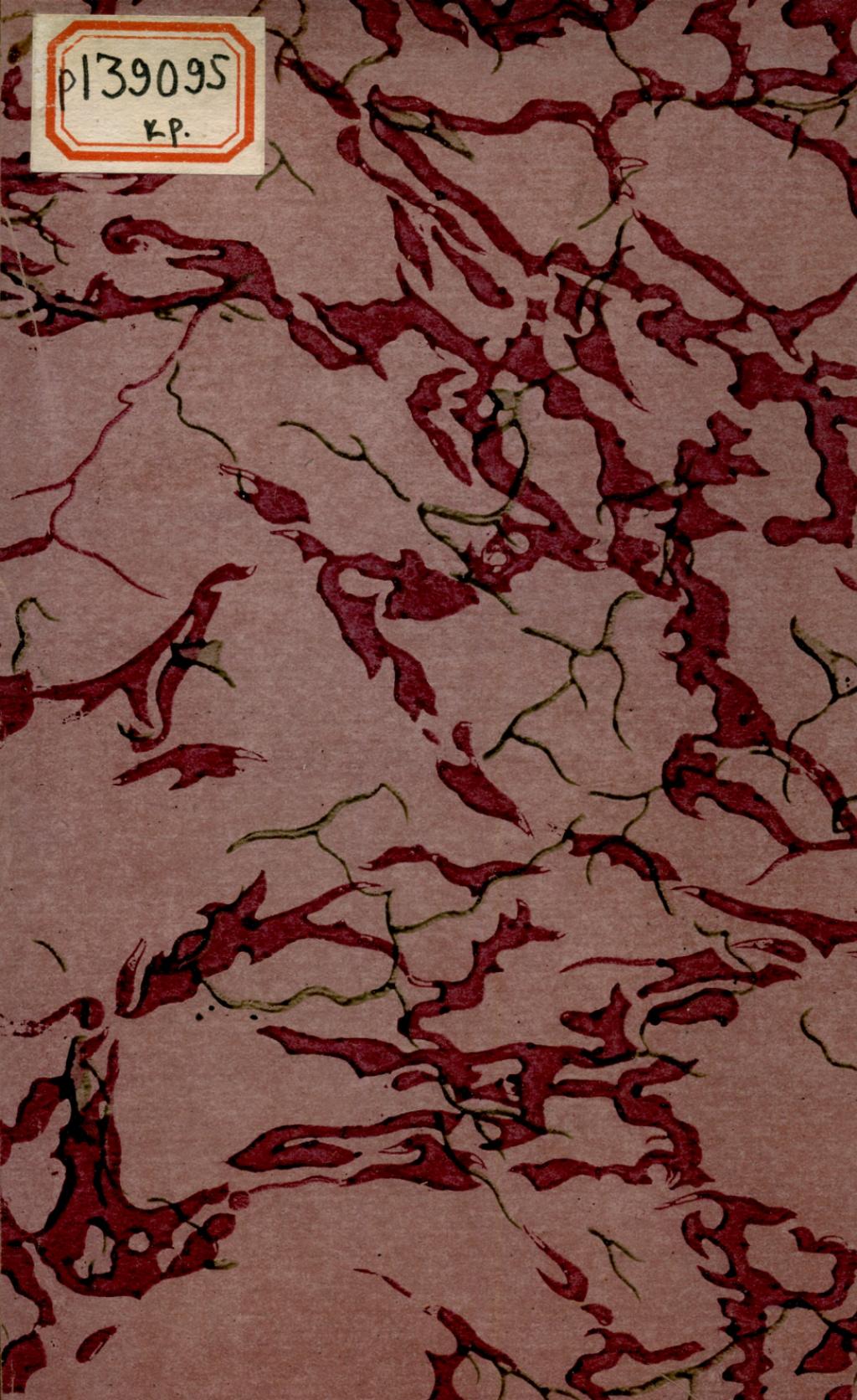


pl39095  
K.P.



61  
П-85  
139095

КАЯ НАУЧНАЯ АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ  
при врачебной секции Губотдела Медсантруд

# ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ

и

# КРАТКИЕ РЕФЕРАТЫ ДОКЛАДОВ

1927 г.

---

ВОЛОГДА  
1929

Гублит № 1127 (Вологда)

Тираж 500 экз.

Типография Полиграфтреста «Северный Печатник» (Вологда).

# ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ И КРАТКИЕ РЕФЕРАТЫ ДОКЛАДОВ В ВОЛОГОДСКОЙ НАУЧНОЙ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ

*Заседание I, 7 января 1927 г.*

**ДОКЛАД 1-й. Д-р А. Н. Орлов.** Повторное кесарское сечение.

Доклад печатается полностью в сборнике, посвященном памяти П. П. Мокровского.

**ДОКЛАД 2-й. Д-р К. Н. Михайлов.** Пластиначатые препараты по способу д-ра Талалаева. Автореферат.

С октября 1926 года прозектура Вологодской Губбольницы впервые применила у себя приготовление пластиначатых патолого-анатомических препаратов по способу д-ра Талалаева. Способ разбивается на несколько моментов:

а) приготовление рамок; б) вырезывание и фиксация пластиинки в соответствующих растворах; с) заключение пластиинки в рамку путем заливания в агар-агар; д) внешняя отделка препарата.

После приготовления необходимого оборудования, было приготовлено 120 препаратов из органов и тканей, взятых со вскрытий, а также удаленных оперативным путем.

Из наиболее заслуживающих упоминания препаратов следует отметить: 1) гигантский эхинококк селезенки; 2) множественные абсцессы печени; 3) гипернефрома почки; 4) несколько трубных беременностей двойнями; 4) фибросаркома слепой кишки; 5) сифилис яичка и придатка; 6) обтурационная желтуха печени на почве рака перипортальных желез; 7) туберкулезная бронхопневмония; 8) случай острой желтой атрофии печени; 9) остеосаркома ребра; 10) гематометра в одном из рогов матки; 11) перфоративный аппендицит с выпавшим камнем; 12) нодозная форма туберкулеза легкого; 13) саркома яичка; 14) перфорация матки, 15) опухоль Круkenberga (яичник); 16) гигантский коллоидный зоб и др.

Метод пластиначатых препаратов представляет многие преимущества перед обычным заключением в банки в виду: 1) портативности препарата, 2) удобства демонстрирования (могут быть вывешены на стену, 3) удобства перевозки и т. д., но, наряду со всем этим главным недостатком этого метода является невозможность демонстрировать весь препарат в целом, а только плоскостные его срезы. Кроме того, хлопотливость приготовления и трудность получить пластиинку соответствующей толщины. Во всяком случае при полной невозможности получения необходимой посуды (четырехсторонней банки с пришлифованными крышками) метод может быть рекомендо-

ван, как наиболее дешевый и при тщательном выполнении всех деталей техники приготовления дающий вполне хорошие результаты. Описание метода помещено 1) в «Трудах I Все-союзного съезда патологов», 2) в «Журнале лабораторной практики» за 1926 и 1927 г. г.

*Заседание II, 15 января 1927 г.*

ДОКЛАД 3-й. Д-р **Наволоцкая** и д-р **К. Н. Михайлов**. Острая желтая атрофия печени.—Д-р Наволоцкая (стажер) доложила случай острой желтой печени, наблюдавшийся в терапевтическом отделении Губсовой-цы. Автореферат не представлен. Д-р Михайлов демонстрировал препараты печени патолого-анатомические (пластинчатые срезы) и гистологические.

Выступавшие в прениях д-ра **Орлов**, **Булкин**, **Кистер**, **Горталов** дали ряд указаний по этиологии заболевания и методике клинического наблюдения, отметив необходимость некоторых лабораторных исследований для подкрепления диагноза и выяснения этиологии.

Д-р **Михайлов** сообщил о том, что случаи острой желтой атрофии печени за последнее время участились в связи с инъекцией сальварсана (по мат. съезда патолого-анатомич. проф. Широкого-гров). Наиболее частой причиной острой желтой атрофии печени является отравление фосфором. В прозекторской практике за 12 лет им этот случай встречен впервые. На основании данных патолого-анатомической картины: вес — 720 г вместо 2000, характерная гистологическая картина распада, бурный процесс в 3—4 дня. Exitus больной диагностика несомненна. Д-р Михайлов соглашается, что отмеченное д-ром Булкиным упоминание,—не исследована моча на лейцин и тирозин,—справедливо.

Председатель д-р **Беляев**, резюмируя развернувшиеся прения, указывает, что причиной представления данного случая на обсуждение является неясность этиологии.

ДОКЛАД 4-й. Д-ра **Н. Н. Рукин** и **К. Н. Михайлов**. Эмболия легочной артерии (демонстрация больной и препаратов).

Докладчик наблюдал в один день два случая эмболии легочной артерии в Губсовой-ци: один — в хирургическом отделении и другой — в гинекологическом. Из них один случай кончился смертельно, а в другом случае больная поправилась. Изложив данные из истории болезни, докладчик продемонстрировал весьма показательный препарат эмболии легочной артерии и больную, которая в настоящий момент чувствует себя вполне удовлетворительно. Относительно этиологии последнего случая докладчик склоняется к тому, что здесь главную роль имела послеродовая инфекция. Больная доставлена была в отделение после септических родов, с приращением детского места.

Докладчику был задан ряд вопросов. Д-р **Грегори** — была ли мокрота и ее характер? Ответ: Мокрота была пенистая, слизисто-кровянистая.

Д-ра Кистер и Лилеев интересовались вопросом о раннем вставании и наркозе. В ирригиях выступали: А. В. Грегори. Эмболия главного ствола легочной артерии встречается редко, эмболия разветвлений легочной артерии — явление нередкое. Сюда относятся повидимому многие случаи послеоперационной пневмонии. Клинически мы не всегда можем отличить пневмонию гипостатическую от аспирационной и эмболической. Гениальная операция Тренделенбурга при эмболии легочной артерии с успехом произведена только один раз. Нужно отметить, что операция Тренделенбурга производилась неоднократно при отсутствии эмболии легочной артерии, хотя клинически имелись все признаки такой. Такая ошибка имела место во многих первоклассных клиниках. Вот почему случай больной, демонстрированный докладчиком, можно считать вероятным в смысле того, что имелась эмболия легочной артерии, тем более, что и характер мокроты недоказательный. Препарат, демонстрированный докладчиком, интересен и демонстративен.

Пред. д-р Кадников, резюмируя прения, говорит, что эмболия является несчастьем при хирургической работе. Он не вполне согласен, что эти случаи очень редки. Он вспоминает 4 случая. Один из них — в клинике проф. Боброва и три случая — из своей практики в г. Галиче. Случаи производят очень тяжелое впечатление на работающий персонал. Остается, по его мнению, не вполне выясненным вопрос: не является ли причиной эмболии долгое лежание в постели после операции? Вопрос этот интересен и подлежит освещению в дальнейшей работе кружка. Докладчик в заключительном слове говорит, что он сегодня неставил своей задачей дать полное освещение вопроса об эмболиях легочной артерии, считая, что этот вопрос имеет за собою большую литературу и подлежит отдельной проработке. Задача сегодняшнего выступления более узкая, — демонстрировать перед товарищами довольно редкое, но очень тяжелое заболевание.

*Заседание III, 23 января 1927 г.*

ДОКЛАД 5-й. Зубной врач Е. К. Петропавловская. Ротовой сепсис.—1. Заболевания зубной системы часто являются причиной заболеваний как отдельных органов, так и всего организма. Различные заболевания организма могут осложниться разнообразными заболеваниями зубной системы. 2. Раз этиологическим моментом для ряда заболеваний организма является то или другое заболевание зубов, предупреждение и излечение их зависят от санации последних, которая, в свою очередь, во многих случаях рациональна лишь при согласовании с общим лечением. 3. Практические выводы для нашей действительности требуют положений: а) стационарные больные при всестороннем исследовании организма должны быть подвергаемы обследованию и со стороны зубной системы; б) согласованная работа зубврачей с врачами других специальностей может сократить время пребывания больных в стационарах, а также дать лучшие результаты курортного лечения, особенно больных, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

**ДОКЛАД 6-й. Д-р З. К. Чулкова.** Цирроз Напот с демонстрацией препарата. Автореферат не представлен.

**ДОКЛАД 7-й. Д-р И. Ф. Иванов.** Демонстрация опухоли мозга.

Больной И. А., 7 лет, поступил в Губ. детскую б-цу 25 января. Ослабленного питания, с плохо развитым подкожным жировым слоем. Слизистые оболочки и кожа бледноваты. В правом легком сухие хрипы; печень увеличена пальца на полтора. Правое плечо держит немного опущенным. Движения правой руки плохо координированы. Рефлексы *biceps et triceps* живые, одинаковы на обеих руках. Сила в правой руке понижена. При ходьбе тащит правую ногу и откладывает в сторону. Коленный рефлекс на правой стороне живее. Рефлекс Ахиллова сухожилия живой на обеих конечностях. Симптом Бабинского положителен на обеих сторонах. Симптом Гордона—на правой; атрофии мышц на правой стороне не наблюдается. Мальчик жалуется на рвоту и боли в теменной области; постукивание по черепу не болезненно. Зрачки расширены, плохо реагирует на свет, отклонение головы и глаз вправо. Правая носогубная складка сглажена, правый угол рта опущен. Говорит редко, как бы скандирует и заикается. Настроение апатичное, капризное. Мысли путаются, часто повторяется, плохо понимает сказанное. Температура не выше  $37.7^{\circ}$  при чем утренняя в продолжение 9 дней была на несколько десятых больше вечерней, утром в день смерти  $t^{\circ} 40.3^{\circ}$ . Со стороны мочеиспускания никаких уклонений и жалоб не отмечено. Со стороны крови: красных кровяных шариков—5480 тысячи, белых—13800. Нейтрофилов: палочковидных—4% сегментированных—76%, лимфоцитов—17%, моноцитов—3%. Реакции Вассермана и Пиркэ отрицательные; днем капризничает, ночами плохо спит, вскакивает. Параллельно с наледением зрения падает речь, делается реже, заикание больше. Ригидность мыши шеи появляется на 7-й день. На 10-й день резко выражен Kernig на обеих ногах. Самостоятельно двигается до 4-го дня, до 7-го дня—с поддержкой. На 5-й день сделана спинно-мозговая пункция,—жидкость идет под давлением, прозрачная, взято 15 грамм. Повторно—на 9-й и 13-й дни. Никаких улучшений в состоянии после пункции не отмечается. В спинно-мозговой жидкости найдены редкие гнойные клетки и расположенные около клеток граммотрицательные диплококки (менингококки); при посеве на кровяной сыворотке получен рост чистой культуры—грамм отрицательного диплококка (менингококка)—Weichselbaum'a. По Вассерману—жидкость отрицательна. На 9-й день отмечено подергивание рук, на 13-й—клонические судороги конечностей; мальчик впадает в бессознательное состояние и на 15-й, при явлении паралича дыхательного центра, погибает, попадая на секционный стол с диагнозом *Meningoencephalitis*. При продольном разрезе левого полушария обнаружено следующее: вся центральная часть полушария занята опухолью, имеющей округло-ovalную форму с длинником в 8 см и с поперечником в 6 см. Цвет опухоли—серовато-розовый, консистенция ее чрезвычайно рыхлая, рассыпчатая. При микроскопическом исследовании кусочков из опухоли оказалось, что в данном случае имеется дело с глиосаркомой, исходящей из соединительной ткани, окружающей сосуды мозга.

