кишки: запавший живот и расширенный желудок с ясными явлениями перистальтики желудка, как при странгуляционном илеусе. Прежде чем решиться на Г-Э-А, мы подвесили больную за таз и в течение 4—5 часов кишечник переместился обратно из полости малого таза в полость живота, натянутая брыжжечная артерия, с уменьшением натяжения брыжжейки, перестала сжимать нижнюю горизонтальную ветвь 12-перстной кишки, и явления непроходимости прошли. Больная выздоровела вполне.

Шевандин М. Н. (Симферополь). В учреждениях, где я работаю, равно, как и у других хирургов в Крыму, значительно участилось количество аппендицитов, как острых, так и хронических. По наблюдениям немецких хирургов, обременение кишечника белковой пищей располагает к структурным нарушениям слизистой оболочки оттока; ферменты и продукты белкового обмена в тонких кишках дают возможность затем проявиться инфекции. Подобные отношения создаются в настоящее время при значительном удешевлении мясной пищи. Частота аппендицитов заставляет и больных обращаться за операцией чаще, чем следует. Ввиду затруднений в распознавании хронического аппендицита, указанные проф. Пржевальским признаки являются особенно ценными.

Крымков А. П. (Киев). В 1912 г. в «Хирургии» помещена моя статья о подкожном повреждении кишечника. Тогда же я внес некоторую поправку в теорию Бунге, которой держусь и до ныне. Я думаю, что большинство перфораций кишки, при ударе в живот или после острого повышения внутрибрюшного давления, происходит также, как и перфорация ущемленной пристеночной грыжи. В первых наблюдениях я имел картину острого ущемления части кишки, а в последнем наблюдении я мог констатировать, как ущемленная в бедренном кольце часть кишки увеличилась на подобие шара, причем часть ущемленной кишечной стенки истончилась, как папиросная бумага. Я допускаю, что, если-бы не произведено было вправление ее, то она могла бы лопнуть и, так как не было никаких сращений кишки с грыжевым мешком, уйти в брюшную полость. Я отмечаю, что такое увеличение пристеночной грыжи есть вторичное явление, в зависимости от ущемления. Может ли кишка лопнуть сразу, входя в грыжевое отверстие, остается под знаком вопроса.

Что касается доклада Багрова, то, в первом случае, у него было воспаление грыжи, и радикальной операции не следовало делать. Относительно выводных швов при операции грыжи скажу, что, при прочих равных условиях, при погружных швах сращение развивается не только во фронтальной плоскости сшиваемых поверхностей, но и в сагитальной на месте швов. Сращение, таким образом, получается крепче.

Волкович Н. М. (Киев). По поводу лопанья кишки при травме живота я приведу такие факты: при препятствиях в толстой кишке, напр. S-образной, раздувается сначала слепая кишка, это потому, что слепая кишка очень широка в сравнении с другими отделами. Чем шире трубка, например, резиновая, тем сильнее ее растяжение, увеличивающееся при двойной ширине трубки, не вдвое, а вчетверо и т. д. При травме кишки наступает парез ее и такая кишка, как расширяющаяся, ставится в подобные же условия, как и слепая кишка. По поводу диагностики аппендицита напоминаю о своем мышечном признаке хронического аппендицита столь верном и простом.

Филиппов Н. Н. (Харьков). Нужно благодарить проф. Пржевальского, что он указал на два объективных и один субъективный признаки. Очевидно, мы эти признаки наблюдали, но не придавали им особо важного значения. Как представитель хирургии детского возраста, я должен заметить, что признак боли, отдающей в правую ногу, и хромота очень важны при диагностике у детей, у которых часто никаких сведений не получишь. Я пользуюсь много лет этим признаком и всегда исследую червеобразный отросток у хромотающих на правую ногу детей. Такие характерные случаи мне пришлось оперировать. Я всегда пользуюсь признаком проф. Волковича (атрофия мышц правой стороны) и считаю его патогномичным и чрезвычайно ценным в сомнительных диагностических случаях.

Шидловский Т. И. (Киев). Я хочу коснуться рубцовых изменений на брыжжейке, о которых говорил докладчик Мирер. В Киевском Патолого-анатомическом Институте и Институте Оперативной Хирургии я с 1923 г. собираю случаи необычайной величины и положения S-образной кишки и, кроме того, я определяю на трупах новорожденных ее положение и размеры. В одном из случаев, при вскрытии мужчины 36 л., как случайная находка, были найдены лучистые белесоватые рубцы на брыжжейке S-образной кишки, этими рубцами она была спаяна с петлями тонкой кишки. Каких либо других изменений в кишечнике, кроме большой S-образной кишки, с абсолютной длиной в 65 см. и направляющейся к печени, не было. В анамнезе нет указаний ни на травму, ни на воспаление кишечника.

Соколов С. Е. (Ленинград). Левин представил два демонстративных случая артерио-мезентериальной непроходимости. В клинике проф. Гессе известны 5 случаев этого заболевания. Двое больных были спасены Шницлеровским положением (с высоко приподнятым тазом); у 3-х характер заболевания установлен аутопсией. Необходимо различать две формы артерио-мезентериальной непроходимости. Вторичную, когда чрезмерно атонированный и дилатированный желудок оттесняет тонкие кишки в малый таз, брыжжейка последних туго натягивается, и 12-перстная кишка сдавливается между аортой и верхней брыжжечной артерией. Но существует и первичная непроходимость, когда то же самое происходит в результате птоза тонкого кишечника, причем можно уловить усиленную перистальтику здорового желудка, чего при вторичной форме не может быть. В настоящее время точно установлена и подтверждена рентгенологически и оперативно хроническая артерио-мезентериальная непроходимость. В острой форме заболевания следует испробовать положение Шницлера и даже Тренделенбурга. Из оперативных методов конкурируют два способа: Г-Э-А и дуодено-еюностомия. При первом способе дуоденальное содержимое обратной перистальтикой направляется в желудок и отсюда, через Г-Э-А, в тонкую кишку. Путь сложный, при котором в желудке неизбежна постоянная борьба двух сред: дуоденальной и желудочной. Поэтому преимущества остаются за дуодено-еюностомией; при этом для анастомоза берется нижняя горизонтальная часть 12-перстной кишки выше пересечения ее верхней брыжжечной артерией.

