

Третий день (28 марта).

УТРЕННЕЕ ЗАСЕДАНИЕ.

VIII. Третий программный вопрос: КОСТНО-СУСТАВНОЙ И ЖЕЛЕЗИСТЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ И СОЦИАЛЬНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ.

Председатель Зильберберг Я. В. (Одесса).

ДОКЛАДЫ*)

32) Фабрикант М. Б. (Харьков).—Классификация и лечение туберкулеза костей и суставов.

33) Крамаренко Е. Ю. (Одесса).—К вопросу об учете результатов лечения костно-суставного туберкулеза.

34) Корхов И. П. (Харьков).—Этиология, диагностика и лечение туберкулеза лимфатических желез.

35) Трегубов С. Л. (Харьков).—О регенерации при костном туберкулезе.

36) Маслов И. Д. (Чернигов).—Лечение солнцем хирургического туберкулеза.

37) Лебедев А. А. (Красноград, Полт. губ.).—Лечение и профилактика хирургического туберкулеза в деревне.

38) Стоянов Ф. Д. (Одесса).—К вопросу о лечении костно-суставного туберкулеза на лиманах.

39) Гессде-Кальве К. П., Корхов И. П. (Харьков).—Обоснование метода Манухина при лечении туберкулеза на основании экспериментальных изменений морфологии крови и ферментов ее.

40) Цеперник К. К. (Харьков).—О резекции коленного сустава при туберкулезных гонитах.

41) Вегнер К. Ф. (Харьков).—О борьбе с костно-суставным туберкулезом, как с народным бедствием (от комиссии по борьбе с костно-суставным туберкулезом при Научной Ассоциации Харьковского Губернского Отдела «Медсантруд».

42) Ситенко М. И. (Харьков).—Доклад секретаря комиссии по борьбе с костно-суставным туберкулезом при Научной Ассоциации «Медсантруд».

Положения комиссии принимаются С'ездом.

Шевандин М. Н. (Симферополь).—Необходимо сознаться, что лечение грязями отличается грубым эмпиризмом, и хотя Одесса и Саки протянули друг другу руку согласия, проблема грязелечения, все-таки, не будет разрешена. Пока установлено, что грязи помогают при фунгозно-гнойных формах поражения со свищами. Что касается лечения в условиях работы участкового врача (по докладу д-ра А. А. Лебедева), то солнцелечение возможно производить и без соляриумов с небольшими примитивными приспособлениями. Следует также придавать значение методу застойной гиперемии по Бирю.

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

Наконец, необходимо лечить туберкулез и в тех условиях, когда солнца нет. В этих случаях могу рекомендовать способ Готца, основанный на лечении тысяч больных по опыту Ленинградских клиник и экспериментально разработанный. В общем необходимо признать крайне желательной и влажной организацию амбулаторного лечения туберкулезных больных с применением соответствующих методов лечения.

Пржевальский Б. Г. (Харьков). 1) Классификация, разделяющая клинически поражения синовии, связочного аппарата и костей должна лежать в основе выбора метода терапии; 2) покой сустава нельзя отождествлять с одной физической неподвижностью—покой сустава требует также устранения давления на суставные концы; 3) лечение туберкулеза мягких частей X-лучами еще новый метод; практическое его значение в периоде изучения. Этот способ сопровождается глубоким и не всегда безвредным действием на ткани и органы.

Мещанинов А. И. (Харьков). Старый, но вечно новый вопрос, больной и злободневный. Кто из работающих на селе не знает, как мы гнали от себя этих несчастных больных. Постепенно это положение меняется и в настоящее время такие больные уже начинают получать лечение на местах. Необходимо ясно, отчетливо подчеркнуть и зафиксировать положение, что костный туберкулез эпидемическая болезнь, с ней необходимо бороться так же, как и с легочным туберкулезом. В нашем экономическом положении, однако, есть реальная возможность—это амбулаторное лечение с ортопедом-хирургом во главе.

Я не согласен, что солярии не нужны,—нам они необходимы, как места, где наше темное сельское население, будет учиться и узнавать, как необходимо лечиться на местах и какие благоприятные результаты можно получать при этом.

Трегубов С. Л. (Харьков). В основе лечения костного туберкулеза должна лежать иммобилизация. Необходимо стремиться к амбулаторному лечению, стационарное же лечение предоставлять только абсолютно в этом нуждающимся. Опыт западных стран, где этот вопрос уже давно был предметом обсуждения, учит нас, что санаторное лечение и там обслуживает только сравнительно ничтожное число больных. При наших экономических условиях, его еще труднее осуществить. Полагаю, что вытяжение как метод лечения не должен быть применяем; вытяжение уместно только для исправлений контрактур и то с особыми показаниями. Я не сторонник грязелечения и полагаю, что его не должно применять. Солнечное лечение является весьма ценным методом, но требует тщательной дозировки.