*Заседание IV, 30 января 1927 г.*

**ДОКЛАД 8-й. Д-р Д. Н. Замараев.** О классификации повреждений при судебно-медицинской экспертизе.

Положения: В новой редакции Угол. кодекса 1926 г. имеется некоторая неувязка, которая дает затруднения врачам-экспертам при квалификации телесных повреждений.

Статья 142 в первой части говорит о повреждениях тяжких, опасных для жизни, повлекших за собою потерю зрения, слуха или какого-либо органа, неизгладимое обезображение лица, душевную болезнь или иное расстройство здоровья, соединенное со значительной потерей трудоспособности. Следующая 143 статья говорит уже о легких телесных повреждениях, неопасных для жизни, но вызывающих расстройство здоровья.

У врачей возникают сомнения, куда же отнести повреждения опасные для жизни, но не сопровождающиеся указанными в 143 ст. условиями, напр., ранения брюшной полости, дающие большую смертность, но не сопровождающиеся, по выздоровлении, потерей трудоспособности, ранения черепа, легкого. Не соблюдена градация в классификации повреждений, и это обстоятельство на практике поведет, во-первых, к повторным переосвидетельствованиям потерпевших и к частым расхождениям заключений, к их условности и меньшей категоричности. Пример—суд.-мед. экспертиза гр. Лямина от 7/Х-1927 г. Рубленая рана топором лобной части черепа с повреждением мозга. Заживление. Приходится рубец отнести к легким телесным повреждениям, вызвавшим расстройство здоровья. Указанное несоблюдение градаций поведет к судебным несправедливостям, так как уравнивает при прочих равных условиях степень виновности лиц, нанесших самые различные телесные повреждения. Пример—ушиб палкой предплечья и вышеуказанное ранение черепа с повреждением мозга. Два одинаковых преступления—в нанесении телесных повреждений—могут квалифицироваться разно и повлечь применения очень различных (до 10 лет и до 1 года) мер социальной защиты—в зависимости от смерти или выздоровления потерпевшего, т.-е. от обстоятельств, независящих от воли преступника, при прочих равных условиях. Для устраниния всех указанных недочетов необходима промежуточная статья или часть статьи, которая говорила бы о повреждениях тяжких, опасных для жизни, но по выздоровлении не оставляющих стойких изменений со значительной потерей трудоспособности. Практическое предложение: 1. Выделить из состава врачей-представителей для совместного обсуждения вопроса в юридическом кружке при губсуде. 2. По обсуждении вопроса в юридическом кружке—направить соответствующие предложения в губсуд для рассмотрения в пленуме губсуда и вышеупомянутых последующих инстанциях.

ДОКЛАД 9-й. Д-р А. Н. Орлов. Отчет об Уральском съезде хирургов, гинекологов и офтальмологов в гор. Свердловске (с 20 по 23 января 1927 г.).

Материалы по данному съезду напечатаны в Трудах съезда. Издание Свердловского Окружного здрава за 1927 год.

*Заседание V, 12 февраля 1927 г.*

**ДОКЛАД 10-й. Д-р П. А. Кадников.** Об уральском съезде.

По обоим докладам развернулись обширные прения, в связи с тем, что докладчики имели возможность ознакомиться с общей постановкой, организацией здравоохранения в Уральской области. Они привели ряд данных по бюджету и обеспечению населения медпомощью, сравнив с местными условиями.

*Заседание VI, 19 февраля 1927 г.*

**ДОКЛАД 11-й. Д-р К. Н. Михайлов.** О бешенстве и мерах борьбы с ним в Вологодской губ. Автореферат. Бешенство (распространение, профилактика и терапия).

1. В виду появления в пределах Вологодской губ. случаев бешенства среди животных и укусов ими людей, по распоряжению наркома здравоохранения в Вологде открыты пастеровская станция и изолятор для собак. 2. Как показывает статистика обращений вследствие укусов, большинство (абсолютное) последних причиняется в первую голову собаками, затем кошками и другими животными, почему главную опасность в смысле распространителей бешенства представляют собаки и главным образом бродячие. 3. Рядом обязательных постановлений губисполкома введен порядок регистрации и содержания на привязи собак, а также ношение намордников и штрафы за невыполнение этих обязательств. 4. Все бродячие собаки подвергаются ловле и помещению в изолятор с последующим уничтожением в случаях неявки владельцев. 5. Всякий укушенный собакой или каким-либо другим животным немедленно направляется на пастеровскую станцию, где регистрируется на специальных бланках и карточках, осматривается врачом, получает назначение соответствующей серии прививок и снабжается удостоверением на место службы и в милицию для изъятия в изолятор укусившей собаки. 6. Все формы бланков и удостоверений введены по образцам Московской пастеровской станции. Кроме того, ведется дневник прививок на каждого прививающегося, а также журнал пассажей *virus fixe*. 7. Метод прививок по Пастеру мозгами двух- и трехдневной сушки по схемам Моск. пастеровской станции, ежедневными инъекциями эмульсии в подкожную клетчатку нижн. половины передн. брюшной стенки. 8. *Virus fixe* Вологодская пастеровская станция готовит сама путем субдуральных прививок кроликам растертого в 0,85% NaCl продолговатого мозга кролика, павшего на 7-е сутки после такой прививки. 9. Извлеченный от павшего от *virus fixe* на 7-й день кролика спинной мозг сохраняется нарезанным на кусочки в 1 см, в нейтральном глицерине, откуда и расходуется по мере надобности. Срок хранения не более двух недель. 10. Все граждане гор. Вологды лечатся амбулаторно, для приезжающих из других мест

губернии имеется при губбольнице 5 коеч, которыми и пользуется станция для помещения прививающихся. 11. Как показывают цифровые данные о работе пастеровской станции за 9 месяцев ее существования, необходимость ее существования и, главное, своевременность ее открытия говорят сами за себя, что вполне объясняется наличием бешенства в окружающих Вологодскую губернию—Костромской, Ярославской, Вятской и Череповецкой. 12. Избранный и введенный Вологодской пастеровской станцией метод прививок не дал до сих пор никаких осложнений (ни местных, ни общего характера). 13. Из всех привившихся умер от бешенства один на 78-й день со времени укуса. 14. Всего прошло через пастеровскую станцию 355 чел., получивших в общей сложности 4233 прививки (за 9 месяцев). 15. Доклад сопровождался демонстрацией схем прививок, а также было показано извлечение спинного мозга по японскому способу Ошида.

Примечание. К моменту подготовки для печати отчета научного кружка пастеровской станцией накоплен значительный материал. В виду этого, некоторые данные включены в выше помещенные тезисы (секретариат).

**ДОКЛАД 12-й. Д-р К. Н. Михайлов и д-р А. П. Цветков.**  
**Эхинококк селезенки (с демонстрацией препаратов).**

(Доклад печатается в сборнике П. П. Мокровского).

**Цветков** сообщает клиническую картину случая, оперированного им, и литературные данные об эхинококке селезенки и других органов. **Михайлов**—о патологической анатомии эхинококков. Демонстрация препаратов удаленной селезенки и препаратов, полученных на вскрытиях. Автореферат д-ра **К. Н. Михайлова**: Патолого-анатомические данные об эхинококке внутренних органов, преимущественно селезенки.

На 41771 вскрытие (по Бородулину) приходится 152 случая эхинококка, т.е. 0,36%. В Вологде на 1575 вскрытий эхинококк встретился 4 раза. Частота эхинококка селезенки по хирургической статистике от 0,78—16,0%. В среднем составляет 4,2% к общему числу наблюдений. Большею частью паразит одиночный, реже множественный. Пути проникновения в селезенку: 1) через печень, правое сердце, легкие и большой круг кровообращения; 2) по vena porta, далее по vena splenica (обратно току крови); 3) левое колено colon transversi по маленьким венам, отходящим к нижнему полюсу селезенки, или из желудка по венам. Локализация в одном из полюсов селезенки. Демонстрация препаратов эхинококка: А) селезенки, удаленной оперативным путем (д-р Цветков), вес—3485,0 (8,5 ф.). размеры—25  $\times$  16  $\times$  12, паразит занимает  $\frac{3}{4}$  верхней части органа (размеры пузыря—23  $\times$  12,5  $\times$  12), имеет толстую слоистую перламутрового вида капсулю-стенку; полость разделена на две камеры, выполненных множеством различной величины, от горошины до крокетного шара, пузырей, плавающих в прозрачной, слегка желтоватой жидкости, содержащей янтарную кислоту, сколексы и кристаллы холестерина. Сохранившаяся ткань селезенки представляется в виде широкого полукольца (от 1,4 см до 4 см толщины в разных местах), идущего по периферии органа, окружая серпообразно паразита в области всего нижнего полюса, всего заднего края и нижней

$\frac{1}{3}$  переднего края. Случай представляет изолированный гидатидозный двукистный эхинококк селезенки. Уцелевшая паренхима селезенки исследована микроскопически. Далее происходит демонстрация 1) множественного гидатидозного эхинококка всех органов брюшной полости, полученного на вскрытии, и 2) эхинококка большеберцовой кости (ампутация).

В прениях выступали: Рутштейн, Орлов, ветеринарный врач Попов, Кистер и др. Вопросы: Попов: Почему у животных чаще всего встречаются эхинококки в легких? Рутштейн: Насколько устойчив зародыши эхинококка к жару, и достаточно ли мыть горячей водой посуду, из которой ели животные? Кистер: Было ли сделано исследование крови после спленектомии? Орлов: О способности эхинококка проникать по току крови. Цветков: Исследования крови после операции не было произведено по техническим причинам.

Михайлов думает, что попадание эхинококка в легкие у животных объясняется шириной просвета печеночных сосудов; у человека легкие стоят на втором месте после печени. Предполагает, что простое кипячение убивает эхинококка. Мышицы являются тоже излюбленным местом эхинококка. Попадание его в мышцы возможно путем кровеносным и лимфатическим. По частоте поражения органы и ткани распределяются так: 1) печень, 2) легкие, 3) почки, 4) околопочечная ткань, 5) мышцы, 6) селезенка, 7) кожа.

### Заседание VII, 26 февраля 1927 г.

ДОКЛАД 13-й. Д-р В. В. Лебедев. К вопросу о благоустройстве северной деревни. (Напечатано). Тезисы:

1. Северные крестьянские избы в гигиеническом отношении неудовлетворительны даже в послереволюционных постройках.
2. Сельское благоустройство является одним из главных и коренных оздоровительных мероприятий в деревне, и в работе органов здравоохранения оно должно иметь большее отражение, чем это наблюдается до сих пор.
3. Оздоровление быта деревни тесно связано с развитием путей сообщения.
4. Наравне с санитарной пропагандой в деревню должна быть направлена санитарно-техническая культура. Увеличение технического персонала, усиление санитарно-технических знаний (практических) участкового медперсонала по основным вопросам благоустройства: водоснабжению, планировке жилища, строит.-санит. технические правила.
5. Сельские пожары должны быть учтены медработниками как моменты наибольшего внимания и готовности населения по проведению новой планировки, а потому хотя бы при крупных пожарах медперсонал наравне с техническим должен производить обследование, вести беседы и давать практические советы, как устроить не только безопасную в пожарном отношении, но и здоровую деревню.

Доклад иллюстрирован фотографиями, планами, чертежами и значительным количеством местных материалов, полученных докладчиком от большинства участковых врачей губернии. Докладчиком был оглашен список врачей, приславших ответ на его анкету, и выражена признательность за помощь в работе по затронутому вопросу.