Тимофеев С. А. (Лубны). Признак проф. Волковича при хронических аппендицитах—расслабление мышц правой подвздошной впадины—можно диагностировать путем зрения, так как он проявляется в западении этой области. Условия исследования: 1) предварительная очистка кишечника слабительными, 2) равномерное освещение передней брюшной стенки, 3) прежде всего необходимо обращать внимание на участок брюшной стенки, прилегающий спереди к передней ости таза, так как здесь западение наиболее рельефно. Результаты: в несомненных, подтвержденных операцией случаях, признак наблюдается в 80% случаев.

Гейманович З. И. (Харьков). Я имел возможность наблюдать очень типичный случай лопанья кишечника у молодого субъекта, 22 лет, при следующих условиях: он должен был погрузить тяжелый ящик на подводу, соскользнувший ящик был им подхвачен налету; тотчас возникли жестокие боли в животе. На операцию больной попал в конце 2-х суток с явлениями перитонита; звездчатый разрыв тонкой кишки с кровоподтечным венчиком правильной круглой формы. Петля находилась вблизи внутреннего отверстия левого пахового канала, пропускавшего палец. Случай закончился выздоровлением.

Гринштейн В. М. (Вечерний Кут, Екатер. губ.). Проф. Мельников указал, что пупок у его больных расположен был низко. Следовало остановиться на этом пункте и развить его. Низкий пупок—это обезьяний тип; в таком случае толстая кишка очень длинна и потому более ранима. Из этого вытекает, что железы описанного типа скорее всего появляются на почве старых процессов в кишечнике. Следует вообще при изучении конституции почаше вспоминать сравнительную анатомию, атавизм и общепатологические данные.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ДОКЛАДЧИКОВ.

Прибытков С. М. Проф. Крымов ставит обязательным условием для лопанья кишечника пристеночное ущемление лопающейся кишки, что не всегда возможно, так как это вызвало бы или странгуляцию или кровоподтек вокруг перфорационного отверстия, однако патолого-анатомические исследования этих изменений не обнаруживали. Относительно возражения проф. Волковича следует сказать, что сильное растяжение слепой кишки газами без наличия выходных ворот,—в сторону наименьшего сопротивления, может вызвать второй вид повреждения кишки—надрывы от перерастяжения, но не лопанье.

Леви Я. Л. Случай проф. Фабриканта—яркая клиническая картина дуоденальной непроходимости, но протекавшая не так остро. В моих случаях острых форм непроходимости положение Шницлера, а также Тренделенбурга не приносили пользы, как отмечают это и другие авторы. К оперативным методам, указанным Соколовым, позволю себе прибавить колопексию, которую Дюваль рекомендует производить в тех случаях, когда в ущемлении участвует правая артерия толстых кишек. Острая непроходимость 12-перстной кишки требует разработки методов ее терапии.

Мельников А. В. Я очень рад был слышать выражение д-ра Гринштейна. Упрек в том, что я не развил, какое положение кишечника присуще в разбираемых случаях, ко мне не относится. Я указал, что у моих больных имелся несовершенный тип формы и положения кишечника т. е. тот тип, которому свойственна большая длина кишечной трубки, неблагоприятные перегибы и т. д., что способствует застою и явлениям кишечной интоксикации при условии, если имеется врожденная малая стойкость организма к таким интоксикациям. К тому же думаю, что учение проф. В. Н. Шевкуненко о типовой анатомии, настолько известно широким врачебным кругам, что останавливаться на деталях, ввиду ограниченного времени, я не имел возможности.

Клинические данные указывают, что у больных с поражением лимфатических желез брюшной полости при лечении главное значение имеет диета, причем необходимо избегать жирной пищи, которая значительно ухудшает течение процесса. Жир, чисто механически протекая из кишечника через лимфатические сосуды и железы, способствует набуханию последних.

Багров Ю. Плоскостное спаивание, повидимому, все же стоит на первом месте. По крайней мере при методе Бассини, нанизывая связку на иглу, мы рассчитываем только на плоскостное спаивание. Захватывание толщи мышцы не имеет особенного значения, так как нитка прорезывается, например, при рецидивах, следовательно, на оставленный шов нет оснований рассчитывать.

Второй день (27-го марта)

УТРЕННЕЕ ЗАСЕДАНИЕ.

Председатель Напалков Н. И. (Ростов на Дону).

V. Второй программный вопрос: ПОВРЕЖДЕНИЕ СУСТАВОВ.

Д О К Л А Д Ы*)

- 19) Вегнер К. Ф. (Харьков). Закрытые повреждения суставов.
- 20) Розе Ф. Ю. (Харьков). Открытые повреждения суставов.
- 21) Волкович П. М. (Киев). Общие положения о повреждениях суставов, в частности, дисторзии.

П Р Е Н И Я.

Мещанинов А. И. (Харьков). Я обращаю внимание на новые течения в лечении гнойных ран, а, следовательно, и суставов. К сожалению, время войны, время травматических эпидемий, у нас в России не было охвачено этим течением—я считаю, что биологические способы лечения дадут нам возможность проводить лечение консервативно и получить хорошие результаты. В нескольких случаях метастатических гнойников (в одном из них плечевой сустав) пункция плюс аутовакцинация дали мне прекрасные результаты.

Гринштейн В. М. (Вечерний Кут Екатер. губ.). При нагноении коленного сустава я стремлюсь получить анкилоз. Для стока гноя применяю лоскутный разрез, открывающий весь сустав; затем иммобилизирую согнутое колено и лечение веду открыто без тампонов под вазелином, так как тампоны и дренажи вызывают некрозы. По окончании гранулирования и заживления раны, применяю пластику колена с целью получить годную конечность для ходьбы с неподвижным коленом.

Пржевальский Б. Г. (Харьков). Соглашусь с главными положениями о принципах лечения переломов луча в классическом месте—без иммобилизации, ранним массажем, но считаю, что деформации должно исправлять сразу и вполне. Все современные способы лечения нагноительных процессов суставов нельзя считать удовлетворительными. Будущее покажет, что можно ожидать от вновь вводимых в клиническую практику специфических вакцин проф. Безредко.