Фрумин И. О. (Киев). Цифровые данные, приведенные д-ром Крамаренко, подтверждаются и данными Всеукраинского Ортопедического Института в Киеве, где на 1729 случаев костного туберкулеза проведенных стационарно получено в 44,4% затихание процесса и в 31,4% улучшение (проверено Рентгеном). Что касается количества случаев костного туберкулеза на Украине, то их надо исчислять в 5—6 тысяч, учитывая, что у нас их раза в 2 больше, чем в Германии.

По вопросу о борьбе с костным туберкулезом, нельзя согласиться с решением комиссии об исключительно санаторном лечении. Это нежизненно; мы не можем иметь нужного количества коек. Надо добиться широкой сети амбулаторных диспансерных пунктов, возглавляемых специалистами, о подготовке которых необходимо серьезно позаботиться. Кроме того, предлагаю добиться узаконения, аналогичного германскому об обязательной регистрации всех случаев увечности и кандидатов на увечность.

Крымов А. П. (Киев). Я выскажу только несколько мыслей положений. Я считаю, что из научных данных рождаются практические выводы, поэтому с'езд должен остаться на чисто научной стороне дела. Я привет-

ствую стремление проф. М. Б. Фабриканта разобраться в классификации туберкулеза костей и суставов и считаю, что эта задача чрезвычайно важна и должна быть закончена. Я предлагаю с термином «выздоровление» при туберкулезе костей и суставов обращаться более осторожно, так как известно, что почти каждому туберкулезному больному приходится ежегодно вновь обращаться за помощью по поводу своего заболевания. Конечно мы должны стремиться при лечении хирургического туберкулеза к полному восстановлению, но это удается в тех случаях, когда мы приступаем к лечению в самом начале заболевания. Поэтому ранняя диагностика-половина дела. Не считаю анкилоз сустава за идеал излечения и даже всегда за полное излечение, так как не редко при анкилозе процесс еще не заглож в некоторых уголках сустава.

Очень интересен вопрос о регенерации при костном туберкулезе, но как понимать этот процесс: понимать ли рубец (костный) под этим названием, или же принять всю сложность процесса приспособления организма к этому рубцу?

Миротворцев С. Р. (Саратов). Оперативное лечение костного туберкулеза не может при современном состоянии наших знаний, конкурировать с консервативным лечением, во главе угла которого стоит солнечное лечение. Весь вопрос в том, как осуществлять это лечение. Блестящие результаты, полученные на морском побережье, а также в горах, заставили нас испытывать это лечение в равнинах; результаты получились ободряющие. В течение двух летних сезонов я применял солнечное лечение на больных Факультетской Хирургической Клиники в Саратове и здесь, в условиях пыльного, душного города, получил в ряде случаев хорошие результаты. По моему мнению, солнечное лечение должно проводиться, как в специальных санаториях и санляриях, так и в условиях городской и деревенской жизни, что вполне подтверждается положением, что каждый туберкулезный больной должен лечиться там, где он заболел. В течение ряда лет я применяю солнечное лечение у туберкулезных (костных) больных в г. Ахтырке (Харьк. губ.) и должен констатировать ряд прочных излечений. Пока оперативное лечение туберкулеза суставов (временно) остается лишь для коленного сустава и то при особых показаниях напр. у взрослых, отказывающихся от лечения солнцем. Лечение туберкулеза костей и суставов грязями по моим наблюдениям, проведенным в Эльтонской грязелечебнице (Астрах. губ.), в настоящее время противопоказано.

Волкович Н. М. (Киев). Консервативное лечение при туберкулезе нужно понимать в более широком смысле слова. Не следует применять удерживающих приборов и в частности гипсовых повязок, как нарушающих состояние мышц, а вместе с тем крове-и лимфообращение. В докладе д-ра Цеперника приведен тот способ иссечения колена вместе с суставной сумкой который я опубликовал еще в 1896 году и этот способ принят другими русскими хирургами, тоже писавшими об этом. Резекция именно показана при открытом туберкулезе, но не закрытом. Я, как и многие другие, все реже и реже пользуюсь резекцией, склоняясь в пользу консервативного лечения.

Чаклин В. Д. (Харьков). Вытяжение незаменимое средство для сравнительно быстрого устранения контрактур, особенно при кокситях. Оно является ценным методом в ряде других средств борьбы с туберкулезом суставов. Если ряд случаев туберкулеза суставов, особенно на верхних конечностях, может подлежать амбулаторному лечению, то целесообразно ли лечить амбулаторно больных с абсцесом при коксите или со свищем. Методы лечения и организация борьбы с туберкулезом суставов зависят от материальной мощи страны. Если нельзя создать многочисленных санаторий для костно-суставного туберкулеза, то необходимы центральные

учреждения санаторно-ортопедического типа под руководством специалистов. При крупных амбулаториях необходимы стационарии для временного пребывания больных, у которых показаны хирургические манипуляции.