*Заседание VIII, 19 марта 1927 г.*

**ДОКЛАД 14-й. Д-р А. Н. Орлов.** К вопросу об этиологии и оперативном лечении ранних сроков внематочной беременности.

(На основании 226 оперированных случаев в гинекологическом отделении губбольницы. Деложено на Уральском съезде хирургов, гинекологов и офтальмологов 22 января 1927 г.).

*Заседание IX, 2 апреля 1927 г.*

**ДОКЛАД 15-й. Д-р А. К. Кистер.** К казуистике болезни *Banti*.

Работа напечатана в Северном Медицинском Сборнике, том I, вып. 1-й, за 1927 г. Изд. «Основа», г. Иваново-Вознесенск.

**ДОКЛАД 16-й. Д-р В. В. Лебедев.** Борьба с эпидемиями и санитарная работа в уездах Вологодской губернии.

Доклад напечатан в Северном Медицинском Сборнике, т. I, вып. 1-й, 1927 г.

*Заседание X, 9 апреля 1927 г.*

**ДОКЛАД 17-й. Д-р А. В. Лебедев.** Демонстрация б-ного с саркомой глоточной миндалины и шеи.

Автореферат не доставлен. В прениях выступали: д-р **П. А. Кадников** высказывает предположение, что начало опухоли исходит из миндалины, но так как вначале она не давала субъективных ощущений, то не обращала на себя внимания, пока не прогорела в ишю. Что касается зубов, то они все в порядке. Д-р **К. Н. Михайлов**: При взгляде на эту опухоль возникает мысль о том, что мы имеем дело с *cysto—gyroma colli congenitum*. злокачественно перерожденной. Д-р **А. К. Кистер**: В данном случае, кроме величины опухоли и других ее качеств, указывающих на неоперабельность, следует отметить одно обстоятельство, представляющее большой интерес: необычайно быстрый рост опухоли после разреза, произведенного в местной больнице, наглядно иллюстрирующий положение, что травмы усиливают рост опухолей. На съезде хирургов года два назад указывали на быстрый рост и появление метастазов после травматизирования экспериментальных опухолей у животных и рекомендовали производить биопсию только на операционном столе с тем, чтобы быстро получить исследование и в случае нужды немедленно широко оперировать. В литературе есть указания, что в злокачественных опухолях клетки окружены тончайшей оболочкой в роде *membrana propria*; пока эта оболочка цела, опухоль растет медленно, но стоит нарушить ее целость, и клетки, увлекаемые током лимфы, начинают разноситься и давать метастазы.

**ДОКЛАД 18-й. Д-р Д. В. Розовский.** Демонстрация б-ного с *Lichen ruber planus*.

Случай *Lichen ruber planus linearis*. Больной Л. Н. В., 12 лет, явился на амбулаторный прием в Кожно-венерологический диспансер с жалобами на зуд (больше ночью) в области нижней правой конечности, который продолжается около 4 лет. По словам матери, у двухлетнего ребенка она заметила красную полосу на нижней правой конечности, «как бы прокол червяка». Мальчик родился в срок, первым; у матери было 7 детей, из коих 5 умерло в раннем детском возрасте от поносов. По словам мальчика, мать обращается с ним плохо, часто бьет.

*Status praesens:* подкожный жировой слой развит слабо, слизистые и кожные покровы бледны; особой патологии со стороны внутренних органов не имеется. RW и SG—отрицательные.

Причение. Реакция Вассермана была сделана после совещания, о чем и было дополнительно сообщено (секретариат).

На правой ягодице, начиная с ее центральной части и несколько ниже, спускаясь вниз, имеется слегка инфильтрованная поверхность, на коей можно усмотреть отдельные и сливающиеся напулики бледно-розового цвета, на периферии этой поверхности имеется легкая дескрементация. Спускаясь вниз, напулики переходят на внутренне-заднюю поверхность бедра, представляя собою линию, состоящую из маленьких напул, покрытых чешуйками; переходя в подколенную область, линия расширяется, и в этой ее части ниже колена имеются вторичные явления: расчесы, фурункулы и еще дальше вниз на голень и в области пятки кости переходит на наружную поверхность стопы, приближаясь к мизинцу. В области пятки кости и стопы напулики покрыты толстыми роговыми наслоениями. Дифференциальный диагноз: 1) от Scabies—отсутствием гнойников, локализацией и длительностью процесса; 2) от Prurigo—отсутствием мелких рубчиков после пруригозных узелков и локализацией, 3) от инейродермита Brocq'a—отдельными единичными узелками.

В прениях выступили: 1. **Содман** дополняет, что диагноз здесь ясен, так как никакие другие заболевания в роде экземы не имеют такого течения и такого вида. Лечение рекомендуется мыльником, а за последнее время—иодом. 2. **Орлов:** Была ли сделана RW? Ответ: Нет, так как она ничего дать не могла. Какое лечение применялось в данном случае? 3. **Содман:** Лечение не применялось никакого, так как мальчик совсем недавно попал под наблюдение. 4. **Орлов** оснащивает диагноз, указывая, что *Lichen ruber planus* располагается обычно кольцеобразно, и допускает мысль, что здесь могло быть какое-либо сифилитическое или даже парасифилитическое заболевание, поэтому RW здесь могла бы дать известные указания. *Lichen ruber planus* локализируется чаще на разгибательной поверхности нижних конечностей, а не на сгибательной. Здесь почему-то идет процесс обратного развития без лечения. **Содман** настаивает на своем диагнозе: *Lichen syphiliticus* держится недолго, а здесь процесс тянется около 10 лет. *Lichen linearis* встречается не реже, чем *Lichen annularis*, и может локализироваться где угодно. Иодистое лечение помогает не только при сифилите, но и при многих других хронических заболеваниях.

Заседание XI. 30 апреля 1927 г.

ДОКЛАД 19-й. Д-р Д. А. Гинзбург. Демонстрация б-ной эсфолиативным дерматитом.

Автореферат не доставлен. Вопросы задали: д-р **Серков**—значение органов внутренней секреции в деле заболевания.—Чем объясняется усиленная зябкость?—Д-р **Лебедев**—этнология и терапия данного случая. Д-р **Кадников**—отсутствие потоотделения не вызывало ли интоксикации? Радикальная операция мастондита не имеет ли влияния на данный случай?

Ответы: Терапия—симптоматическое лечение нервной системы: хинин, бромиды, ванины. В данном случае этиология—заболевание нервной системы. Органы внутренней секреции специально не обследовались. Выкидыши—толчок для заболевания.—Отсутствие потоотделения не вызывает интоксикации.—Операция мастондита мною не ставится в связь.—Невропатической конституции в этиологии нет.

Высказывались—д-р **Содман**: Случай уже не так интересен, как было при появлении б-ной,—с нее пластами сходил роговой слой. Лечение идет благоприятно. Внутренняя секреция тут не при чем. Головные боли могут зависеть от воспаления среднего уха. Случай очень редкий,—за 20 лет я вижу впервые. Д-р **Кадников**: Трудно предполагать, чтобы не была затронута эндокринная система. Д-р **Содман**: Заинтересованность эндокринных

желез минимальная. Д-р Гинзбург—в заключительном слове тоже отстаивает малую заинтересованность в данном случае эндокринной системы. Благодарит И. М. Содмана и К. Н. Михайлова за ценные указания и лабораторные исследования.

**ДОКЛАД 20-й. Д-р А. К. Кистер.** Пластическое закрытие прямой паховой грыжи.

Доклад напечатан в «Н. хир. арх.» 1928 г. апрель.

*Заседание XII, 4 июня 1927 г.*

**ДОКЛАД 21-й. Д-р М. Г. Чернавина и д-р А. И. Мягков.** Ложная травматическая киста поджелудочной железы.

Доклад напечатан в «Северн. Мед. Сборн.» 1927 г., кн. 5.

**ДОКЛАД 22-й. Д-ра А. К. Кистер и Н. Н. Вознесенский.** О XIX съезде Российских хирургов в Ленинграде (май 1927 г.).

Отчеты о съезде приведены на страницах «Нового хирургического архива», «Казанского медицинского журнала» и др.

*Заседание XIII, 10 июня 1927 г., объединенное с участниками X-го губернского съезда по здравоохранению.*

**ДОКЛАД 23-й. Д-р А. Н. Орлов.** Организация родовспоможения в Вологодской губ. и пути реорганизации.

Доклад напечатан в «Северном Медицинском Сборнике», т. 1, вып. 3-й. Изд. «Основа». Иваново-Вознесенск. съездом принятая резолюция.

**ДОКЛАД 24-й. Д-р А. К. Кистер.** О борьбе с хирургическим туберкулезом в Вологодской губернии. Автореферат:

Борьба с хирургическим тbc в Вологодской губернии поставлена так слабо, что правильнее было бы говорить о полном отсутствии помощи больным с хирург. тbc. Я уже не говорю об участковых и уездных больницах, где по местным условиям эти больные в лучшем случае получают рыбий жир, так как ничего другого с ними сделать невозможно. Но и в самой Вологде, в губернском центре постановка дела совершенно неудовлетворительна. Тубдиспансер, имеющий 2 или 3 раза в неделю прием хирургических больных, не оказывает им никакой помощи. Я говорю это на основании личного опыта, так как я, ведя этот хирургический прием в течение года, не мог добиться возможности получить хоть сколько-нибудь удовлетворительную постановку дела; и, ничего не добившись, я ушел оттуда, чувствуя полную бесполезность своей работы. Там нет ни марли, ни гипса, ни инструментов—ничего. Единственное, что там есть, это кварцевая лампа; но от одной кварцевой лампы толку мало. В стационаре нет ни одной хирургической койки. Нет возможности сделать вытяжение или положить больного хотя бы на два-три дня для наблюдения. Гипсовые повязки и корсеты накладываются исключительно из материала,

приносимого самими больными. Когда больной с гноящейся раной приходит на освещение кварцевой лампой, то после освещения ему накладывают ту же грязную, промокшую гноем повязку, которая перед этим была снята. Нет запаса костылей, которые можно было бы давать больным, и которые стоят при массовых заказах около 40 коп. пара. Словом в диспансере помощи хирургическим больным не оказывается. Губернская детская и уездная больницы так загружены острыми больными, что они не могут удовлетворить потребности больных с хирургическим тbc и если и оказываются этим больным помочь, то, во-первых, не в достаточной мере и, во-вторых, за счет больных с общехирургическими заболеваниями. У нас легочный тbc считается социальной болезнью, а хирургический — почему-то не считается. Это неправильный взгляд, от которого следует отказаться. Туберкулез везде останется туберкулезом. И хирургические туберкулезные больные не должны быть пасынками в туберкулезных учреждениях. Хирургическим тbc поражается главным образом детский возраст, и если этим больным не будет оказана своевременная рациональная помощь, то большая часть из них останется на всю жизнь калеками, а некоторые и полными инвалидами. Для оказания помощи больным с хирургическим тbc необходимо учреждение типа диспансера, которое должно иметь: 1) собственный рентген (или по крайней мере должно помещаться вблизи учреждения с хорошим рентгеном); 2) все необходимые приспособления и материал для наложения гипсовых и съемных повязок и корсетов; 3) достаточное количество костылей, которые врач мог бы давать больным бесплатно или по себестоимости; 4) специального врача, знающего лечение тbc. Врач этот должен иметь соответствующую ставку, позволяющую ему не искать совместительства или частной практики, а отдавать достаточное время своему учреждению. 5) Диспансер должен иметь хотя бы небольшой стационар для помещения хирург. больных на необходимое время для вытяжения или высыхания корсета. 6) В диспансере обязательно должна быть небольшая операционная комната и инструментарий для производства хотя бы таких мелких оперативных пособий, как проколы, выскабливания и т. д.

*Заседание XIV, 23 июня 1927 г.*

**ДОКЛАД 25-й. Д-р В. В. Лебедев. О II Всесоюзном водопроводном и санитарно-техническом съезде в г. Харькове. Май 1927 г.**

Съезд отличался многолюдностью, большим представительством санврачей, почти наравне с инженерно-техническими силами. Съездом проработаны основные вопросы санитарно-технической культуры: водоснабжение, планировка, канализация, очистка сточных вод, удаление и обезвреживание нечистот. Материалы, проработанные съездом, издаются в «трудах» съездов. В настоящее время вышел том I. Часть материалов помещена в издававшемся во время съезда Бюллете, №№ 1—6. Съезду

было уделено внимание периодической печатью, санитарно-гигиенической и органов коммунального хозяйства. Краткие отчеты даны в журнале «Гигиена и эпидемиология» (№ 5. 1927 г.), «Профилактическая медицина», №№ 9 и 10 «Коммунальное хозяйство» и др. При съезде была организована выставка, на которой было отражено все санитарно-техническое строительство Союза за последние годы. Из иностранных экспонатов привлекали всеобщее внимание материалы по г. Константинополю (Турция). На выставке в ряде моделей, приборов, материалов были представлены различные новости по санитарной технике. Организованные бюро съезда до 30 экскурсий ознакомили участников съезда с коммунальным хозяйством и новым строительством столицы УССР—г. Харькова. Докладчик поделился впечатлениями от посещения—хлебозавода на 50 тонн суточной выработки, новых коммунальных бани с бассейном, солнечными площадками для световых ванн на крыше, городских боец, крытого рынка с холодильниками; Биологической станции, Санитарно-бактериологического института, Дома госпромышленности и банков, рабочего поселка. Докладчик был командирован на съезд по предложению Наркомздрава для сообщения об опыте организации ассоциаций сельско-хозяйственных полей в г. Вологде. Этот доклад напечатан в журнале «Гигиена и эпидемиология», № 5, 1927 г., изд. Наркомздрава. На съезде опыт Вологды вызвал внимание со стороны многих представителей санитарных организаций и коммунальных органов не только РСФСР, но и УССР. По докладу вынесена резолюция, отмечающая важность проводимого мероприятия и указывающая вопросы, подлежащие дальнейшей проработке экспериментальным и лабораторным путями (см. резол. II Вод. и сан.-техн. съезда. Изд. бюро съезда. Москва. 1927 г.). Докладчик, в заключение отметил, что для практического санитарного врача участие в работах этого съезда крайне полезно, так как дает ответы на ряд наболевших вопросов, воодушевляет для дальнейшей работы, заражает духом коллективного творчества, сближая деятелей гигиены и инженерного искусства всего Союза в области санитарной техники.