Крамаренко Е. Ю. (Одесса). На основании своего материала в 5-м земском госпитале в Киеве, я должен высказаться за консервативный способ лечения гнойных поражений сустава; 44 случая ранения коленного сустава, леченные оперативно, дали 80% ампутаций и всего 3 раза пришлось сделать вторичную резекцию (с благоприятным исходом). Успех получился во втором периоде нашей работе, когда мы научились лечить переломы вытяжением и оставили широкое вскрытие суставов. Пр.-доцент Томашевский, первый в Киеве, стал пропагандировать малые разрезы и промывание сустава раствором карболки и очень редкие

Доклады напечатаны во II-ой части Трудов Съезда.

перевязки до 9—14 дней. Я делаю 4 разреза на колене и вставляю дренажи. В нескольких случаях отмечалось сохранение подвижности. При дренаже голеностопного сустава приходится делать канал в костяке. В 8 случаях получил хороший результат с исходом в анкилоз. Проф. Крымов указал на резистентность синовиальной жидкости по отношению к инфекции. Я в свое время (1916 г.) интересовался этим вопросом и познакомился с одной английской работой, после чего стал исследовать синовиальную жидкость на анаэробы, как советовал этот автор. Действительно, я получил в нескольких случаях культуры анаэробов при экссудатах стерильных на аэробы. Флора в огнестрельных ранах периодически меняется, нужно ее изучать и применять соответствующие вакцины.

Милостанов Н. Н. (Харьков). Работая в период гражданской войны в 886 хирург. св. госпитале в Харькове, мне пришлось наблюдать значительное количество ранений суставов, из них около 40 ранений коленного сустава. Не буду останавливаться на группе ранений, давших клиническую картину асептических ранений протекших под срупом. Скажу об инфицированных ранениях коленного сустава. Их было 17. Все это были случаи, попавшие в госпиталь сравнительно поздно через 8—14 дней и позже. Большинство в тяжелом состоянии. Ближайшие вмешательства—12 артротомий, 4 резекции (1 вторичная, 3 первичных), 2 ампутации (1 первичная, 1 вторичная). Вторичные операции в последующем течении дали смерть. Почти все случаи, где пришлось ограничиться артротомией, были случаи протекавшие по типу эмпием, где поврежден был, главным образом, сумочный аппарат. Один раз я пытался применить метод Пайра, но без успеха. В остальных применялись обычные боковые разрезы, в некоторых случаях, с целью большого доступа, разрез увеличивался книзу для пересечения боковых связок; такие же разрезы оказались вполне достаточными для производства и резекции, как посоветовал мне Ф. Ю. Розе. Послеоперационный период: перевязка через три-четыре дня на месте в постели, конечность или на вытяжении или в окончатом гипсе, в зависимости от технических условий. Раны преимущественно без дренажей. После резекции первые дни применялось вытяжение, в дальнейшем гипс. Исследование препаратов после резекций и ампутаций показало необходимость прибегать значительно ранее к радикальным вмешательствам— в этих случаях имеется остеомиелит эпифизов бедра и берца с обширным пропитыванием гноем губчатой массы костей.

После артротомий организму предъявляется колоссальный запрос; большинство случаев протекает на фоне исключительно «коварной» истощающей температуры. Все это позволяет думать о необходимости расширить показания для первичной резекции, о чем говорит Ф. Ю. Розе, и если не ставить показания так широко, то во всяком случае применять ее: 1) при значительных разрушениях костяка, 2) при явно оскольчатых внутрисуставных открытых переломах и 3) при дырчатых ранениях с глубоко исходящими от них трещинами в губчатое вещество эпифиза. Артротомия безусловно показана лишь при повреждениях исключительно сумки сустава, в остальных же случаях ее нужно применять с большой осмотрительностью.

Если говорить о профилактическом значении резекции, то я думаю, что Съезду необходимо более определенно подчеркнуть колоссальное значение широкого применения с этой целью принципов первичного вмешательства, установленных на Западно-Европейских фронтах. По отношению к суставам первичное дебридман в первые шесть часов с последующим глухим швом, повидимому, у нас применялось мало, а на Западе при этом методе получались блестяще результаты; например, из 327 случаев дебри-

деман коленного сустава по поводу проникающих ранений с сохранением функции в 312 случаях наступило выздоровление. Цифры сами говорят за себя.

Фисанович А. Л. (Харьков). Мальчик двенадцати лет поступил с внутри-суставным перелом правой бедренной кости. Наложена гипсовая повязка и вытяжение; через 18 дней по снятии повязки и вытяжения б-ной уехал по личному желанию домой. Через три недели вернулся с гноившейся раной и выступающей секвестрированной костью. Операция: внутренний широкий продольный разрез и резекция с сохранением внутреннего мыщелка. Послеоперационное лечение: иммобилизация и дренаж, быстрое гранулирование раны. Пассивные движения с первых дней, с 16-го дня стал вставать, а с 20-го дня начал ходить по больнице. Исход: почти полная подвижность; укорочение на 3—4 см.

Вывод: при резекции сустава является желательным сохранение возможно большей части сустава, во всяком случае, внутреннего или наружного мыщелка.

Абражанов А. А. (Екатеринослав). Опыты Фридриха показали (равно, как и наблюдения над ранеными), что раны суставов инфицированы только на поверхности, вглубь тканей микробы проникают очень постепенно и не раньше конца суток. Поэтому, раненные, поступающие в первые и даже на вторые сутки, должны лечиться иссечением краев раны, удалением поврежденных участков костей и наложением шва. В случаях же поздних и роль оперативного вмешательства, и характер его не достаточно выяснены, так как результаты тех и других методов мало утешительны. В этих случаях необходимо прибегать к оперативно-биологическим методам лечения, а именно вакцинотерапии, особенно в форме повязок и промывания суставов по Безредко.

Спасокукоцкий С. И. (Саратов). Опыт войны показал, что ряд суставов излечивается без дренажей и тампонов силами природы (локоть, гол. сустав). Саратовская клиника склоняется к лечению без дренажей, путем артротомии и вакцинотерапии, через аутовакцинацию, в форме аутопиротерапии, в виде инъекции, около $\frac{1}{2}$ к. с. гноя под кожу. При повреждениях суставов пора подумать о роли фасций в деле смещений и контрактур и о замене вытяжений операцией, фасциотомией.