Духовской С. М. (Москва). Грязелечение в настоящее время в Москве при костном туберкулезе совсем оставлено. По вопросу раннего вставания больных и амбулаторного их лечения очень ценными являются наблюдения проф. Трѣгубова о деструктивных и регенерационных процессах при костном туберкулезе. При лечении солнцем необходима дозировка, так как при этом способе лечения приходится наблюдать обострение болезни непосредственно в самом счаге заболевания.

Крамаренко Е. Ю. (Одесса). Приветствую популяризацию на селе гелиотерапии д-ром Лебедевым. Аналогичные прецеденты бывали. Так, д-р Юцевич в свое время организовал в большем масштабе оперативную помощь в крестьянских хатах. Солярии нужно строить самым примитивным способом, но нужно позаботиться о малярийной профилактике, ибо больные должны оставаться круглые сутки на воздухе. Солярии-школы для больных вполне приемлемая и полезная идея. Аппаратура Киша очень проста, а мякина для пополнения подушек всегда к услугам врача. Легкая аппаратура для разгрузки (Киша, Краснобаева и др.) без труда может быть смонтирована на дому у больных. Гипс нужно оставить в виде с'емного желоба. Легкая аппаратура для разгрузки только в тяжелых случаях с сильными болями и то до прекращения болей.

Леви Я. Л. (Харьков). Несколько слов об опыте консервативного лечения костно-суставного туберкулеза в Изюмском округе в 1923-1924 г. Через солярий и стационар прошло систематически леченых до 60 больных, страдавших разными формами суставного туберкулеза. В нашем небольшом опыте гелиотерапии, мы без боязни пользовались для инсоляции солнечными лучами во все часы его сияния и не получали ожогов, либо других нежелательных осложнений, за исключением тех единичных случаев, когда персонал неосторожно и не систематично повышал длительность инсоляций. Об'яснение очевидно—необходимо чрезвычайно осторожно дозировать инсоляции. Мы производили первые сеансы по 2—3 минуты и начинали повышать время сеансов лишь через 1—2 суток на 2 минуты ежедневно доводя инсоляции до $1\frac{1}{2}$ —2 часов в день, оставляя больного остальное время на воздухе в тени. Для иммобилизации употреблялись с'емные фиксирующие аппараты, изготовленные из первоначально наложенной крахмальной повязки (типа с'емных корсетов). Аппараты эти не дают полной иммобилизации, но наложенные в часы свободные от инсоляций, сообщают больной конечности покой, достаточный при терапии туберкулезных суставов. Туберкулез позвоночника лечился пребыванием в гамаке из натянутой простыни в положении на животе (либо на спине). Результаты положительны в том смысле, как об этом говорил д-р Крамаренко.

Антонов А. И. (Изюм). В дополнение к докладу д-ра Лебедева о лечении костно-суставного туберкулеза в деревне хочу остановить внимание с'езда на способе Готца—Грекова. Это прекрасный способ для применения в сельских условиях на амбулаторных больных. В 1923 году я применил его в Полтавской губ. будучи районным врачом приблизительно на 35 больных; в 1924 и 1925 г.г. я на таком же приблизительно количестве больных применяю его в Изюме. В 1923 году, работая в сельских условиях и не имея глицерина, я употреблял вместо него для эмульсии национальное украинское растительное масло «рыжиковую олию». Я исходил из того соображения, что жир обладает положительным хемиотаксисом к лимфоцитам и масляно-иодоформенная эмульсия с иодной настойкой должна вдвойне привлекать лимфоциты к пораженному участку. Результаты в большинстве случаев получились утешительные, а в некоторых

прямо поразительные. Не могу забыть 11-ти летней девочки, которая вскрикивала от боли при малейшей попытке поставить ее на больную ногу с пораженным голеностопным суставом. После 14 инъекций эмульсии, через 3½ месяца от начала лечения, она прекрасно бегала и всю зиму посещала школу. Второй случай: больной-рабочий явился ко мне с просьбой ампутировать ему конечность в виду множественных свищей голеностопного сустава. После 8 инъекций свищи зажили, опухоль рассосалась и теперь больной свободно ходит и вполне трудоспособен. Повторяю, что способ этот очень удобен в сельской практике. Больные охотно приезжают иногда за 40 за 50 верст, раз в неделю,

Что касается иммобилизации неподвижными аппаратами и вытяжения, то ни то, ни другое мною не применялось. Считаю, что лучший иммобилизирующий аппарат—это субъективное чувство боли. Местом инъекции следует всегда брать прямокишечно-седалищную полость, как наименее болезненное и наиболее безопасное место.