*Заседание XV, 24 сентября 1927 г.*

**ДОКЛАД 26-й. Д-р К. Н. Михайлов.** О III Всесоюзном Съезде патологов в г. Киеве 14 сентября 1927 г.

Третий Всесоюзный съезд патологов, проходивший в Киеве с 14 по 20 сентября 1927 года, привлек 606 участников. Докладчиками были подробно освещены все программные темы: 1) «О культурах тканей», 2) «О бластоматозном росте», 3) «Ретикуло-эндотелиальный аппарат». Кроме того, большое количество докладов было заслушано по внепрограммным вопросам. Из заграничных ученых присутствовали проф. Rhoda Erdmann, проф. Vieke, dr. Andt,—всеми ими были представлены доклады; из наиболее заслуживающих внимания внепрограммных докладов следует отметить: 1) сообщение проф. Криницкого (Ростов): «О патолого-анатомических изменениях в трупах газоотравленных», 2) доклад д-ра Бузни (Одесса): «Патологическая анатомия Mucosis fungoides и экспериментальные данные» и 3) д-ра Соловьева (Ярославль): «Кишечная форма сибирской язвы». Очень хорошо была организована выставка, на которой было представлено до 100 немых докладов. Следующий съезд решено устроить в Баку в 1929 году. Подробный отчет о съезде будет помещен в имеющихся выйти трудах III съезда патологов, а краткий отчет помещен в № 21 журнала «Врачебное дело» за 1927 г.

**ДОКЛАД 27-й. С. А. Сергеевский.** Osteochondropathia Alبان Köhler II.

Докладчик наблюдал два случая поражения головки II метатарзальной кости, установленное рентгенологически. Впервые это заболевание было описано Köhler'ом и в настоящее

время известно под названием остеохондропатии *Alban Köhler* II. Оба случая касаются молодых девочек в возрасте 14 и 16 лет, поражение одностороннее. Давность заболевания меньше года. Жалобы на боли в области дистального отдела стопы, боли, периодически возникающие и усиливающиеся при ходьбе. На рентгенограммах области стопы в подошвенной проекции найдено значительное расширение суставной щели между II метатарзальной костью и соответствующей основной фалангой, уплощение и очень интенсивное затемнение головки II метатарзальной кости. Терапия консервативная, в редких случаях оперативная. Этиология заболевания неясная.

**ДОКЛАД 28-й. Д-р И. Г. Иванов.** Предварительное сообщение.

Девочка 2 лет 1 месяца, поступила в губ. Детскую б-цу 18/IX. По словам матери, ребенок родился совершенно здоровым; но 10 месяцев тому назад после ожога 3-й степени кипятком левой половины головы при заживлении получился сначала нарыв, а затем разлитая опухоль, которая обошла всю голову, кроме лица, затем спустилась на шею, а теперь держится на верхней части спины, груди и верхних конечностях. Месяца через три после этого на груди отмечались небольшие точечные кожные кровоизлияния. Ребенок второй раз по счету, первый в 1924 г. умер от дизентерии. Никакой наследственности не отмечается. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания, со среднеразвитым подкожным жировым слоем, вес 11,5 кг. Вскрмливалась до 11 месяцев грудью матери, прикорм введен с 7 месяцев в виде манной каши, коровьего вареного молока и киселя. Стала ходить с 11 месяцев. В настоящее время двигается очень осторожно, сидит крепко. Движения головой ограничены во все стороны, движение верхними конечностями ограничены в плечевых суставах, движения предплечий и пальцев совершенно свободны. С левой стороны шеи, спереди т. *Sterno-cleido-mastoideus* имеется опухоль яйцевидной формы—величиной с желток, довольно плотной консистенции, не болезненна, плотно сращена с подлежащими тканями. Такая же твердая припухлость, но величиной с яйцо, имеется над правой лопаткой. На обоих эпифизах плечевых костей, внутренних их поверхностях имеются тестовидные припухлости, мало болезненные. При ощупывании шеи, а в особенности верхней половины туловища, отмечается резкая ригидность мускулатуры. Слизистые бледноваты, на конъюнктивах отмечаются небольшие точечные кровоизлияния. Со стороны полости рта никаких уклонений ни раньше, ни теперь не отмечается. Сердце в границах, акцент на первом тоне, пульс все время держится от 108 до 124, хорошего наполнения; со стороны легких, желудочно-кишечного тракта никаких уклонений не отмечается. Селезенка и печень не прощупываются. Рефлексы *m-li biceps et triceps* резко понижены, рефлексы в верхней части живота отсутствуют, в нижней части неясно выражены. Коленные рефлексы отсутствуют; рефлексы Ахиллова сухожилия чуть выражены. Ребенок очень спокойный, уравновешенный, аппетит за последнее время хороший. Т° за время пребывания в больнице держится нормальной. Исследование мочи ничего патологического не дало. Исследование крови: эритроцитов — 5.000.100, лейкоцитов — 10 200. Лейкоцитарная формула: лимфоцитов — 53%, моноцитов — 4%, юных — 1%, палочковидных — 9%, сегментированных — 32%, базофилов — нет, эозинофилов — 1%. Значит имеется небольшой сдвиг влево. Со стороны эритроцитов: олигохромемия, анизоцитоз, пойкилоцитоз и ядро-содержащие эритроциты. Гемоглобина — 68, цветной показатель — 67%. К сожалению за отсутствием времени рентгеновского снимка или просвечивания сделано не было; по тем же причинам не была сделана реакция на свертываемость крови.

Принимая во внимание указание в анамнезе на точечные кровоизлияния на груди, имеющиеся характерные опухоли на эпифизах предплечий, кровоизлияния в конъюнктиве, тахикардию и учитывая питание больной с 7 месяцев вареным молоком и кашками,—в данном случае можно предполагать *Morbus Möller-Barlow'a*.

**Заключительное слово председателя.**

**А. Н. Орлов.** Демонстрируемый случай представляется сомнительным и недостаточно обследованным для постановки диагноза Барловой болезни. Современное состояние учения о болезнях крови позволяет точно дифференцировать в группе геморрагических диатезов отдельные формы заболеваний, но для этого необходимо производить исследование крови на свертываемость, длительность кровотечения и производить подсчет кровяных пластинок. Докладчиком эти исследования не производились, а без них нельзя ставить диагноза Барловой болезни, тем более, что в анамнезе имеется указание, что вскармливание ребенка происходило грудным молоком успешно и до 11 мес., срока, который надо признать достаточным для перевода на искусственное кормление, а ожог 3-й степени с последующим нагноительным процессом дает повод предположить в данном случае вторичный геморрагический диатез—скорбутоподобное заболевание, развившееся на почве септического осложнения ожога.

*Заседание XVI, 12 ноября 1927 г.*

**ДОКЛАД 29-й. Д-р Л. Я. Герш.** Конструкция аппаратов: 1) для операций под повышенным давлением; 2) для искусственного дыхания.

Автореферат не доставлен.

Докладчик сообщил, что схемы устройства аппаратов были подвергнуты просмотру особой комиссией при Наркомздраве и в настоящий момент изготавливаются в Москве для испытания. Описание сопровождалось чертежами. Докладчику был задан ряд вопросов (д-ра Булкин, Кистер, Лебедев, Кадников, Лилеев, Шадрин, Саламатов). В прениях была отмечена простота конструкции, позволяющая недорогое, почти в местных условиях, устройство аппарата, а, следовательно, и возможность широкого применения, возможность регулировки давления, осуществленная весьма остроумно. Ценным качеством является возможность быстрой смены отдельных частей аппаратов. Сделаны были указания на желательность уменьшения хрупкости и большую портативность (Кистер, Кадников, Лебедев, Лилеев) и необходимость демонстрации и испытания прибора. В заключительном слове докладчик дал исчерпывающие ответы на заданные вопросы и указал на то, что в смысле монтажа аппарата приняты все меры для устойчивости частей, портативности и дешевизны.

*Заседание XVII (объединенное со съездом участковых врачей Вологодского уезда).*

**ДОКЛАД 30-й. Д-р А. Н. Никитин.** К вопросу о сущности и профилактике после операционных пневмоний.

(Доклад напечатан в «Нов. Хир. Арх.» 1928 г. т. XVI, кн. 1).

Тезисы доклада:

1. Послеоперационная пневмония обычно есть феномен анафилаксии. 2. Лапаротомии осложняются послеоперационной пневмонией в 24,6%, а после профилактической десенсибилизации процент этот падает до 12%, уменьшаясь, следовательно, в два раза. 3. Лапаротомии осложняются послеоперационной пневмонией у мужчин со здоровыми легкими в 24,6%, у женщин— в 12,2%, а после профилактической десенсибилизации мужчины и женщины со здоровыми легкими вовсе не дают осложнения послеоперационной пневмонией. 4. Все лица, страдающие эмфиземой легких, хроническим бронхитом и туберкулезом легких или другим патологическим состоянием и подвергающиеся чревосечению, обязательно заболевают послеоперационной пневмонией, и профилактическая десенсибилизация методом сухих банок (по 25 сухих банок три раза через 15 мин.) не гарантирует им гладкого послеоперационного периода со стороны легких. 5. Послеоперационная пневмония у лиц со здоровыми легкими есть, по моему мнению, своеобразный симптомокомплекс моновалентной анафилаксии, с каковым мы можем успешно бороться путем профилактической десенсибилизации оперируемых к белку их собственной гемолизированной крови по методу авансированных сухих банок (как выше было упомянуто). 6. Послеоперационная пневмония у лиц с патологическим состоянием легких есть особый симптомокомплекс поливалентной анафилаксии, профилактическая борьба с которой при современном уровне наших знаний по биологии и по иммунитету в частности пока не может считаться успешной, а лечебная борьба должна идти путями различного усиления общей продукции антиананфилактогенов.

Докладчик получил 26 вопросов. В прениях выступали: д-ра **Н. В. Фалин**, **Л. Я. Герш**, **А. К. Кистер**, **К. Н. Михайлов**, **П. А. Кадников** и **А. Н. Орлов**. Д-р **Л. Я. Герш**: 1) Доклад д-ра Никитина не доказателен, а есть только попытка объяснить вопрос с другой точки зрения. 2) Профилактические банки (конечно, не до пузырей) не могут повредить б-ному. 3) Десенсибилизация банками с точки зрения анафилактической теории непонятна, так как предварительные банки повышают чувствительность б-го к последующему—операционной травме. Д-р **А. Н. Орлов**: Со времени Листера и Пастера, когда хирурги научились бороться с послеоперационным перитонитом, наиболее частым послеоперационным осложнением, омрачающим результаты операций, остается послеоперационные пневмонии, действительные причины которых до настоящего времени еще не вполне выяснены. С этой точки зрения можно лишь приветствовать настоящий доклад А. Н. Никитина, как попытку разъяснить это осложнение и таким образом облегчить возможную борьбу с ним. Как во всяком патологическом явлении, так и в развитии послеоперационных пневмоний необходимо различать формальный генез, зависящий от внутренних причин, от состояния самого организма и условий производства операции, так и генез каузальный, определяемый вредными моментами, под непосредственным воздействием которых развивается патологический процесс в легких. Докладчик, игнорируя двойственный характер причин послеоперационных пневмоний и оставляя без выяснения причины каузальные, без достаточных оснований пытается объяснить сущность послеопера-

ционных пневмоний явлениями анафилаксии. Докладчик неудачно выбрал для обоснования своего положения иштоксикационную теорию анафилаксии, которая в настоящее время отвергается большинством авторов и уступила место конкурирующим между собой теориям физико-химической, механической и первично-рефлекторной. Положение докладчика о сенсибилизации человека собственной гемолизированной кровью надо признать необоснованным, так как нельзя проводить аналогию между действием пептона и собственной гемолизированной кровью с одной стороны и явлениями анафилаксии — с другой. При введении токсических доз пептона и гемолизированной крови, наблюдаемые явления колляпса не однородны с анафилактическим шоком, а зависят от отравления организма продуктами разложения белка аминовой группы. Ошибочна ссылка докладчика на наблюдения Vorschütz'a, так как в автогемотерапии дело идет о пассивной иммунизации, а не о явлениях десенсибилизации. Совершенно бездоказательно утверждение докладчика, что менструальные кровотечения десенсибилизируют женщин, почему будто они реже заболевают после операционными пневмониями. Докладчик не учел различия в дыхательном типе у мужчин и женщин, что при операциях в брюшной полости несомненно сказывается различной частотой этого осложнения у мужчин и женщин. Кроме того, надо иметь в виду возможность повышения неспецифического клеточного иммунитета под влиянием менструальных и других физиологических кровотечений у женщин, так как после каждого кровотечения обновляется состав крови и наблюдается усиленный лейкоцитоз. Эксседативно-папулезные и зритематозные сыпи после чревосечений нам приходилось наблюдать не часто, да и то на протяжении небольшого промежутка времени, когда объяснение этим сыпям мы нашли в неправильном приготовлении новым лицом слишком крепких растворов суплемы, — одновременно с оперированными больными страдали руки помогающей при операции фельдшерицы.