Филиппов Н. Н. (Харьков). Наша наука, как вся наша теперешняя жизнь, идет таким бешеным темпом, что то, что вчера было ново, сегодня старо. Поэтому, учитывая результаты, нужно иметь ввиду всю сумму наблюдений. Конечно, теперь во главе лечения инфекции должны идти биологические способы, но нельзя забывать и старые мероприятия. Во главе их—покой, который нами часто не дооценивается, и вытяжение, это главные положения. От дренажа и, в некоторых случаях, постоянного орошения нельзя отказываться в угоду новым течениям (Бир и другие). У меня было 78 случаев ранений суставов и я имел только две смерти. Оба случая поступившие из экстремис при явлениях септицемии (экзартикуляция и резекция). Своими результатами я доволен в прошлом, он буду лечить иначе в настоящем. Не следует консерватизм доводить до крайности.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ДОКЛАДЧИКОВ.

Волкович М. Н. Высказываюсь за резекцию колена при огнестрельных ранениях, чтобы потом не дойти до ампутаций или даже к утере больного. На основании своих наблюдений над благополучным исходом ранений мирного времени, высказываюсь также за пробу чисто консервативного лечения открытых ранений суставов. Синовиальная жидкость вытекающая в повышенном количестве, тем что она вытекает есть также всего рода защита суставов от инфекции.

Вегнер К. Ф. Я охотно поднимаю перчатку, брошенную мне проф. Спасокукочки м. Я вовсе не такой фанатик вытяжения и готов отказаться от него, как только проф. Спасокукоцкий предложит мне чтонибудь целесообразное. Но утверждать, что при вытяжении растягиваются не мышцы, а фасции, это значит не уяснить себе сущность и принципы вытяжения: при переломах тяга непосредственно оттягивает книзу мышечные сухожилия, при повреждениях же суставов вытяжение не преследует никакой другой цели, как расслабить гипертонические мышцы и превратить рефлекторный гипертонус в нормальный тонус и этим понизить внутрисуставное давление и взаимное давление хрящей. Два слова по поводу замечаний о пришивании синовиальной оболочки к краям раны, чтобы облегчить вытекание синовии. Это в корне неправильно, ибо эта жидкость есть та лимфа, которая содержит в себя антифермент и поэтому нужна для борьбы с инфекцией.

Розе Ф. Ю. Несомненно, синовиальной жидкости присущи в известной степени бактерицидные свойства. В результате своего сообщения, я, кажется, доказал (и это относится ко всякого рода инфицированным суставам), что артротомия как таковая, даже самая широкая и тщательная, сделанная с целью наилучшего дренирования сустава, сама по себе не достигает успеха и даже чревата всякими неожиданностями. Другое дело только отверстия в суставе (в смысле Пайра), которые производятся в самом начале инфекционного процесса сустава с целью промывания дезинфицирующими жидкостями (Риванол), вводимыми и удерживаемыми в суставе под значительным давлением для того, чтобы жидкости эти проникли во все закоулки синовиальной полости. Если эта мера, повторенная в течении 2—3 дней не дает эффекта и гнойный процесс не ликвидируется, то без своевременной резекции обойтись нельзя,—и именно это положение есть цель моего доклада.

Крымов А. П. Война всегда останется величайшим злом для человечества; история учит нас, что как бы ни готовиться к войне, всегда окажешься мало подготовленным. Мы должны в мирное время разбирать вопросы военной хирургии, но, вместе с тем не должны забывать, что все наши мероприятия мирного времени резко разнятся от мероприятий военного времени в силу разнообразных причин. На войне нередко, как сказал Пирогов, административные меры выше медицинских.

Напалков Н. И. (Председатель). Богатые содержанием доклады и оживленные прения выяснили, как много и плодотворно работала мысль русских хирургов в жизненно важном вопросе о повреждениях суставов. Выяснилось, что работа идет по широкому пути всестороннего изучения вопроса. Не противопоставляя морфологических форм функции, ни последней физикохимическим изменениям тканей и жидких частей организма, не замыкаясь в пределы борьбы с инфекцией и не полагая спасения в каком либо одном лечебном методе, все идет путем биологического изучения и подхода к вопросу.

Даже разногласия, например, между Приднепровием и Поволжьем, касаются лишь понимания значения отдельных биологических факторов. Верность пути и безграничность прилагаемых усилий уже дали блестящие результаты и в дальнейшем еще более приблизят нас к яркой звезде познания жизни сустава и дадут новую мощь в деле восстановления ее полноты и совершенства в случаях повреждений.

V. Внепрограммный вопрос—ХИРУРГИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Д О К Л А Д Ы*)

- 22) Ситенко М. И. (Харьков). К хирургии переломов коленной чашки.
 23) Удовиченко (Ахтырка). К казуистике переломов коленной чашки.
 24) Чаклин В. Д. (Харьков). Паллиативные операции при врожденных и патологических вывихах бедра.

П Р Е Н И Я.

Скляр И. П. (Сумы). Весьма поучителен наблюдавшийся мною случай повторного поперечного перелома коленной чашки. Больной 24-х лет, после игры в футбол, был доставлен с переломом чашки посредине и с расхождением отломков на $1\frac{1}{2}$ —2 пальца. При операции удалены кровяные сгустки, чашка сшита двумя проволочными швами, сухожилие было сшито несколькими шелковыми швами, и больной выписался с вполне восстановившейся функцией после довольно ранних движений. Функция сустава восстановилась настолько, что, несмотря на предупреждение не играть в футбол, больной не выполнил это совета. И через два месяца снова и на том же самом месте получил перелом. При операции один проволочный шов оказался разорванным, чашка сшита вновь, функция сустава восстановилась полностью, больной ходит не хромя.

Соколов С. Е. (Ленинград). Каждый хирург, прежде чем приступить к паллиативным операциям при врожденных и патологических вывихах бедра, лелеет мысль кровавым путем поставить головку на свое место. Пользуясь случаем напомнить о существовании мало известного разреза, открывающего широкий доступ к суставу. Этот способ в России применил профессор Радзиевский и проф. Гаген-Торн, в Германии Гюлек, Изелин и др.

Наружным дугообразным разрезом производят дезинзерцию большой ягодичной мышцы, т. е. рассечение сухожилия названной мышцы с откидыванием ее кнутри. Так как тазобедренный сустав составляет топографический центр ягодичной области, то предлагаемым оперативным приемом открывается широчайший доступ к суставу, что в особенности желательно, когда имеются запутанные патолого-анатомические отношения. Я применил дезинзерцию большой ягодичной мышцы в трех случаях и шесть раз ее применил проф. Гаген-Торн.