При инъекции эмульсии в пораженную туберкулезным лимфаденитом шею у меня был несчастный случай: на третий день после инъекции больная погибла при явлениях жировой эмболии мозга.

Гейманович З. И. (Харьков). Мы имеем основание ожидать в ближайшие периоды некоторых особенностей в течении хирургического туберкулеза у известной части наших больных. По данным ЦСУ, во многих районах Украины запасы хлеба иссякают, переходят на сурогаты, уже имеет место массовое недоедание. До полумиллиона детей до 11-летнего возраста нуждается в срочной продовольственной помощи, а в этом возрасте, как известно, и в нормальных условиях реакция Пиркэ положительна в 86%. В 21 году и в смежные периоды я зарегистрировал у себя 46 случаев с теми особенностями течения болезни, которые объяснялись различной степени явлениями голодной болезни. Циклы развития костно-суставных поражений и их влияние на общее состояние видоизменилось. И хирургический туберкулез, также как и легочный, утратил тогда хорошо знакомый нам характер хронического заболевания с преобладанием местных явлений над общими и приблизился к типу острых инфекций. Любопытно то, что реакция Пиркэ у этих больных оказывалась отрицательной. Понижилась естественная сопротивляемость организма и приобретенный иммунитет. Поэтому практически приходилось очень расширять показания к ампутациям,—они на указанное количество больных сделаны в 25%.

Подобным же образом и лимфадениты подчас протекали в сроки, мало отличающиеся от тех, какие мы привыкли видеть для обычных аденофлегмон. Фазы развития туберкулезных лимфом, так сказать, уплотнились по времени; мы должны и теперь чаще встречать эти формы течения хирургического туберкулеза.

Пининский В. А. (Смела, Киевск. губ.). Во всех заслушанных докладах красной нитью проходит идея консервативного лечения. Лечение физическими методами имеет преимущество перед медикаментозным. Не всем доступно курортное лечение в чистом воздухе гор, на берегах морей, в лесах, в санаториях. Лечение искусственными лучами, как рентгеновскими или лучами кварцевой лампы, не везде возможно. Поэтому необходимо использовать энергию естественного целебного источника, каковым является солнце. Солнцелечению необходимо подвергать туберкулезных б-ых с различной локализацией заболевания. Очень выгодно также и профилактически инсолировать подозрительных на туберкулез, каковыми являются б-ые с потерей аппетита, веса и общей слабостью. Кроме того, желательно последовать примеру жителей приморских побережий, где они, купаясь в море, пользуются воздушными и солнечными ваннами. Необходимо и

многим здоровым проделать это лечение, принимая во внимание, что многие из них, пребывая в среде туберкулезных, могут таить в своих железах туберкулез. Желательно поэтому, во 1), чтобы все члены съезда широко популяризировали аэро-и гелио-терапию в широких массах населения; 2), чтобы Научная Ассоциация выработала схему лечения с указанием вредных факторов, влияющих на общее состояние; 3), чтобы лечение в соляриумах было начато еще в текущем летнем сезоне.

Скляр И. П. (Сумы, Харьк. губ.). Лично я просил слова потому, что в докладах не было упоминаний о способе Готц-Грекова, заслужившего достаточного внимания. Профессор Шевандин и доктор Алексеев восполнили этот пробел и указали на благоприятные результаты этого лечения, почему можно было бы иметь уже достаточно данных на больших цифрах. В Сумском округе мы с 22 года применяем один раз в неделю внутримышечно впрыскивание 5,0—10,0 куб. иодоформной эмульсии со смазыванием больших поверхностей иодом и добавляем хлористый кальций—внутрь или вводим в кровь и получаем достаточно удовлетворительные результаты вместе с солнцелечением. Что касается гипса, то я бы добавил еще одно замечание: надо снабдить участки достаточным количеством гипса, ваты, бинтами.

Филиппов Н. Н. (Харьков). Ограничусь только замечанием по поводу прочитанного доктором Ситенко доклада комиссии, членом которой был я. Конечно, я со всеми положениями согласен. Считаю только нужным подчеркнуть пункты о санаториях. В ограниченном числе они нужны, на этом нужно настаивать, несмотря на скудость средств по следующим соображениям: они должны быть показательными учреждениями, руководимыми учеными специалистами; в них не только нужно учить и готовить кадры врачей для перефирии, но и разрабатывать новые методы лечения. Новые тропы уже намечаются. Это двойной вопрос: об изучении туберкулеза вообще и, в частности, хирургического. Расхождения существуют даже по вопросу о методах лечения. В этом мы убедились, когда сегодня скрестили свои шпаги два кафедральных ортопеда-хирурга. При плохой подготовке работников на селе из сельских амбулаторий ничего не выйдет.