Применение профилактических сухих банок против пневмонии применяется давно и многими хирургами, но в совершенно иной форме и по другим показаниям. Лет 15 назад в заседании Вологодского медицинского общества, по поводу доклада д-ра И. П. Ласточкина, д-ром К. Н. Алексеевым было сказано, что в Варшавском Уяздовском военном госпитале, где служил д-р Алексеев, было введено правило — после каждой операции профилактически ставить сухие банки, которым придавалось значение отвлекающего фактора с целью улучшения кровообращения и вентиляции легких. Мы лично считаем излишним ставить банки в каждом случае, а применяем их по мере надобности вечером или на другой день после операции и, конечно, не до пузырей.

К сожалению, докладчик совершенно не коснулся внешних этиологических моментов послеоперационных пневмоний, которые в современной как иностранной, так и русской литературе достаточно хорошо выяснены; поэтому в докладе остается невыясненной причиной очень высокой цифры (24,6%) осложнений послеоперационной пневмонией сравнительно с другими авторами; послеоперационные пневмонии наблюдались: у Löwen'a в 5,4%, Протопопов дисс. — 7,5%. Протопопов 1926 года — 10%, Юдин — 3,7%, Болондзь — 3,8%. Работами Ф. И. Протопопова установлено, что наиболее частой причиной послеоперационных пневмоний является легочная эмболия — в 83,3% аспирация из полости рта — 11,4%, остальные 5,3% приходятся на долю гипостаза и случайных осложнений острой инфекцией. Согласно вышеуказанным причинным моментам, в качестве предрасполагающих моментов главную роль играют прежде всего род и тяжесть операции (особенно чревосечения, осложненные сращениями, или поражением клетчатки), способ и техника операции (оперирование острыми инструментами, тщательный гемостаз и перевязка сосудов); не без влияния остается тренделенбурговское положение, а некоторыми авторами (Соловьев, Löwen, Lichtenberg, Kelling) допускается даже возможность инфекции с диафрагмой по лимфатическим путям при операциях в брюшной полости. Для аспирационной и гипостатической

пневмоний имеет большое значение предварительная подготовка к операции и лости рта и глотки, сердца и легких, — экстренные операции без предварительной подготовки всегда дадут более частые осложнения пневмонией. Охлаждение во время операции, загрязнение воздуха как в операционной, так и в пататах оказывается на частоте послеоперационных пневмоний. Болезненное состояние дыхательных путей и органов кровообращения требует к себе тщательного внимания и необходимости подготовки, так как такие больные дают наичаще осложнения пневмонией.

**Д-р А. К. Кистер.** Аутогемотерапия, предложенная для лечения пневмоний, несомненно дает положительные результаты, мы ею пользуемся, но все-таки самой сущности ее мы не знаем. Не знаем мы также и продолжительности действия вспрынутой под кожу крови. Возможно, что экстравазаты, вызванные белками, действуют именно как аутогемотерапия или, вернее, как аутогемопрофилактика. Но из этого еще не следует, что причиной пневмонии является анафилаксия. Против анафилактического происхождения послеоперационной пневмонии говорит то, что кровотечения при лапаротомиях часто бывают искаженными, — в брюшную полость сплошь и рядом совсем не попадает крови, тогда как после лапаротомий пневмонии бывают много чаще, чем после других операций, сопровождающихся иногда порядочным кровоизлиянием в ткани и даже гематомами. Здесь крови всасывается не меньше, а пневмонии реже. Даже и при лапаротомиях операции в верхнем отделе брюшной полости дают значительно больший процент пневмоний, чем операции в нижнем отделе. Далее, каждый человек подвергается в жизни неоднократным травмам с большими или малыми кровоизлияниями, но пневмоний после них мы не встречаем.

Есть несколько теорий о причинах послеоперационных пневмоний; из них можно указать на работу Моргана, который объясняет возникновение пневмоний эмболией вследствие рефлекторного действия блуждающего нерва и солнечного сплетения на сосуды брюшных органов. В подтверждение этому он приводит то наблюдение, что пневмонии возникают значительно чаще после операций, проделанных под местной анестезией, чем после общего наркоза. В работе Березкина и Кодлера есть указания на инфекцию как причину пневмоний. Что касается различной частоты пневмоний у обоих полов, то се, по-моему, следует объяснять не анафилаксией, а тем, что женщина, привыкшая дышать грудной клеткой, продолжает этот же тип дыхания и после операции; мужчина же с брюшным типом дыхания благодаря болезненности рефлекторно ограничивает движения диафрагмы, вследствие чего легкие не могут достаточно вентилироваться, да и кровообращение в них идет не так, как при правильном дыхании.

**Д-р П. А. Кадников.** Что послеоперационная пневмония есть явление анафилаксии, я никак не могу согласиться и приписываю ее эмболии и аспирации. То явление, что послеоперационная пневмония появляется, по наблюдению многих авторов, чаще после местного наркоза, я объясняю более ранним появлением болевого чувства, чем после общего наркоза, когда больной еще долго после операции дышет нормально и свободно отделяет слизь из легких; после местного же наркоза чувство сохранения раны и боли в ней заставляет больного сознательно дышать более поверхности, и этим создаются условия для застоя в легких, а тем самым и для возникновения пневмоний. Переворот больного из горизонтального в вертикальное положение создает условия более легкого отхаркивания, и этим самым в большинстве случаев купируется пневмония — основание для раннего вставания (демонстриров. б. кривых темпер.).

**Заключительное слово д-ра А. Н. Никитина.** Глубокий интерес, проявленный в оживленных прениях многочисленными оппонентами по моему докладу, для меня не был неожиданностью потому, что анафилактическая теория патогенеза послеоперационных пневмоний, поскольку мне известно, впервые мною высказана, и об этой теории во всей мировой печати нет ни одного слова. Целый ряд оппонентов приветствовал мой доклад как попытку разъяснить сущность п. п.; я на большее и не претендовал, так

как перед началом своего доклада я определенно заявил уважаемому собранию, что мой доклад пока носит характер предварительного сообщения, и затронутая тема продолжает дальше разрабатываться как клинически, так и лабораторно. Д-р Орлов меня упрекнул в игнорировании внешних причин развития п. п. Очевидно я не был понят. Я все время говорил об анафилактической сущности 3—4-дневной послеоперационной пневмонии, как об основной внутренней этиологии, а об инфекции, эмболии, стазе и аспирации и прочих факторах, которым многие авторы придают, как мне было выше упомянуто, громадное значение, а подчас—значение внешне-причинных моментов, — мною было отмечено как о моментах, только осложняющих или вызывающих совершение другие заболевания, как, например, инфаркт легких.

Далее мне задают вопрос, почему п. п. есть симптомокомплекс анафилаксии. А на это позвольте мне вас спросить; а почему п. п. не может быть явлением анафилаксии? Это с одной стороны, а с другой—стало известно, что крупозная пневмония не есть инфекционная болезнь; проф. Рубель первый высказал анафилактическую теорию патогенеза крупозной пневмонии, и возражений еще никто не сделал в мировой медицинской печати. Если крупозная пневмония с продолжительностью в 5—7—9—11 дней есть анафилактический шок, то почему п. п. с продолжительностью в 3—4 дня не есть тот же по существу шок? Кроме того, нужно заметить, что по заказу можно вызвать и сывороточную болезнь и крупозную пневмонию, так как для развития состояния анафилаксии нужны определенные 4 условия: 1) предрасположение со стороны животного; человек занимает второе место. 2) Вводимое белковое тело должно быть чуждым для организма; и мы знаем, что смешая кровь свинки, выпущенная на агар или крахмал, делается чуждой для организма (Вогдерт, Натхан); что всякая кровь, подвергаясь физическим изменениям вне сосудистого ложа, в первые часы делается ядовитой для животного того же вида; мы только не знаем о причине ядовитости для животного его собственной измененной крови. 3) Введение в организм белка должно производиться парентерально. и 4) между первым—вторым введениями должно пройти известное время (инкубационный период).

Далее д-р Н. В. Фалин, д-р Михайлов и д-р Орлов сожалеют, что я не изложил подробно сущность всех 5—6 теорий анафилаксии и упомянул главным образом об одной только интоксикационной Friedberg'a. Быть может, это и дефект моего сообщения, но нужно сказать, что все эти теории не могут дать ясного представления о сущности анафилаксии. Пока для человека это тайна природы. Да и дело не в том, а только в самой анафилаксии. Может быть сенсибилизирован человек к своей собственной крови? Может. А спустя инкубационный период второе ее введение может вызвать анафилактический шок? Может. А что такое реакция Ригорет? Конечно, местный анафилактический шок. А что такое последняя весна у чахоточной больной? Общий анафилактический шок, только вызванный туберкулезным белком, а, может быть, и не одним, а целой комбинацией их (поливалентность!). А почему аборт, как и самый родовой акт обостряют в меньшей или большей степени уже имеющийся в организме туберкулезный процесс? А потому, что соответствующая комбинация белков с туберкулезным белком всасывается маткой из гемолизированной крови, и налицо анафилактический шок или аллергия. А почему женщины вообще заболевают в 2—3—4 раза реже мужчин п. п.? Есть много причин, начиная с женского бюста, т. е. грудного типа дыхания, и кончая возможностью десенсибилизации женщин путем систематического всасывания малых доз гемолизированной крови во время менструации. Наблюдаемые мной уртикарно-эрitemатозные, напулезные и геморрагические дерматиты с высокой температурой до 39° (без применения суплемы) проще объясняются анафилаксией. На последний вопрос, почему у меня велик процент п. п., доходящий до 24,6%? У многих авторов этот процент еще выше (клиника проф. Федорова—26,73%, Мандл—27%), и если у многих авторов он очень мал, то только потому, что п. п. в 2—3—4 дня

продолжительностью вовсе не учитываются, а регистрируются только тяжелые формы, производящие сильное впечатление на ухаживающий персонал.

Я лично полагаю, что феномен анафилаксии распространен в природе гораздо шире, чем мы до сих пор об этом думали, и по своей специфичности и по возможности вызвать пассивную анафилаксию должен быть причислен к проявлениям иммунитета.

Соотношение иммунитета к анафилаксии, очевидно, таково, что люди в первые месяцы своей жизни иммунны ко всем белкам, а затем постепенно сенсибилизируются и делаются способными заболеть той или другой болезнью (в зависимости от характера белка), а затем путем иммунизации или вакцинации они вновь десенсибилизируются и возвращаются в то состояние нечувствительности, в котором они находились на заре первых месяцев своей жизни.

Свое заключительное слово я позволю закончить словами великого ученого и основателя экспериментальной медицины—Клод Бернара:

«Предвзятые идеи—краеугольные камни науки, *primum moxens* всякого рассуждения и выразительницы нашего устремления в неизвестное».

#### Заключительное слово председателя д-ра А. Н. Орлова

В своем заключительном слове докладчик не устранил возражений оппонентов по существу, главный смысл которых можно свести к тому, что для объяснения сущности послеоперационной пневмонии нельзя основываться на другом, еще более невыясненном явлении, как анафилаксия; с этой точки зрения большинство оппонентов подчеркнуло отсутствие в докладе предварительного критического анализа существующих теорий анафилаксии, без чего нельзя базировать свои утверждения на фактах, недостаточно точно установленных в науке. Возможность сенсибилизации животного своей собственной кровью экспериментально не доказана. В ссылке докладчика на ядовитость собственной сыворотки свинки, после предварительной обработки ее агаром, смешиваются докладчиком два совершенно различные явления,—явления адсорбции, после чего сыворотка становится ядовитой сама по себе, в утверждении докладчика смешиваются с повышенной чувствительностью к чужеродному белку, парентерально и повторно введенному через известный инкубационный промежуток. Сыворотки, обработанные адсорбирующими субстанциями (коалин, агар и др.), способны давать положительную реакцию Вассермана, а по экспериментальным данным, полученным Медведевой в лаборатории проф. Богомольца, такие сыворотки способны связывать комплемент и в отсутствии антигена. Так как адсорбированные сыворотки вызывают симптомы анафилактического шока, то проф. Богомолец высказывает взгляд, что сущность анафилаксии заключается в реакции связывания содержащегося в клетках комплемента с вводимым при пробе на анафилаксию антигеном при посредстве амбоцептора. Вместе со связыванием комплемента, который, по произведенным в Лаборатории Богомольца исследованиям д-ра Когана, является комплексом внутриклеточных ферментов, прекращается его катализическая функция, и биологические процессы замедляются или прекращаются вовсе.