Крымов А. П. (Киев) Способ обнажения тазобедренного сустава предложенный проф. Радзиевским очень сложен и нередко, благодаря большой травме, осложняется инфекцией. Мои наблюдения и других авторов показали, что лучше избегать этих способов.

Вегнер К. Ф. (Харьков). Мало установить головку бедра кровавым путем на свое место, нужно еще и удержать ее на этом месте и, кроме того, гарантировать сохранение свободной подвижности, а, между тем, ни один из известных до сих пор кровавых способов не гарантирует ни того ни другого. Поэтому только тот, которому пришлось в поте лица провозиться над всеми этими способами в состоянии оценить все значение паллиативной операции Лоренца и Шанца. Эти операции, прежде всего, безопасны и технически не трудны, они совершенно устраняют мучительный симптом Тренделенбурга, устраняют лордоз, поднимая таз, создают твердую плавную походку и сохраняют достаточный размах движений. Поэтому у детей, после шести лет, мы воздерживаемся от попыток к безкровному вправлению, ибо при нем чрезмерно травмируются хрящи, а установка может все-таки не удасться. На радикальную

*) Доклады напечатаны во II-й части Трудов. Съезда.

кровавую репозицию мы не решимся, а предлагаем операцию Лоренца у детей, а у взрослых операцию Шанца.

Пржевальский Б. Г. (Харьков). По вопросу о вправлении трудных случаев вывиха бедра полагаю, что, если не во всех, то в огромном большинстве случаев вправление удастся, если его производить в точности по способу Аллиса.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ДОКЛАДЧИКОВ.

Ситенко М. И. Конечно, с активными движениями нужно быть осторожным, но в отношении спорта, мы все же счастливее д-ра Склярова— наш 8-й случай касается страстного спортсмена, которому три с половиной года тому назад сшита левая коленная чашка, а два года назад правая. В этом году он взял первый приз на состязаниях в беге и не получил рефрактуры.

Чаклин Б. Д. Паллиативные операции показаны не во всех возрастах, а лишь после предельного возраста. До 6-ти лет при двухсторонних вывихах и 8–10-ти односторонних в Медико-Механическом Институте, как правило, производится безкровное вправление. Чем старше субъект, тем труднее производить вправление. Нельзя вполне согласиться с указанием некоторых оппонентов, что вправление возможно во всех возрастах. У взрослых безкровное вправление при врожденных вывихах часто или совершенно невозможно, или если удастся, то в дальнейшем наступает релюксация. В упорных случаях релюксации безусловно показана бифуркационная остеотомия или глубокая—по Шанцу. Паллиативные операции частично разрешают мучительный вопрос о лечении невраваемых врожденных вывихов, но необходима точная техника, дальнейшие наблюдения и особенно отдаленные результаты.

Напалков Н. И. (Председатель). Сообщения начались с упоминания работ проф. Тринклера о лечении переломов коленной чашки, и прения закончились словами Лоренца о незаконченности достижений паллиативных операций при врожденных вывихах бедра. Доклады показали какой красоты и совершенства достигло лечение перелом надколенника со времени работы проф. Тринклера. Доклад и прения о внесуставных остеотомиях при врожденных вывихах бедра служат порукой тому, что в дальнейшем мы также совершенно научимся лечить эти тяжкие страдания.

Вечернее заседание (27-го марта)

VI. Второй научно-организационный вопрос: О ПРОТЕЗАХ.

Председатель Джигурда П. И. (гор. Волчанск).

Д О К Л А Д *)

25) Трегубов С. Л. (Харьков). Культя и протез.

П Р Е Н И Я.

Гейманович З. И. (Харьков). В качестве председателя комиссии по назначению и изготовлению протезов в Ростове на Дону во время гражданской войны, я имел возможность видеть до 300 законченных культей у инвалидов империалистической войны—более старых, а также у инвалидов гражданской войны. Огромное большинство их падало на нижние

*) Доклад напечатан во II-й части Трудов. Съезда.

конечности и из них как раз, в огромном большинстве, до $\frac{9}{10}$ культей были неудовлетворительны. Не были соблюдены требования, предъявляемые для более выносимых культей ни в смысле надлежащей длины остающейся части, (наблюдались неудобные для протезирования излишки), ни в смысле хорошего прикрытия костной основы культи. Культи заживали, по большей части, с нагноением и отсюда все ее дефекты. Часто наблюдались экзостозы в различной степени развития. Для нагрузки эти культи не были пригодны и, в лучшем случае, возможно было приготовление аппаратов с упором на седалищный бугор или на бугристость большеберцовой кости. Показания для реампутаций были не менее чем в 15% случаев.

Розенберг И. М. (ст. Переездная). Среди молодых врачей распространено ходячее мнение, что ампутация это мелкая легкая операция. Этот ложный взгляд надо изжить и воспитать врачей в том направлении, что ни в одном только отсечении больной конечности задача хирурга, но нужно считаться с тем, как увечный будет дальше жить без конечности. Выставленные на с'езде протезы очень хороши, но, к сожалению, они предназначены не для рабочей и крестьянской России. Последняя передвигается или на костылях, на четвереньках или, в лучшем случае, на деревяшках. Для массы обездоленных инвалидов необходимо во что бы то ни стало найти нормализованный тип простого протеза, хотя бы даже усовершенствованной деревяшки. Этого ждут от нас не только инвалиды минувших войн, но и инвалиды труда, промышленности. В частности Донбасс, где сосредоточена, в значительной степени, наша тяжелая промышленность, почти каждый день дает нам многих инвалидов, о которых мы должны позаботиться. Мысль профессора Трегубова о необходимости издания сборника «Культа и Протез», заслуживает поддержки и скорейшего осуществления.

Кудинцев И. В. (Харьков). Коль скоро нам приходится говорить об ампутации—вопрос в значительной степени теряет характер медицинский и принимает характер социальный. Прошедшие войны дали нам харьковцам богатый материал, начиная от повреждения и до необходимости протезирования; со своей стороны не могу не присоединиться ко всем положениям проф. С. Л. Трегубова. В частности, обращаю внимание на операцию Пирогова. Не всегда удовлетворительные результаты от нее зависят, в громадном большинстве случаев, от неправильного сращения распилов костей голени и пяточной кости, а это в свою очередь зависит от недостаточной фиксации последней. Применяя обычные способы фиксации,—металлические швы, удлинение Аххилова сухожилия для лучшего сопоставления, я также не всегда получал хорошие результаты, но с тех пор, как я не стал применять никаких швов, а лишь один гвоздь, результаты получились очень хорошие и теперь не наблюдаю смещения пяточной кости.