Файншмидт И. И. (Харьков). Как интернист, много лет интересующийся вопросом туберкулеза и борьбы с ним, я позволю себе выразить удовлетворение тем, что хирурги в такой мере проявили интерес к туберкулезу и посвятили ему целое заседание. Хирургический туберкулез представляет у нас большое зло, правда, далеко не такой величины, как утверждал сегодня М. Б. Фабрикант, полагающий, что по размерам и значению своему оно не меньше, чем зло от легочного туберкулеза; однако, всем известно, что на долю легочного туберкулеза приходится около 90% всех смертей от туберкулеза; да и опасность для окружающих от хирургического туберкулеза ни в какой мере не сравнима с таковой от легочного туберкулеза. Тем не менее, можно только приветствовать, что съездом широко поднят вопрос о необходимости приступить к организации лечения хирургического туберкулеза. Что касается профилактической борьбы, то она, ведь, укладывается в рамки общих мероприятий по борьбе с туберкулезом.

Из отдельных тем заседания меня интересовала классификация костно-суставного туберкулеза. Для нас интернистов, как вы знаете, поиски классификации точной, короткой, практически доступной врачу, пригодной для статистических целей и в то же время содержащей в себе элементы, позволяющие отличить, путем клинических данных исследования, характер патолого-анатомического процесса, представляет задачу, которой заняты очень многие умы, задачу, которая постоянно выдвигается нашими тубер-

кулезными с'ездами. Установленные школой Ашоффа 2 основные, противоположные друг другу, патолого-анатомические формы туберкулеза, являющиеся выражением реакции организма на влияние инфекционного начала, определяют исход процесса. Поэтому мы стремимся помощью клинического исследования и, в том числе, рентгенологического, сделать заключение о характере патолого-анатомических изменений в легких у данного больного и отсюда ставить прогноз и искать путей для лечения. Проф. Фабрикант, мне кажется, в своей классификации попытался подразделить лишь патолого-анатомически поражения костей и суставов, но не связал этой классификации с клиникой, не показал, как, на основании клинических данных, заключать о характере патолого-анатомических изменений; поэтому, я полагаю, что такая классификация, если она по существу анатомически правильна, все же пока практического значения иметь не может. Что касается существа ее, то у меня не совсем укладывается в ней отождествление остеопороза с остеосклерозом.

Из теоретических вопросов, затронутых сегодня, у меня вызвал ряд недоумений доклад И. П. Корхова, озаглавленный «Этиология, диагноз и лечение туберкулеза лимфатических желез». Остановлюсь за краткостью времени на 2 из них. Прежде всего роль, какую докладчик отводит лимфатическим железам при туберкулезном иммунитете, мне кажется, не соответствует современным воззрениям и не обоснована автором. Значение, приписываемое Бергелем лимфоцитам, опровергается многими и в том числе таким ученым, как Ашофф. В борьбе организма с Коховской палочкой из ферментов имеет значение не только липолитический, а как показали многие исследования (Цехновицер и др.), по крайней мере, еще целолитический. Далее, как известно, при туберкулезе главная роль, видимо, принадлежит целлюлярному иммунитету; наряду с ретикуло-эндотелиальным аппаратом, здесь имеет большое значение местный, органнй иммунитет. Не соответствует современным воззрениям и утверждение Корхова, будто первичным местом поселения Коховской палочки служат лимфатические железы. По исследования Кюсса и др., мы теперь знаем, что, в подавляющем большинстве случаев, первичный очаг локализуется в легких. Наконец, согласно учения Ранке, поражению желез отводится лишь определенное место в развитии и течении стадий туберкулеза. Таким образом, все построение Корхова представляется мне научно необоснованным. Полагаю также, что вряд ли стоило Корхову брать на себя неблагодарную задачу обоснования метода Манухина, уже давно и прочно дискредитированного и заставлять д-ра Гесс-де-Кальве производить кропотливые исследования крови. Перехожу к вопросам лечения. Может быть, я ослышался, прошу тогда проф. Фабриканта поправить меня,—но я понял его так, что он считает нужным применять грязевое лечение при процессах, идущих с размягчением кости, тогда как при наклонных к остеосклерозу заболеваниях он считает такое лечение вредным и рекомендует при них солнце. Мне непонятен принцип, лежащий в основе его взглядов на терапию. Ведь, мы рассматриваем и свет и лучи Рентгена и грязи, как не специфическую «терапию раздражения». Ясно, что применять раздражители можно там, где организм в состоянии полезно реагировать на них; а это можно ожидать тогда, когда в борьбе с инфекцией организм способен защищаться путем развития соединительной ткани; там же, где он может, защищаясь, лишь размягчать зараженную ткань и тем подрывать почву для жизнедеятельности бактерий, там мы, по крайней мере при легочном туберкулезе, не применяем терапию раздражения; ибо, в лучшем случае, она окажется бесполезной, не приведет хотя бы к некоторому улучшению, но более того она может оказаться вредной, губительной для больного. Поэтому пока-

зания к лечению поражения костей гязями мне представляются теоретически непонятными.