Также нельзя согласиться с докладчиком, что реакция Пиркэ есть местный анафилактический шок. Сущность реакции и клиническое течение ее у туберкулезных больных явно противоречат установившемуся в науке понятию анафилаксии: вместо необходимой сенсибилизации, инкубационного периода и повторного введения специфического белка с развивающимся состоянием антиананфилаксии, при туберкулезе сохраняется непрерывная повышенная чувствительность, проявляющаяся при введении туберкулина без инкубационного периода, причем не развивается пониженной чувствительности. Проф. Богомолец объясняет эту гиперсенсибилизацию при туберкулезе недостаточно энергичной выработкой противотел. С этой точки зрения понятна возможность неспецифической стимуляции туберкулезного процесса при аборте и родах, в чем докладчик без достаточных оснований усматривает явления анафилаксии. Относительно более редкой заболеваемости женщин и большей продолжительности их жизни сравнительно с мужчинами, как и по другим пунктам доклада, мною уже высказано в прениях о возможности повышения под влиянием физиологических кровотечений у женщин неспецифического клеточного иммунитета согласно учению Theilhaber'a; кроме того, необходимо учесть различие в социально-бытовых условиях существования мужчин и женщин и различную возможность внешних вредных агентов на здоровье мужчин и женщин.

Несмотря на слабую теоретическую разработку темы, доклад имеет большое практическое значение вследствие важности затронутых в нем вопросов и того большого интереса, который был проявлен при его обсуждении. Тема сложна и обширна, она возбуждает много новых вопросов. Остается поблагодарить докладчика и просить его поделиться с нами дальнейшими наблюдениями.

Заседание XVIII. 10 декабря 1927 г.

ДОКЛАД 31-й. Д-р А. К. Кистер. Современные принципы лечения ран. Автограферат.

Пройдя историческим путем от прежних понятий о гное, как неотъемлемой составной части организма, через антисептику Lister'a к современной асептике, хирургия в настоящее время выдвигает на первый план в борьбе с раневой инфекцией защитительные приспособления самого организма. Исходя из этих соображений, основными принципами лечения всевозможных ран следует считать покой, бережное отношение к тканям, рациональные перевязки и заботы об общем состоянии организма. Для достижения покоя требуется иммобилизация конечности в правильном положении при всяком травматическом и воспалительном заболевании. Иммобилизация должна проводиться с самого начала заболевания, но не дальше, чем этого требует самое заболевание, чтобы не вызвать ненужной

неподвижности суставов. Бережное отношение к тканям раны диктуется теми соображениями, что покрывающая рану грануляционная ткань является очень устойчивой по отношению к инфекции, но чрезвычайно чувствительной к механическим и химическим повреждениям. Поэтому применение всевозможных антисептических веществ должно быть оставлено, так как они губительно действуют на ткани, ослабляя их в борьбе с инфекцией, и мало действуют на самих бактерий. Возрождающаяся за последнее время антисептика в виде применения риваноля, флавина и т. п. пока еще недостаточно разработана.

Рациональность перевязок заключается в том, чтобы, во-первых, делать их как можно реже, так как частая смена повязок вредна. Затем при перевязках следует бережно обращаться с тканями, не травматизируя их инструментами или излишним вытиранием и не применяя никаких вредных для них химических агентов. Введение в раны турунд и тампонов приносит чаще вред, чем пользу, так как тампон, засыхая, закупоривает рану и создает в ней повышенное давление; затем тампон препятствует заживлению, как инородное тело; далее при всякой смене тампона происходит неизбежная травматизация краев раны; и, наконец, лечение с тамponами является почти всегда мучительным для больных. Во избежание склеивания краев раны и прилипания к ним повязки выгодно пользоваться вазелином, который не разлагается, легко стерилизуется и, закрывая рану, создает в ней необходимые условия для заживления—тепло и влажность. В виду того, что главнейшую роль в заживлении всякой раны и в борьбе с инфекцией играют различные защитительные приспособления самого организма,—при всех гнойных ранах необходимо уделить большое внимание общему состоянию организма, стремясь, с одной стороны, поддержать силы больного соответствующим питанием и режимом и ограничивая, с другой стороны, влияние всех вредных факторов, могущих ослабить больного (например, применение общего наркоза). Заботясь об общем состоянии организма, не следует забывать и о местном повышении защитительных средств, как теплые ванны, застойная гиперемия и т. п. Главным же основным принципом, которым надлежит постоянно руководиться, является старый принцип: *primum non nocere*.

Тезисы: 1. В заживлении всякой раны идут два процесса—дегенеративный и регенеративный; задачей хирургии является ослабление первого и усиление второго. 2. Необходимыми условиями для заживления всякой раны являются покой, тепло и влажность. 3. Нарушение этих основных условий ведет к усилению дегенеративного процесса и ослаблению регенеративного. 4. Введение турунд и выпускников, зондирование раны и частая смена повязок являются излишней травмой и приносят больше вреда, чем пользы. 5. Простая вазелиновая повязка, удовлетворяя основным требованиям лечения ран, лишена вредных

свойств сухой повязки, а тем более повязки с тампоном. 6. Наиболее действительной антисептикой является антисептика самого организма в виде различных вырабатываемых им защитительных приспособлений; поэтому общее состояние больного сильно отражается на заживлении раны. 7. При всякой ране конечности безусловно необходима правильная иммобилизация.

В прениях выступали: Д-р **Вознесенский**: Докладчик забыл, что еще Цефеон-Мантейфель упоминал о бережном обращении с ранами; еще в 1913 г. предложили раны заливать *Balsamum peruvianum*, не вкладывая тампоны; затем в 1915 г. предложили *Sol. natri chlorat 10% steril.*; я лично испробовал и применяю всегда и получаю хороший результат; затем проф. Губарев предложил *Ol. vaselinii steril.*, каковой я заменил *Vaseline american steril.* и нахожу, что он лучше; вообще поддерживаю докладчика, что с ранами нужно обращаться бережно, проводить их бестампонно под влажными или вазелиновыми повязками, и от этого лечения всегда видел успех. Д-р **Н. И. Лилеев**: Раны после трахеотомии заживают очень хорошо, несмотря на то, что условия их заживления плохие. Нельзя ли это объяснить тем, что данная рана имеет очень хорошее соприкосновение с воздухом, дающим возможность заживать ране в условиях хорошего высыхания раны? Для меня вопрос хорошего действия вазелина при ранах, создающих условия заживления во влажной камере.—неясен. Почему именно в этих условиях должно итти заживление хорошо? Необходимо выяснить, почему накладывание на рану вазелина нестерильного не вносит инфекции. Д-р **Л. Я. Герш**: Необходимо говорить об ограничении тампонады и дренирования, а не о полном их устраниении. Необходима умелая тампонада, тогда тампон ценен. Важно уловить момент, когда нужно удалить тампон. Применение всяких лекарств для лечения раны не имеет значения. Важно—не вредить ране, беречь ее и обеспечить сток гною. Д-р **Саламатов**: Все способы лечения ран, рекомендованные выступавшими хирургами, дают одинаково блестящие результаты, хотя они во многих случаях диаметрально противоположны друг другу. Но если рекомендованные доктором Кистером принципы лечения ран действительно приемлемы, то в условиях участковой медицины мы можем, при наличии крайней бедности, достигнуть почти идеального лечения ран (по Кистеру). Раз вазелин применяется для уменьшения травматизации раны, то он может быть смело заменен любым другим жиром, а перевязочный материал не играет большой роли. Д-р **П. А. Кадников**: Такой горячий защитник и пионер у нас бестампонного лечения ран, как профессор Петров в 32-й книге *Вестника хирургии и пограничных областей*, снова заговорил об антисептике в хирургии—вплоть до сутлемы, не отказывается от тампона и дренажа, правда, ограничивая применение первого 2—3 сутками, но уже эта уступка вполне доказывает что и наиболее рьяные защитники бестампонного лечения ран должны применять тампон,—это значит, что в деле с тампоном еще далеко не сказано последнего слова. Работами **Преображенского** в свое время было установлено значение тампонации ран и гигроскопичности материала; при этом им было установлено, что ток лимфы из раны без тампонов идет в нормальном направлении, и всасывание из раны идет в организме; тампон же вызывает обратный ток лимфы и продуктов жизнедеятельности бактерий в повязку. Работами клиники профессора Боброва разработаны контрапертуры брюшной полости и дренирование ее. Если защитники бестампонного и закрытого лечения ран не могут совершенно отказаться от тампона и дренажа, то стало быть в этом вопросе есть еще много неясностей. Главное возражение против тампонов—повреждение грануляций при излечении и закладывании тампонов,—этого барьера организма против проникновения бактерий в организм,—может быть избегнуто при умелом обращении с тампоном, а также и закупоривание ран тампоном. Нарушение биологических соотношений еще далеко не доказано, и американские хирурги пытаются

установить биологическое значение умелого тампона. Признавая, что во многих случаях можно проводить бестампонное лечение ран, я не могу согласиться на полное упразднение тампона, и кто прав в этом вопросе, покажет будущее.—Д-р **Крюковский**: Докладчик говорит о дренаже и тампоне как инородном теле для организма, а посему и вредном для него. Инеродность тампона и дренажа является при лечении инфицированных ран, по крайней мере в первые дни, полезной для организма, вызывая со стороны организма биологически полезную реакцию в виде обратного тока лимфы вдоль дренажа и тампона, так что септические продукты, находящиеся в лимфатическом аппарате вокруг раны, не поступают в организм, а вымываются наружу. Самое главное—умение пользоваться дренажем и тампоном. Далее выступали д-ра **Никитин**, **Рукин**, **Мошкин**, **Обнорский** (авторефератов не представлено).—Д-р **Орлов**: В деле лечения ран главную роль играют не методы и способы перевязки, а умелые, опытные руки. Нельзя ставить вопроса о преимущественном значении лечения ран с тампоном или без тампона, так как оба метода имеют свои особые показания, когда они и должны применяться независимо от выбора хирурга. Если в литературе возник вопрос о бестампонном лечении гнойных ран, то причиной этому то колоссальное нарушение правил хирургической перевязки, которое наблюдалось в минувшую войну, когда были привлечены к делу лечения ран громадные массы лиц, малоподготовленных и совсем не подготовленных к хирургическому лечению ран. Как реакция на неправильное применение тампонов, появилось увлечение в другую сторону—в сторону ограничения до полного исключения тампона из перевязки, из ложно применяемого в данном случае принципа «Не посеге». Ошибочно утверждение докладчика, что участковые врачи, не применяя тампона при лечении ран (я разумею такие раны, которые имеют показания для тампона), меньше принесут вреда больным, чем с применением тампона; также не верно обратное возражение д-ра Герша, что, применяя тампон, малоопытные лица меньше принесут вреда больным, чем без употребления тампона.

Подходя к решению вопроса о лечении ран с научной точки зрения, мы не должны ставить решение этого вопроса в зависимость от практической неподготовленности приставленных к этому делу лиц, а, наоборот, с научным решением этого вопроса должны предъявлять требования практической подготовки этих лиц в знании и умении правильно производить хирургическую перевязку. А для правильного производства хирургической перевязки необходимы прежде всего правильный диагноз и установка показаний к методу перевязки, который наиболее соответствует данному случаю. Если докладчик говорит, что он ставит тампон на 1–2 дня там, где это надо, то такой способ не означает бестампонного лечения, а ограничивает применение тампона сферой необходимости, каковая и должна быть точно установлена. Таким образом решение вопроса из плоскости предпочтения того или другого вида повязки необходимо перенести в плоскость правильного диагноза и точной установки показаний к применению повязки с тампоном или без тампона. Как видим из возражений, сделанных д-рами **Кадниковым**, **Крюковским**, **Рукиным**, **Гершем** и др., вопрос о бестампонном лечении ран не может считаться окончательно разрешенным и подлежит еще дальнейшему наблюдению и выяснению в будущем. Не подлежит сомнению, что большинство чистых, не осложненных ран прекрасно заживает под сухой стерильной повязкой, и нет никакой необходимости усложнять повязку излишними, сомнительной стерильности ингредиентами вроде вазелина или вазелинового масла; с другой стороны, загрязненные, осложненные уже воспалительным процессом раны требуют наложения стерильной повязки, увлажненной физиологическим, соловым или буровским раствором; не имея личного опыта с вазелиновой повязкой, но основываясь на теоретических сопротивлениях, я отношу в эту группу и вазелиновую повязку и считаю, что всякая влажная повязка оказывает благотворное влияние на течение осложненных ран той пассивной гиперемией, которая обычно развивается под влажной повязкой. Наконец, бывают раны с вялым течением, для заживления

которых необходима стимуляция образования грануляций,—в этих случаях не обойтись без применения иода, стимулирующее действие которого на грануляционный процесс еще никем не опровергнуто. Расчленивши все раны по характеру повреждения и клиническому течению и установивши строгие, точные и ясные показания для применения тампона и лечения ран без тампона, докладчик гораздо лучше помог бы участковым врачам, для которых, по его словам, и предназначался доклад, разобраться в этом вопросе, вместо того, чтобы навязывать огульно во всяких случаях вазелиновую повязку без тампона, достоинства и пригодность которой подлежат еще выяснению в будущем. Докладчик все время говорит о нецелесообразности применения тампона, обосновывая свое утверждение исключительно физическими действиями повязки, так как отсасывание повязки прекращается с момента ее полного намокания. Между тем как благотворное действие тампона слагается из физического процесса отсасывания патологического секрета и биологического влияния тампона в окружающих тканях, где создается обратный ток лимфы в направлении к тампону как инородному телу; тампон, понижая давление в очаге скопления патологических продуктов и вызывая усиленный обратный ток лимфы, предотвращает и во всяком случае ослабляет таким образом всасывание токсинов, которые выбрасываются вместе с током лимфи вдоль тампона или трубы. Что в вопросе о бестампонном лечении не все еще выяснено, за это говорит обратный уклон в сторону тампона многих авторов, которые были сторонниками бестампонного лечения. Парижский хирург Фор вновь возбуждает интерес к забытому почти тампону Микулича, с которым он достиг небывалых еще ни у одного хирурга результатов при радикальной операции рака матки, понизив процент первичной смертности после этой операции до 3,5%. Проф. А. П. Губарев, отмечая блестящие результаты, полученные Фором от расширения применения дренажа по Микуличу при радикальной операции рака матки, рекомендует лишь усовершенствовать тампонацию.