Осипов Л. С. (Киев). Протезирование в большой степени зависит от хирурга. Культа должна быть пригодна к протезированию, и потому хирургу необходимо знать таблицу и перед ампутацией помнить, что культя будет приспособливаться протез ортопедом-техником. В течение 8 месяцев после операции культа должна воспитываться (массаж, резиновый бинт, временные протезы), и хирург должен дать указания и руководить этим, дабы протезирование затем было удачным. Практика работ ортопедов-техников говорит о том, что покрытие костей равномерно толстым лоскутом ткани, удачный выбор места рубца и швов знаменует культу восприимчивую к протезированию, и исключает муки увечного при пользовании протезом. Также необходимо обратить внимание на подвижность суставов и уничтожить контрактуры; операцию по Шопару нужно выбросить из хирургического обихода; на операцию Пирогова обратит сугубое внимание. Если в области протезной техники начаты работы п

переконструкциям и усовершенствованиям, то хирурги должны принять во внимание все вышесказанное, дабы не ставить в затруднительное положение техников. В этом успех протезирования.

Гарнье А. И. (Харьков). По условиям моей работы в железнодорожной больнице, мне пришлось сделать очень много ампутаций и я думаю, что я их сделал около 1800. Все предложенные новейшие способы мною были проделаны много раз (Бир, Вильмс, Бунге и др.) и я должен сказать, что все способы дают очень хорошие культы. Боли в культе могут однако зависеть вовсе не от состояния кости. Кляпп в конце своей работы представляет рентенограммы как будто бы плохих культей, которые, однако, прекрасно служили для ношения протеза и наоборот. Я видел больных с прекрасными культями, которые страдали годы от невыносимых болей. У одной больной, получившей ранение в левый голеностопный сустав, конечность была ампутирована гинекологом на 6 день после ранения, рана плохо и долго заживала и появились невыносимые боли. Тогда она была оперирована вторично прекрасным хирургом в Тифлисской больнице, который сделал ампутацию в верхней $\frac{1}{3}$ голени, но боли остались. Тогда ей была сделана ампутация в нижней $\frac{1}{3}$ бедра проф. Федоровым—боли остались. Я встретил ее в Берлине, у проф. Бира, который удалил ей весь седалищный нерв на бедре, но боли не прекращались. Проф. Бир показал ее проф. Оппенгейму, который сказал, что сознание ощущения болей у нее останется навсегда. Быть может боли у нее были в симпатической системе. Нервам и сосудам при ампутациях надо придавать большое внимание и есть много предложений, как поступать с перерезанными нервными стволами. Я их всегда вытягиваю и перерезаю как можно выше, чтобы они не лежали в плоскости рубца. Ампутацию делаю без снятия периоста, но непременно удаляю острой ложкой костный мозг и эндост. Кости закрываю лоскутом, состоящим из кожи, фасции и перемизия и получают прекрасные культы. Обработка по Гиршу очень желательна.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ДОКЛАДЧИКА:

Трегубов С. Л. Вопрос о деревяшке заслуживает большого внимания, чем ему уделяют. Дело в том, что, в сравнении с другими протезами, так называемая деревяшка является гораздо более распространенной. Как рабочий протез для нижней конечности, она дает прекрасную, устойчивую опору; простая конструкция, не требующая починок, делает ее настолько ценной, что если бы внести в нее некоторые конструктивные изменения, то в крестьянской рабочей среде, где работают стоя, она бы свободно могла конкурировать с протезами, снабжение которыми представляет ряд трудностей. Операция Шопара для протезирования имеет почти непреодолимые препятствия. Воспитание культы в деле протезирования имеет существенное значение, так как даже плохие культы путем воспитания можно сделать удовлетворительными для протезирования.

Д О К Л А Д Ы*).

VII. ХИРУРГИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ. (Продолжение).

- 26) Шмарьевич Н. А. (Харьков). Остеохондритис деформанс ювенили.
- 27) Поволоцкий Я. (Харьков). Лечение ожоги открытым способом.
- 28) Монашкин Г. Б. (Харьков). О периапериартериальной симпатэктоми.

*) Доклады напечатаны во II-ой части Трудов. Съезда.

29) Тафт А. В. (Харьков). К вопросу о лечении застарелых кон-трактур.

30) Недохлебов В. П. (Харьков). Фасциитис пальмарис.

31) Гутников П. Е., Чиковани К. А. (Ростов н/Д.). Реинплан-тация нижней конечности человека на сосудисто-нервной ножке по способу проф. Богораза.

П Р Е Н И Я.

Фридман М. Т. (Харьков). Вопрос о периаптериальной симпатэк-томии—модный вопрос в хирургии. Обилие заболеваний, при которых при-меняется эта операция, указывает нам, на то, что нет еще точно уста-новленных показаний к ее применению. Ответ на этот вопрос должны дать эксперимент и клиника. Нашей клинике посчастливилось в том отно-шении, что мы могли на людях проверить данные, полученные при экспе-рименте. Из доклада доктора Монашкина мы видим, что изменения в стенках сосудов (эндо и мезоартериитис) отличаются только по интен-сивности от изменений, полученных нами на животных; это и понятно, так как в этих случаях уже до операции имелись патологически изме-ненные сосуды (спонтанная гангрена). Далее, о роли обкладки жиром: жировая муфта не только имеет гемостатическое значение, но и предупре-ждает образование рубца. На препаратах доктора Монашкина, точно также как и при экспериментах на животных, нет никаких изменений в периаптериальной клетчатке, которые указывали бы на возможность образования рубца вокруг сосуда. Эта операция найдет себе применение в случаях ангионейрозов и трофонейрозов на почве изменений симпатиче-ской нервной системы.

Мещанинов А. И. (Харьков). Периаптериальная симпатэктомия, применяемая при различных заболеваниях начинает не оправдывать надежд, возлагавшихся на нее. В тех случаях, в которых мне пришлось ее при-менить, я не получил успеха—ни в случае спонтанной гангрены, ни в случаях трофических язв. Кровотечений после денудации я не наблюдал, но стойких успехов также не было. В одном из случаев (трофическая язва—луес) первое время все шло очень хорошо, язва почти зажила, но вскоре приняла прежний размер. В одном из случаев я воспользовался предложением проф. Тринклера и обернул артерию мышечным лоскутом, но успеха не получил. Только после глубоких разрезов кожи прони-кающих до фасции, я получил заживление язвы; думаю, что здесь сыграли роль принципы высказанные Молотковым.