Кстати, еще несколько слов о гелиотерапии, о которой здесь так много говорили, прекрасные результаты от которой так хвалили. Между прочим, многие указывали на необходимость осторожной дозировки, предупреждая об опасности получить ожоги на месте, явления общего перегревания и солнечный удар. Лишь один проф. Духовской упомянул о возможности получить под влиянием гелиотерпии вспышку заглохшего очага. Я спрашиваю вас, товарищи-хирурги, разве вам не приходилось встречаться со вспышками легочного туберкулеза, бронхоаденита, с явлениями туберкулезного менингита и даже общего миллиарного туберкулеза в результате солнечного лечения. Чем же объяснить умалчивание об этом на с'езде? Мне кажется тем, что вы часто рассматриваете туберкулез кости, сустава, как местные заболевания, забывая, что он есть лишь частичное проявление больного туберкулезом организма (вторичный и третичный стадии по Ранке) с деятельными или заглохшими очагами в других частях тела. Чтобы правильно пользоваться гелиотерапией при хирургическом туберкулезе, надо не только разобраться в форме местного туберкулеза, не только уметь правильно дозировать солнечные лучи на местный процесс, но еще важно очень знать, где и какого характера очаги имеются в остальном организме и уметь во время учитывать реакции в них на гелиотерпию. И пока хирурги не научатся определять это сами, по моему глубокому убеждению, им необходима, в интересах правильного лечения больного, содружественная работа с фтизиатрами-интернистами.

В общем, я считаю целесообразным изложенный здесь д-ром Ситенко план организации борьбы с хирургическим туберкулезом. Несомненно, некоторые детали плана спорны, но на них сейчас нет времени останавливаться. Жизнь покажет, что из этого плана осуществимо в ближайшее время. Я бы только хотел возразить против требования проф. Вегнера, чтобы все такие больные подвергались санаторному или стационарно-больничному лечению. Санаторное лечение легочного туберкулеза во всех странах и даже в Германии отошло на второй план, уступив место амбулаторному. Значение санаторного лечения не доказано, а расходы на него огромны, даже при условии 3-х месячного пребывания больных. В нашем Союзе, как вы знаете, среди методов борьбы с легочным туберкулезом, санаторный играет самую скромную роль, и одной из главных причин этого наше экономическое положение. Если принять во внимание, что костно-туберкулезный больной нуждается для излечения процесса в очень продолжительном в среднем 7 лет пребывании в санатории и если даже учесть число хирургически-туберкулезных больных на Украине в 17—18 тысяч, то делается страшно от суммы расходов, какие понесли бы на такое лечение. К счастью, повидимому, в нем и нет такой необходимости. Ясно, что у нас может идти речь лишь о небольшом числе стационарных учреждений, а центр тяжести должен быть перенесен на суррогаты их и, главным образом, на амбулаторное лечение в диспансерах, как это и намечает план. Что касается суррогатов упрощенного типа санаторий, то уже давно покойный д-р Уктербергер рекомендовал так называемую домашнюю санаторию для легочных больных, и, мне кажется, сообщение д-ра Лебедева, сделанное сегодня, особенно заслуживает подражания и развития. Это есть, действительно, жизненная попытка помочь беде в условиях нашего быта и наших ресурсов.

Выставленное в организационном плане, требование иметь подготовленных врачей для лечения хирургического туберкулеза на местах—в городе и на селе, разумеется, совершенно основательно; но я бы думал, что, принимая во внимание ресурсы нашей страны и интересы дела важно с этой целью

готовить не ортопедов-туберкулезников, а фтизиатров, владеющих всеми методами лечения всех форм туберкулеза, в том числе и ортопедических.

Пржевальский Б. Г. (Харьков). Вытяжение при туберкулезе, особенно позвоночника, очень важный момент терапии; вытяжение делается меньшими тяжестями, чем при переломах, причем необходимо руководиться чувством боли.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ДОКЛАДЧИКОВ.