Д-р Кистер—заключительное слово: Д-р Вознесенский говорит, что до введения вазелина применялся перув. бальзам. Но на перув. бальзам смотрели, как на вещество активное, способствующее заживлению; на вазелин же мы смотрим, как на вещество нейтральное, не приносящее вреда. Что касается 10% *Natr. chlor.*, то я не упоминал о применении гипертонических растворов за недостатком времени. Д-р Лилев предполагает, что раны после трахеотомии заживают быстро вследствие доступа воздуха. Не могу с этим согласиться, ибо высыхание губительно для всех живых тканей. Иногда мы не закрываем свежие защитные операционные раны на лице; но раз рана защищена, стало быть, закрыта кожей, то она высыханию не подвергается. По поводу тампонов в брюшной полости, о которых говорит д-р Никитин, я думаю, что в некоторых случаях (напр.; после *Cholecystoectomy*) их приходится вставлять; что же касается тампонов и дренажей при перитонитах, то это уже специальный вопрос лечения перитонитов; я лично при перитоните всегда ищу его источник и в случае возможности устранения его — зашиваю наглухо. Биологическое действие тампона, о котором говорят д-р Кадников, д-р Крюковский и другие, известно давно, и я его не только не отрицаю, но и неоднократно пользовался им, оставляя тампон близко к месту ненайденного при операции гнойника. Вопрос о тампоне еще не решен окончательно, и я не проповедую выключить тампон и изгнать его употребление. Я только говорю, что если врачи на участках (для которых главным образом и предназначался мой доклад) совершенно не будут вводить тампонов, то они принесут меньше вреда, чем если будут вводить тампонов везде и всюду. Отсасывающее действие резинового дренажа, о котором говорит д-р Крюковский, я совершенно отрицаю: дренаж никогда и ничего не отсасывает, ибо он действует просто, как трубка, по которой может стекать жидкость; другое дело—сифонный дренаж, но он применен не везде. Я лично дренажей почти не применяю, так как толку от них не вижу и боюсь получения пролежней;

я пользуюсь дренажем только после операций в областях с рыхлой клетчаткой, напр., при удалении подчелюстных желез и т. п., чтобы не получить скопления крови. Требование д-ра Рукина, чтобы тампон отсасывал, конечно, правильное, но вся беда именно в том, что он отсасывает пока не высохнет; тогда он начинает закупоривать рану. Антисептики при лечении ран в виде смазывания раны иодом, обмывания супелом и т. д. я никогда не применяю, так как считаю, что все эти вещества бактерий в тканях не убивают, а принесут вред самой ране. Д-р Обнорский хочет сравнивать травматизацию гноящейся раны тампоном с травматизацией несрастающихся костных отломков при закрытом переломе. Эти два процесса совершенно несравнимы: при асептическом переломе мы трением обломков раздражаем надкостницу и усиливаем регенеративный процесс, при гнойных же ранах мы всякой травмой нарушаем его и усиливаем процессы дегенеративные. Целиком согласен с д-ром Орловым в том, что главное дело при лечении ран в том, чтобы умело и бережно обращаться с ними. Поэтому я считаю, что для участковых врачей лучше бестампонное лечение, ибо при неумелой тампонаде вреда получится больше, чем при наложении, хотя бы и неумелой рукой, вазелиновой повязки.

#### Заключительное слово председателя А. Н. Орлова

Доклад вызвал очень оживленные прения и подвергся всестороннему обсуждению оппонентами, что должно быть приписано в равной мере как интересу самой темы доклада, так и своевременному опубликованию тезисов доклада, благодаря чему участники собрания имели возможность ознакомиться с содержанием предстоящего доклада. Президиум, видя в таком живом и всестороннем обсуждении главную ценность докладов, вновь подтверждает свое требование—представлять в президиум тезисы докладов заблаговременно, чтобы иметь возможность перед докладом предварительно разослать эти тезисы всем членам.

Выражаю общую благодарность докладчику А. К. Кистеру за интересный доклад, вызвавший такое оживление и, надо думать, плодотворные прения.

**ДОКЛАД 32-Й. Д-р А. Н. Орлов.** О пороках развития матки (демонстрация больной и препаратов). Автореферат.

Демонстрируемые препараты врожденных пороков развития матки, полученные оперативным путем в гинекологическом отделении Вологодской Губбольницы, помимо казуистического интереса, имеют еще то значение, что позволяют разрешить клиническим наблюдением некоторые спорные теоретические вопросы в гинекологии. За 15 лет наблюдалось 43 случая с различными видами пороков развития матки, или около 0,77 проц. всех стационарных больных. В эту группу не вошли случаи пороков развития матки, обнаруженные при других гинекологических заболеваниях, как, напр., при раках и фиброзах, а потому действительная частота пороков развития матки должна быть несколько выше.

Наблюдавшиеся пороки развития можно разделить по степени нарушения анатомического развития и по степени нарушения функциональных отправлений на 6 групп. В первую

группу мы относим 8 случаев двураздельной матки с двойным влагалищем, из которых 75% были многорожавшие и 25%— бесплодные; в этой группе при достаточном морфологическом развитии обеих половин матки родовая функция немногим ниже нормально развитой матки; отдельные особи рожали до 10—12 раз срочно, силами природы, и главной жалобой, приведшей их к врачебной помощи, являлись резкая гипертрофия и выпадение влагалищной перегородки, в иссечении которой состояло оперативное пособие.

Во второй группе мы имеем 7 случаев двурогой перегородженной двуполостной матки; три из них—с двойной и четыре—с одной шейкой. Родовая функция у этой группы сохранена в 66% всех случаев; у одной больной с заращенным вторым влагалищем наблюдалось образование гематокольпоса и гематометры соответственной половины матки, при наличии семимесячной беременности с поперечным положением плода во время преждевременных родов, законченных поворотом на ножку и извлечением плода, и опорожнением через разрез влагалищного входа скопившейся менструальной крови в другой половине влагалища и матки. У второй имелось заращение внутреннего зева с образованием гематосальпинкса—на одной и гидросальпинкса—на другой. Остальные рожали и выкидывали по несколько раз.

В третьей группе—при двурогой матке с одной шейкой и недоразвитым одним рогом—мы наблюдали 15 случаев, среди которых роговая функция была сохранена также у 66%, как и в предыдущей группе; но из 10 многорожавших у 6 имела место, кроме беременности в нормально развитом роге, также ненормальная локализация беременности в недоразвитом роге, а потому эту группу мы признаем угрожаемой возможностью опасных осложнений во время беременности и считаем показанным у таких больных своевременное иссечение недоразвитого рога. При операции в 4 случаях обнаружено свежее желтое тело, причем два раза—на стороне, противоположной беременному рогу; эти случаи с несомненностью доказывают возможность наружного передвижения яйца и сперматозоида, так как полость беременного рога ни в одном из этих случаев не сообщалась ни с шейкой, ни с полостью нормально развитого рога, а свежее желтое тело было обнаружено на противоположной стороне; с другой стороны, эти же случаи определенно опровергают теорию происхождения трубной беременности в зависимости от наружного передвижения яйца, так как, несмотря на удлинение пути, во всех случаях яйцо прошло через трубу и укрепилось в полости рога, между тем как по теории Зиппеля оно должно было укрепиться в трубе. Очевидно, одного наружного передвижения яйца недостаточно для трубной имплантации его; необходимы еще механические препятствия, задерживающие яйцо в трубе.

В четвертой группе мы имеем лишь один случай однородной недоразвитой матки, который представляется как бы переходной стадией между предшествующими формами, в которых при достаточном развитии всей массы органа наблюдаются резкие нарушения развития формы органа, и последующими группами, в которых на ряду с нарушением формы наблюдается также резко выраженное недоразвитие всего органа. В зависимости от недоразвития всего органа в целом все эти случаи страдают полным нарушением не только родовой, но и менструальной функции.

В пятой группе—три случая, в которых, на ряду с частичным недоразвитием всей половой сферы, имеются еще недоразвития местные, более резко выраженные и сопровождающиеся заражением полового тракта на различной высоте; в одном случае—гименальная атрезия у девочки 15 лет, с образованием гематокольпоса, гематометры и гематосальпинкса; во втором—при недоразвитии шейки матки образовалась кровяная опухоль матки, подвергшаяся нагноению, и в последнем случае мы наблюдали *atresia ani vaginalis*.

В последней, 6-й группе мы имели 9 случаев с полным недоразвитием влагалища и тела матки при наличии двух недоразвитых рогов ее и хорошо развитых труб и яичников. Все эти больные, в большинстве молодые девушки, страдали резко выраженными приступами периодически повторявшихся сильных болей схваткообразного характера внизу живота, викарирующих собою выпадение наружного отделения менструальной крови. Клинические наблюдения этих случаев и оперативное лечение их позволяют подойти к разрешению другого спорного вопроса в гинекологии—о происхождении дисменорройных болей. Как известно, наряду с механической и воспалительной теориями, признаваемыми почти единогласно всеми авторами и подтверждающимися определенной и ясно выраженной клинической картиной, некоторыми авторами высказывался в литературе взгляд о возможности происхождения дисменорройных болей в зависимости исключительно лишь от недоразвития мышечной стенки матки, которая будто бы лишена возможности приспособления к менструальным проливам крови, почему всякая менструация сопровождается резкими болями. Желая проверить этот взгляд на дисменорройные боли, мы подвергли удаленные недоразвитые рога микроскопическому исследованию в поперечных срезах, причем внутри таких рогов оказался звездообразный просвет полости, выстланный однослойным цилиндрическим эпителием. Очевидно, во время менструаций кровь скапливается в этих узких полостях и под влиянием сокращающейся мускулатуры рогов выбрасывается с большими препятствиями через узкие отверстия в трубы и брюшную полость.

Руководствуясь такими соображениями, а также большой важностью функциональной деятельности яичника для всего

организма, мы совершенно отвергли старые методы операций в подобных случаях, заключавшиеся в полной кастрации, а иссекаем лишь недоразвитые рога, оставляя трубы и яичники; во всех случаях неизбежно мы имели полный успех в смысле устранения тех мучительных болей, по поводу которых больные обращались к нам за помощью. Наши наблюдения над оперативным лечением больных с недоразвитыми рогами матки позволяют нам сделать заключение, что дисменорройные боли при недоразвитии матки также имеют своей причиной механическое препятствие для опорожнения менструальной крови, тем более, что после предварительного расширения внутреннего зева дисменоррея обыкновенно проходит.

*Заседание XIX, 17 декабря 1927 г.*

**ДОКЛАД** 33-й. Д-р **Н. Н. Рукин**. Клинические наблюдения над спинно-мозговой анестезией при гинекологических операциях. (Гинекол. отд. Губбольницы. Зав. д-р **А. Н. Орлов**).

Доклад печатается в сборнике, посвященном памяти П. П. Мокровского.

Преиняя. Д-р **А. К. Кистер**: Интересный доклад Н. Н. Рукина приобретает еще большую ценность благодаря тому громадному материалу, на котором он обосновывается. Я должен кое-что сказать по поводу отдельных мест доклада. Докладчик считает опасным делать прокол выше XII грудн. позвонка, тогда как **Д. П. Неско**, пионер спинно-мозговой анестезии, разработал впрыскивания не только в грудном, но и в шейном отделе. Такая высокая анестезия применялась и у нас д-ром **Кокиным**, статья которого была напечатана в одном из московских журналов в 1923 или 1924 г. Спинно-мозговая анестезия очень хороша тогда, когда она вполне удается; но, во-первых, бывают случаи, когда анестезия получается недостаточная, или хотя и полная, но очень кратковременная. Возможно, что у меня были дефекты в технике, но случаи слишком непродолжительной анестезии наблюдались не редко. Поэтому у меня получилось впечатление, что именно при спинно-мозговой анестезии приходится несколько спешить с операцией. Последующие головные боли, мне кажется, зависят от понижения внутричерепного давления, поэтому я стараюсь применять возможно более тонкую иглу и не удаляю спинно-мозговой жидкости. Что касается случая смерти, сообщенного докладчиком, то возможно, что тут раствор ствона попал в вену, так как жидкость была окрашена кровью.—Д-р **И. Г. Крюковский**: Сравнительно большой процент неудач, неприятные осложнения после спинно-мозговой анестезии в виде тяжелых головных и поясничных болей, скачки температуры, оставляют на душе неприятный осадок. Мне кажется, что значительное количество гинекологических операций—**Alexander Adams'a**, доброкачественные кисты—можно с успехом делать под местной инфильтрационной анестезией по методике казанского проф. **А. В. Вишневского**, которая не дает осложнений и требует только более нежного обращения с тканями и большей затраты времени на операцию.