Корхов И. П. (Харьков). Гангрена одно из заболеваний, борьба с которым сводится к ампутации, противоречащей всем принципам хирургии и она применяется исключительно в случаях угрозы жизни больного. Поэтому денудация артерий, которая якобы спасает больного от тяжкого заболевания, была встречена с большим энтузиазмом хирургами всего мира. В клинике проф. Н. П. Тринклера мы уделили много внимания этому вопросу. Ряд клинических наблюдений и экспериментальных работ (Фри-дман, Федоровский, Монашкин) позволяет нам высказать свое мнение по этому важному вопросу: 1) Операция Лериша имеет лишь ограниченный круг применения (каузалгия, перемежающаяся хромота, начи-нающаяся гангрена без явных гангренозных очагов). 2) Денудация должна производиться на небольшом протяжении артерии. 3) Лимфатические же-лезы не должно травмировать, т. к. они являются местом скрытой инфекции и грозят вторичным нагноением. 4) Сама операция, в некоторых случаях, несомненно дает результаты в смысле уменьшения болей, исчезновения признаков гангренозных явлений, но далеко не является безопасной опе-рацией. 5) На основании экспериментальных работ и клинического наблю-

дения мы рекомендуем воздержаться от широкого применения этого метода, лишаящего во многих случаях хирурга оказать даже «нефизиологическую помощь» больному, т. е. сделать ему ампутацию.

Бельц А. А. (Харьков). Во 2 хирургическом отделении 2-й Советской больницы периаптерильная симпатэктомия произведена 12 раз. 4 раза по поводу самопроизвольной гангрены, при чем в 2-х случаях получен блестящий результат. В одном из них была гангрена большого пальца, в другом—второго. После симпатэктомии пальцы удалены, боли прекратились и оба больных больше года чувствуют себя прекрасно и работоспособны. В третьем случае гангрена шла дальше и необходимо было ампутировать ногу в средней $\frac{1}{3}$ бедра. Четвертый находится еще в больнице, боли прекратились и раны очищаются. Один раз произведена симпатэктомия по поводу каузалгии после ранения плечевого сплетения, результат блестящий. Шесть раз произведена операция по поводу трофических незаживающих ранений и все случаи зарубцевались в течении 3—4 недель, хотя некоторые из них существовали по несколько лет. Особенно поражает один случай язвы голени после огнестрельного ранения седалищного нерва, которому в течении 9 лет было сделано 26 операций, из них 18 пластических. Поступил он с язвой голени размером 12×8 сант., и после симпатэктомии, рана начала рубцеваться и он выписался через месяц с раной в размере 4×2 сант.

Шамов В. Н. (Харьков). Применение периаптериальной симпатэктомии при самопроизвольных гангренах, на сколько я помню, впервые было сделано мною (в ноябре 1919 г.). На 15-ом Съезде Российских Хирургов я сообщил о результатах этой операции в 26 случаях, отметив, что в ряде случаев операция может дать значительное и длительное улучшение симптомов заболевания. С того времени количество моих наблюдений увеличилось и я попрежнему считаю, что в ряде случаев операция может сопровождаться определенным терапевтическим эффектом. Оговариваюсь однако, что ни прежде, ни теперь я не считаю операцию периаптер. симпат. панацеей при столь тяжелом заболевании, как самопроизвольная гангрена. Вмешательство может дать расширение сосудов и улучшение кровообращения только при тех случаях и в тех областях, где эти сосуды еще проходимы и здесь результаты операции иногда бывают чрезвычайно демонстративны. В случаях же, когда сосуды уже совершенно затромбированы, от периаптер. симпат. можно ожидать только кратковременного улучшения симптомов и она не может, конечно, предохранить конечность от ампутации.

Таким образом, в противоположность высказанным здесь мнениям, я продолжаю считать периаптер. симпат., в известных случаях, самопроизвольных гангрен, ценным терапевтическим методом.

Второй важный вопрос, естественно связанный с применением периаптер. симпат. заключается в том, насколько эта операция опасна. Мною лично по разным поводам операция эта произведена, в общем, около 40 раз, при чем в ряде случаев она была применена на сосуде настолько резко склерозированном, что, после денудации, он в виде дуги поднимался над операционной раной. Должен сказать, что на все эти случаи ни в ближайшем, ни в отдаленном периоде я не видал от операции никаких осложнений. Единственное осложнение, наблюдавшееся мною, заключалось в том, что во время денудации глубокой артерии бедра, я поранил ее концом, неплотно закрывавшихся, ножниц. Пришлось наложить сосудистый шов; операция, несмотря на это, сопровождалась полным эффектом и через несколько лет пациент явился ко мне на одной только этой конечности—другая была за этот период уже ампутирована по поводу развившейся на ней гангрены, и на ампутационной культе имела уже новая язва.

Если присоединить к моим случаям, известные мне 18 случаев опубликованных моим учеником д-ром Страдынь, то мы получим уже довольно большое количество наблюдений, при которых от операции, произведенной по одной и той же технике, мы ни разу не видали каких-либо осложнений. В литературе накопился в настоящее время также достаточно большой материал по периартер. симпатект., на который имеется только несколько единичных случаев осложнений, в роде сообщенных сегодня. Интересно отметить, что все эти случаи осложнений опубликованы почти исключительно авторами, располагающими небольшим собственным материалом, и для меня невольно напрашивается вопрос, не должны ли быть эти осложнения отнесены не столько за счет самой операции, сколько за счет техники ее выполнения. Итак, на основании своего опыта, я продолжаю попрежнему думать, что разбираемая операция, сама по себе, не представляется опасной, но в то же время считаю нужным отметить, что она требует очень деликатной и осторожной техники.

Крымов А. П. (Киев). Отмечу, что Дюпюитреновская контрактура нередко, в особенности в первое время ее развития, легко поддается лечению диатермией.