Фабрикант М. Б. Мне указывают, что туберкулез костей и суставов-явление вторичное, первичный очаг лежит где-либо в грудной или брюшной полости. Это я подчеркнул в начале своего доклада и указал, что общее лечение (гелио-аэротерапия) обязательно для каждого больного с туберкулезом костей и суставов. Приводя паталого-анатомическую классификацию с признаками, видимыми на таблицах с нарисованными рентгенограммами, я, за краткостью времени не указывал, на соответствующую ей клиническую картину. Я думаю, что каждой патолого-анатомической группе хирург найдет соответственную клиническую картину. Склерозирующие формы дадут утолщение эпифизов, боли в них, гиперемии синовиальных оболочек; формы с распадом дадут тоже самое, но в этих случаях сустав уже пастозен. О лечении грязями я не обмолвился, а настаиваю, что при склерозирующих процессах невыгодно дать сильную гиперемию суставу, поэтому в этих случаях грязи вредны. Нужно дать рубцам сморщиться, а не розмывать их новыми приливами крови. При случаях с распадом—грязи способствуют отторжению казеозных масс и правильной демаркации. Факты эти вполне подтверждаются наблюдениями.

Стоянов. Ф. Д. Возражений, доказывающих непригодность грязелечения при лечении костно-суставного туберкулеза, не было сделано. Все оппоненты основывали свои возражения на том, что грязелечение эмпирично и польза его не доказана объективными лабораторными анализами. Конечно, пока еще нет лабораторных доказательств, но это не может служить основанием к отрицанию грязелечения. Требуются дальнейшие исследования и лишь тогда можно будет с большей или меньшей точностью говорить о пригодности или непригодности грязелечения при костно-суставном туберкулезе. Проф. Вегнер на заседании 1-го Украинского Курортного Совещания в Одессе (октябрь 1923 года), как видно из протоколов этого заседания, тоже согласился с тем, что этот вопрос еще не решен и требует дальнейшей разработки. Какое бы раздражение не применять при лечении костно-суставного туберкулеза, все зависит от дозировки и индивидуальных особенностей больного организма.

Корхов И. П. Метод лечения туберкулезных лимфаденитов лучами Рентгена, а в месте с тем и общего туберкулеза—есть сложный способ, применение которого не может быть пока рекомендовано в широком масштабе. Метод этот требует точности дозировки и тщательного контроля крови. X-лучи сильное средство, с которым надо быть очень осторожным.

На 1-е возражение проф. Файншмидта, что якобы я вижу в воздействии лучами Рентгена на лимфатические железы средство к общему иммунитету, я должен сказать, что я так не думаю, а считаю лимфатические железы несомненно одним из элементов борьбы с общим туберкулезом. Полагаю, что я достаточно обосновал это в докладе.

Теорию Бергеля я считаю имеющей под собою основание, несмотря на то, что есть и противники этой теории. Изучение изменения крови только подтверждает мое мнение об относительном значении желез при иммунитете. Что касается метода Манухина, тоя тоже не разделяю мнения проф. Файншмидта; я сам проводил достаточное количество больных по этому способу и получал во многих случаях хорошие результаты.

Метод Манухина опровергается работами итальянских авторов. С моей точки зрения это не выдерживает критики, так как эксперимент в этих работах был поставлен неправильно. По этому поводу заслуживает внимания диссертация Манухина о лейкоцитолитинах, последние работы Френкеля и работы из русской литературы. Считаю, что наша работа даст некоторые теоретические обоснования этому, с моей точки зрения, важному методу, освещенному не только со стороны изменения морфологии крови, но и ее ферментов.

Вегнер К. Ф. Если здесь некоторыми из оппонентов указывалось на Германию в доказательство того, что борьба с туберкулезом суставов среди населения ведется не при помощи санаторий, которые стоят слишком больших денег, а при помощи амбулаторий, то я должен отметить, что, во первых, это не совсем так, ибо в Германии, несмотря на крайнюю бедность этой страны в настоящее время, функционирует целая сеть таких областных санаторий в Пруссии, Саксонии, Баварии, на Рейне и т. д. А, во вторых, если бы это даже и было так, то нам, при разрешении социальной проблемы, нечего повторять чужих ошибок и избирать нерациональный путь к разрешению этой проблемы только потому, что это будет дешевле стоить. Я считаю недопустимым, чтобы с'езд хирургов становился на такую точку зрения и укажу на то, что и в Германии на с'езде ортопедов в 1921 г. (как видно из печатных трудов этого с'езда), где костно-суставной туберкулез был программным вопросом, целый ряд авторитетов, как Лудлов, Виттек, Момзен, Штоффель высказались против амбулаторного метода борьбы с туберкулезом суставов, ибо он не разрешает задачи хотя-бы уже тем, что не допускает столь необходимого больному общего лечения.

Что касается заявления одного из оппонетов, что при туберкулезе суставов необходима безусловная иммобилизация, что гипс в этом отношении незаменим, и что никакое вытяжение здесь не применимо и никем не применяется, то это есть не более как личный взгляд оппонента, взгляд безусловно неправильный, ибо противоречит всему тому, чему нас учит опыт Бира, Роллье и многих других, давным-давно радикально и с успехом отвергших всякое гипсование больных суставов. Для конечности с туберкулезным очагом мы должны искать путь к воздуху и солнцу, а не замуровывать ее в гипсовый гроб.