**Заключительное слово председателя А. Н. Орлова**

Из обстоятельного доклада Н. Н. Рукина и последовавших затем преиниев выяснилось, что метод спинно-мозгового обезболивания, несмотря на присущие ему некоторые недостатки, необходимость вводить сразу всю дозу анестезирующего вещества, откуда проистекает трудность дозировки, при

неправильном расчете которой возможны случаи или неполной анестезии, или же опасные, угрожающие осложнения со стороны органов дыхания и кровообращения, при выполнении точной техники и правильной дозировки, дает за малыми исключениями достаточно полную анестезию, позволяющую производить сложные и длительные операции, исключая при этом противопоказания как со стороны старческого возраста, так и со стороны патологических состояний важнейших внутренних органов. Главное преимущество спинно-мозговой анестезии перед общим ингаляционным наркозом и местной инфильтрационной анестезией заключается в возможности оперировать такие случаи, которые безусловно противопоказывают применение общего наркоза, и для которых местная анестезия по локализации процесса не может быть применима. Из осложнений, наблюдавшихся в послеоперационном периоде, не все могут быть поставлены в зависимость от спинно-мозговой анестезии; падение сердечной деятельности, изредка наблюдаемое при выведении б-ной из тренделенбурговского положения в горизонтальное, наблюдается также и при общем наркозе и зависит от быстро наступающего отлива крови от головного мозга; проф. Губарев для устранения этого явления рекомендует обратное положение больной в тренделенбурговское положение и потом медленное выведение в горизонтальное положение. Если преходящие параличи отводящего нерва глаза зависят исключительно от самого метода, то парезы на нижних конечностях могут зависеть и от механических инсультов во время операции в тренделенбурговском положении, от неправильного положения конечностей; аналогичные парезы наблюдаются и на верхних конечностях, которые при низком проколе спинно-мозгового канала ни в каком случае не могут быть поставлены в зависимость от метода анестезии. Наиболее часто встречающееся осложнение в виде последовательных головных болей хотя и не представляет серьезной опасности и обычно под влиянием соответствующего лечения проходит через несколько дней, все же представляет одно из неприятных осложнений как для больной, так и для хирурга, а потому побуждает хирурга, для избежания этих осложнений, обратить свои мысли в сторону применения и разработки сакральной—экстрадуральной анестезии.

В заключение выскаживаю докладчику благодарность от имени всего собрания за сообщение интересной и детально разработанной темы, а от себя лично приношу благодарность Н. Н. Рукину за тот большой труд, который пришлось затратить на разработку накопившегося на Отделении большого материала.

**ДОКЛАД 34-й. Д-р А. С. Сергиевский.** Фабелла—дебавочная сесамовидная кость в области коленного сустава (с демонстрацией рентгенограмм).

В последнем номере журнала «Вестник рентгенологии и радиологии» имеется работа, в которой автор останавливается на описании наблюдав-

шегося им единичного случая непостоянной сесамовидной косточки в области коленного сустава. Если на страницах специального журнала отводится место для сообщения единичного случая, то я счел себя вправе остановить ваше внимание, демонстрируя аналогичный случай, каковым располагает рентгеновский кабинет Губбольницы. *Fabella sesamini geni superius* имеет не только теоретическое значение, но и чрезвычайно важное практическое. По данным *Alban Köhler'a* она встречается в 10% всех рентгенограмм коленного сустава, в боковой проекции, чаще у мужчин, чем у женщин, у негров встречается будто бы как правило; в редких случаях фабеллы встречаются по-две, а у некоторых животных постоянно по-четыре. Демонстрируя настоящий случай, я несколько не-поумеваю в смысле локализации сесамовидной косточки. До сих пор рентгенологами описывалась фабелла в латеральной головке *muscul. gastrocnemii*, в то время как в нашем случае она локализируется в медиальной головке *musc. gastrocnemii*. Мне удалось найти указание, что хотя рентгенологами и не описана фабелла медиальной головки, но старым анатомам известна сесамовидная косточка и в этой головке *m. gastrocnemii*. В атласе *Grashey'a* имеется следующее описание этой добавочной косточки: «Фабелла или сесамовидная косточка в латеральной головке *m. gastrocnemii* находится сзади латерального мышцелка бедра всегда выше попе-речной линии, проходящей через мениски. Форма ее овальная или несколько округлая, впрочем под влиянием артритических изменений в суставе мо-жет деформироваться и фабелла. Размер ее — от 3,5 до 13,5 *мм*. Вполне понятно, что в возрасте до 12 — 15 лет фабелла не обнаруживается на рентгенограммах, так как не успела окостенеть, и чем более поздний воз-раст, тем повышается возможность ее обнаружения на рентгенограмме. Практическое значение демонстрируемой сесамовидной кости сводится к тому, что она нередко дает повод к неправильному ее толкованию и сме-шению с внутрисуставными мышами, что вызывает ненужную и опасную операцию, связанную со вскрытием полости коленного сустава. Так в са-мое последнее время *Simon* описывает подобный случай, где больной поступил к нему с данными рентгенографического исследования, указы-вающими на свободное тело коленного сустава, в то время как в действи-тельности имелась фабелла. Чтобы не впасть в ошибку, нужно прежде всего знать и помнить о существовании фабеллы, а также тщательно учитывать клиническую картину *Osteochondritis dissecans König'a*, которая, в типичных случаях, давая симптомы ущемления с резкими скоро про-ходящими болями, позволяет правильно учесть симптомы рентгенограммы.

Наиболее опасны, в смысле ошибок, случаи вульгарной болезненности в области коленного сустава, где произведенная рентгенограмма случайно обнаруживает фабеллу, которая истолковывается как внутрисуставная мышь. В дифференциально-диагностическом отношении нужно учитывать и другие моменты, способные дать обызвествление участков ткани в об-ласти коленного сустава. Сюда относятся, чаще всего наблюдаемые островки обызвествления (*Compacta insel*), флеголиты, обызвествления слизистых сумок и очень редко обызвествление цистицерка; форма, положение обыз-вествленных участков и учет клинической картины, при знании возмож-ности наличия сесамовидной косточки, позволяют выйти из затруднений. Демонстрируемые нами рентгенограммы принадлежат 25-летнему молодому крестьянину, который, будучи взят на территориальный сбор, после гим-настики на параллелях стал чувствовать боль в правой подколенной ямке.

**ДОКЛАД 35-й. Д-р А. Н. Орлов.** Случай фиброзного осумковывающего перитонита. (Демонстрация препа-рата и пластинчатых срезов с конволюта тонких кишок). Авто-реферат.

Демонстрация редкого препарата кишечного конволюта из сросшихся тонких кишок с толстой капсулой. Демонстрируемый препарат, полу-ченный оперативным путем от больной девицы 19 лет, представляется в виде

неправильно шаровидной опухоли с головку годовалого ребенка, покрытой плотной, толстой соединительно-тканной капсулой. Начало заболевания б-ная отмечает  $1\frac{1}{2}$  года тому назад, вместе с выпадением менструаций и появлением болей внизу живота. С тех пор боли появляются периодически, каждый месяц, схваткообразного характера по несколько дней, повторяя тип *molimena menstrualia*. Эти анамнестические данные, в связи с опухолью внизу живота, подали повод первоначально предположить диагноз—образование кровяной опухоли в полости матки вследствие заражения в цервикальном канале, но наличие резко положительной реакции Безредка на туберкулез и развившихся за последние месяца явлений относительной непроходимости кишок позволило остановиться на втором, более вероятном диагнозе—туберкулезном перитоните, что и подтвердилось при операции. Случай интересен не только в патолого-анатомическом отношении, которое очень рельефно обнаруживается на пластинчатом препарате, изготовленном благодаря любезности К. Н. Михайлова в проекторском кабинете Волог. Губбольницы, но также своим клиническим течением, симулировавшим заражение полового канала с образованием кровяной опухоли; при операции обнаружена причина перисидических болей, соответственно менструальным циклам,—атрофическая матка с придатками оказалась очень крепко сращенной с передней брюшной стенкой и в области переднего дугласа: вследствие атрофического состояния матки, хотя и не наблюдалось наружного кровоотделения, но менструальный пролив крови к органам таза обусловливал болезненные сокращения сращенной матки и труб, за что говорит спазмодический характер циклически повторяющихся болей. Кроме того, случай представляет интерес по методу примененной операции: по разделении сращений с передней брюшной стенкой и более рыхлых сращений с окружающими петлями кишок, весь конволют кишечной опухоли с наружной капсулой иссечен целиком en bloc, не разделяя в нем отдельных петель кишок, что дало возможность скорее закончить операцию, а больной—легче перенести тяжелую травму от оперативного вмешательства. По иссечении опухоли сделано боковое соусье тонкой кишки со слепой. На 10-й день б-ная просила прибавить хлеба, а на 16-й день выписалась домой.

*Заседание XX, 29 декабря 1927 г.*

**ДОКЛАД 36-й. Д-р П. А. Кадников.** О Всесоюзном VI Начально-организационном Съезде по курортному делу. С 8 по 15/XII—1927 г.

Материалы по данному съезду напечатаны в Бюллетеи VI Всесоюзного научно-организационного съезда по курортному делу, изд. Главкурупра

**ДОКЛАД 37-й. Д-р А. И. Шадрин.** О II Всероссийском съезде физиотерапевтов. (Материалы напечатаны в бюллетеи съезда).

**ДОКЛАД 38-й. Д-ра Михайлова и Замараев.** Демонстрация патолого-анатомических препаратов.

Д-р Замараев—сообщил историю болезни б-ного с опухолью средостения.

Д-р Михайлов—продемонстрировал следующие препараты:

1. Саркома средостения с прорастанием левого легкого и обоих предсердий. 2. Аневризма (хроническая) левого желудочка сердца с тромбозом его полости и хроническим облитерирующим перикардитом. 3. *Endocarditis lenta*. Стенку левого венозного отверстия с язвенным эндокардитом двустворки

и свежим бородавчатым эндокардитом трехстворки. Шаровидный тромб левого предсердия. 4. Тромбоз ветвей легочной артерии. Множественные геморрагические инфаркты легкого и абсцессы (метастатические) левого легкого. 5. Aneurysma disse-  
cans arcus aortae с узором позвоночника.

*Заседание XXI, 4 февраля 1928 г.*

**ДОКЛАД 39-й. Д-р Кистер.** Демонстрация больного после операции по поводу остеомиэлита.

Д-р Кистер демонстрировал больного, которому он зампонировал костную полость после очищения ее лоскутом мышцы на ножке, взятым вблизи болезненного очага, кожу зашил наглухо. Результаты получил весьма ободряющие. Неблагоприятное, вообще, лечение остеомиэлита дало ему право поделиться с аудиторией своим опытом, как давшим сравни-  
тельно утешительные результаты.

В прениях д-р Кадников отметил, что срок 1 год и 4 месяца является достаточным для заживления и после операции при открытом лечении, но срок пребывания в больнице—две недели—является для остеомиэлита очень малым. В заключение д-р Кадников в поблагодарил докладчика за демонстрацию этого случая, как ясно показывающего пользу живой тампонады при остеомиэлите, отметив, что этот случай в Вологде является первым.

**ДОКЛАД 40-й. Д-р Герш.** О внутривенном введении кислорода.

Докладчик заявил, что он делает предварительное сообщение, а не заключительный доклад, так как опыты его по вопросу о внутривенном введении кислорода не закончены, а поэтому и окончательных выводов по данному вопросу он не делает. Рядом опытов над собаками докладчик пытается разрешить три вопроса по данному поводу, а именно: 1. Возможно ли введение кислорода внутривенно без эмболий, и если возможно, то в каком количестве и с какой скоростью? 2. Оказывает ли какое-либо благотворное действие внутривенное введение кислорода на организм, отравленный наркотиками (ядами), когда легочное дыхание происходит нормально? 3. Оказывает ли какое-либо благотворное влияние на организм введение кислорода в вены, когда доступ воздуха в легкие прекращен, другими словами, может ли оно на некоторое время заменить легочное дыхание? Для решения первого вопроса докладчик проделал над собаками 8 опытов, причем пришел к следующим выводам: а) внутривенное введение кислорода собаками переносится хорошо; б) можно безнаказанно вводить в вены собаки большое количество кислорода и долгое время; в) скорость введения кислорода в единицу времени не должна превышать половину того количества кислорода, которое собака способна потребить в эту единицу времени через легкие, т.-е. вводить не больше 20 см<sup>3</sup> в минуту. Когда автор вводил кислород в вены со скоростью 30 см<sup>3</sup> в минуту, у собак наступала атаксия нижних

конечностей, которая через день бесследно исчезала, а когда он ввел со скоростью  $45 \text{ см}^3$  в минуту, то собака очень быстро (минут через 10) погибла, причем при вскрытии правое сердце и сосуды, из него выходящие, были свободны от крови и переполнены газом. Для выяснения второго вопроса проделано было всего 4 опыта, из которых два являлись контрольными. Для наркоза животного применялся морфий, в дозах от 0,3 до 1,0. Морфий собаки вообще переносят хорошо, а если погибали, то как при введении кислорода, так и без него почти одинаково быстро, и патолого-анатомические изменения были почти одинаковы. Для решения третьего вопроса было проделано также 4 опыта, из которых контрольным был один. Собакам перерезывалась трахея и в периферический конец плотно вводилась резиновая пробка. Опытные собаки данной серии погибали при явлениях задушения, и введенный в вены кислород летального исхода не отдалил и благотворного заметного влияния не оказал.

В прениях д-р **Кистер** заявил, что для него непонятно практическое значение изучения этого вопроса, и он не думает, чтобы введение кислорода, без удаления угольной кислоты из организма, при каких-либо болезненных явлениях было очень полезно. Д-р **Булкин** полагает, что вопрос этот должен предварительно быть изучен лабораторно,—т.-е. какое количество кислорода способна поглощать кровь, об этом еще физиология знает недостаточно.