Периартериальная симпатэктомия проделана мною на довольно большом количестве больных; применял ее я и при сухой гангрене. Должен отметить, что в одном случае даже полного тромбоза сосуда, получился эффект исчезновения болей. При изменении сосуда, операция эта технически нелегка. Я не употреблял обкладывания обнаженного сосуда жиром и, думаю, что этот метод не рационален. Если мы, лишенную питающих сосудов сосудистую стенку, окружим живыми тканями, то этим самым поддержим ее питание. Обложение жиром изолирует сосуд и тем нарушает его питание.

Розенберг И. М. (ст. Переездная). Непонятно, каким образом автор будет проводить открытый метод лечения в случаях, когда одновременно обожжена и передняя и задняя поверхности тела. Совсем отказаться от мазевых повязок мы не всегда имеем возможность. Из последних—в смысле эпителизирующей способности весьма полезен шарлахрот. Что касается периартериальной симпатэктомии, то в одном из моих случаев, у мужчины 36 лет, у больного оперированного по поводу спонтанной гангрены, бедренная артерия, изолированная в Скарповском треугольнике, оказалась резко склеротически дегенерированной и давала ощущение пульса лучевой артерии 10-ти летнего ребенка. Ясно, что в таких случаях ожидать от операции серьезного и длительного эффекта не приходится. Ближайшая задача—выработка строгих показаний и противопоказаний к симпатэктомии.

Соколов С. Е. (Ленинград). После сообщения д-ра Поволоцкого на XVI С'езде Российских Хирургов, клиника профессора Э. Р. Гессе приступила к методическому лечению ожогов открытым способом. Наши наблюдения, в главном, подтверждают выводы докладчика. Необходимо отметить, что больные в устраиваемых камерах жалуются на охлаждение, поэтому приходится присоединять согревающие процедуры в виде простых грелок, помещаемых в камеру. Более удобны для этой цели лампочки накаливания темного стекла. Большею частью, даже при обширных ожогах, удавалось находить здоровую кожную поверхность, на которую можно уложить больного. У детей открытый способ лечения встречает препятствия, так как юные пациенты не могут удержаться от срывания струпов. В амбулаторной практике разбираемый способ лечения неприменим, вследствие сложности приспособлений, о чем говорил сам докладчик. Кроме того, при амбулаторном лечении невозможно создать оптимум температуры, необходимой для регенерации, погибших от ожога, тканей.

Розенберг И. М. (ст. Переездная). Результаты, полученные проф. Богоразом весьма ободряющие, особенно, если принять во внимание, что все оперированные им случаи безусловно были обречены на ампутацию. Операция Богораз сохранила больным, хотя и укороченную, но все же собственную конечность, а не протез. Мои исследования на трупах убедили меня в сравнительной простоте техники. Особое внимание требует перевязка коллатералей (по 6—8 с каждой стороны), их необходимо перевязать на расстоянии 8—10 мм. от материнского ствола. От операции Богораз, быть может, один шаг к следующей ступени,—пересадке целых конечностей.

Гейманович З. И. (Харьков). Подробное описание операции Богораз в условиях нормальных тканей, данное докладчиком, указывает на очень большую сложность этого вмешательства. Отсюда вытекает ее сугубая сложность при наличии туберкулезного или же новообразовательного процесса. В одном случае у 11-ти летнего б-го при прогрессирующем туберкулезе костей, исходящем из коленного сустава, с наклонностью к периартикулярной инфильтрации, я произвел такого рода обширное иссечение. Ясен был уже при производстве операции ее прогноз: сосуды были,—как это и наблюдается при атрофических конечностях,—настолько малого калибра, а обнажение пришлось произвести на таком протяжении, что о их дальнейшей судьбе, приходилось думать пессимистически. Позже пришлось конечность ампутировать. У детей эту операцию я, вообще, не считаю показанной: уносятся основные ростковые зоны конечности, и нога, даже при ближайшем благоприятном исходе, позже, с течением роста, окажется слишком укороченной для пользования. Если мы имеем дело с злокачественным новообразованием, эта операция у детей еще менее показана. Сохранение такой негодной конечности не оправдывается опасностью рецидива.

Кох Э. Х. (Одесса). Вопрос, затронутый доктором Недохлебовым, чрезвычайно интересен. У нас таких исследований очень мало и каждая работа в этом направлении ценна. Я уже почти 2 года принимаю в рабочей поликлинике, которую посещают трамвайные служащие и между ними и вагоновожатые. Я не видел среди последних ни одного случая начальной формы контрактуры пальцев или даже Дюпюитреновской контрактуры. В поликлинике у меня было 2 случая—один б-ой по профессии писмоводитель, а другой—мастер по изготовлению хирургических инструментов. У первого из них я экстирпировал всю фасцию пальмарис и, по предложению проф. Зильберберга, перенес сюда на это место жир с ягодицы. Больной выздоровел, уже прошло 2 года после операции и результат держится стойко. Думаю, что профессия не при чем, а скорее играет роль наследственность.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ДОКЛАДЧИКА.

Гутников Б. З. Что касается названия операции «Реинплантация», то таковое, как передающее сущность самой операции, является единственным. Ведь не называть же эту операцию резекцией. Относительно неудач при туберкулезе, то мне кажется, что выводить какие либо статистические заключения, при наличии всего 9 случаев, слишком рано, а тем более при туберкулезе, при котором случаев реинплантации имеется всего три, из них один прожил до 4-х лет. Коллатерали надо перевязывать с условием, чтобы не вызвать тромбоза крупных сосудов, но и нельзя оставлять больших их участков, что будет противоречить идее операции и может повести к рецидиву процесса. Теоретически нет оснований полагать, что операция реинплантации по Богоразу

даст дурные результаты. Ведь если мы при туберкулезе решаемся на операцию, то хотим возможно совершеннее удалить очаг. Какая же другая операция достигнет этого с таким совершенством. Быть может, в отношении соблюдения известного расстояния при перевязке коллатералей есть известные трудности, этих трудностей опасается доктор Гейманович. Опасения затруднений при выделении пучка, на которые он указывает, совершенно неосновательны. Ведь пучек—наиболее устойчивая ткань. Всякая операция у детей нежнее, мельче, тоньше, а потому труднее. Вы указываете, что нога ребенка отстанет в росте, а что же предлагаемая вами ампутация удлинит ее или перенесет ближе к земле точку опоры протеза. Замену реинплантации по способу проф. Богораз ампутацией в случаях указанных доктором Геймановичем, при современном состоянии вопроса, я считаю, по меньшей мере, нецелесообразной.