Два слова еще по поводу бальнеотерапии, вообще, и грязелечения, в частности, при туберкулезе суставов. Кто-то из ораторов здесь очень метко заметил, что в этом вопросе Одесса и Евпатория «подали друг другу руку» Это теплое рукопожатие не преминуло принести громадный вред делу лечения туберкулеза суставов, особенно у нас на Юге. Я думаю, настало уже время, когда мы должны со всею энергией радикально из'ять всякую «лиманотерапию» и грязелечение из арсенала средств, допустимых при туберкулезе суставов. Ибо, если мы на бальнеотерапию смотрим как на один из видов протеинотерапии (или «рейц» терапии), то таковая при туберкулезе в этой форме совершенно противопоказана, так как не допускает никакой дозировки. Тормозить же больного с туберкулезным суставом или спондилитом ежедневными манипуляциями, связанными с процессом такой ванны, это эксперимент уже совсем недопустимый. Характерно то, что о бальнеотерапии при туберкулезе суставов ни в одном руководстве, ни в одной книге, ни в одном, посвященном вопросам туберкулеза, собрании не упоминается ни одним словом. О ней говорить лишь на грязелечебных курортах и восхваляют ее лишь там, где есть врачи, занятые на этих курортах.

Зильбербер Я. В. (Председатель). Присутствие полной аудитории, несмотря на затянувшиеся занятия (до 4 ч. дня), свидетельствует

об огромном интересе съезда к затронутому вопросу. При всяком заболевании между профилактикой и лечением уже развившегося заболевания имеется промежуточная стадия, учет которой должен занимать все наше внимание. Проф. Крымов сказал: «лечи в самом начале заболевания». К этому положению я присоединяюсь, рекомендую особенно внимательно вылавливать заболевания в самых ранних стадиях и спешить с началом лечения, так как при таких условиях можно достигнуть не только скорого излечения, но и сохранения двигательных функций суставов.

В докладах и прениях выявились 2 крайних точки зрения по вопросу о применении вытяжения и фиксации гипсованием. Я полагаю, что речь может идти не о том или другом методе исключительно, но о применении обоих в зависимости от случая, показаний и общих условий.

Что же касается вопроса о необходимости стационарного или амбулаторного лечения туберкулеза суставов, то я подчеркну, что хороших результатов можно достигнуть и при амбулаторном лечении. Однако, амбулаторное лечение не должно быть отождествляемо с оставлением больного в гипсовой повязке и не должно быть ограничиваемо исключительно местным лечением больного очага, а внимание должно быть обращено и на питание, и на применение физиотерапевтических приемов, и на медикаментозное лечение (Готц-Греков).

Вечернее заседание.

IX. Внепрограммный вопрос: ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВЫ И ГРУДИ.

Председатель Шевандин М. Н. (Симферополь).

Д О К Л А Д Ы*)

43) Гейманович З. И. (Харьков)—Ортопедический принцип в лечении параличей лицевого нерва.

44) Бельц А. А. (Харьков)—К пластике лица (демонстрация больных).

45) Диканский М. А. (Харьков)—К пластике по Езеру.

46) Тихомиров С. А. (Харьков)—Демонстрация больных после пластического закрытия слюнных свищей.

П Р Е Н И Я.

Милостанов Н. Н. (Харьков). Метод Езера разработан автором исключительно для закрытия дефектов на лице; конечно, он может быть применен в других областях. Недостатки метода при операциях на лице заключаются, с одной стороны, в возможности повреждения ветвей лицевого нерва, с другой, если приходится закрывать сквозные дефекты щеки, в получении лоскута, смотрящего в полость рта окровавленной поверхностью, что нежелательно и с точки зрения инфицирования и вторичного сморщивания его. Мне кажется, что метод Езера очень хорош, где приходится закрывать или несквозные дефекты или крупные сквозные дефекты, но на протезах.

С хорошим результатом подобного рода пластику пришлось мне применить в случае крупного дефекта левой щеки, части носа и верхней губы после огнестрельного ранения. Протез верхней челюсти был воспроизведен д-ром И. С. Гайзенбергом. В других случаях для закрытия

*) Доклады напечатаны во II части Трудов Съезда.

сквозных дефектов щек более применима методика, дающая дублированный лоскут, взятый с шеи, груди и т. д., пользуясь принципом стебельчатой пластики Филатова в той или иной модификации. В одном из случаев Госпитальной Хирургической Клиники Харьк. Медич. Института, который я здесь и демонстрирую, для закрытия крупного дефекта щеки, после иссечения рецидивной карциноматозной язвы, я применил с хорошим результатом предложенный мною комбинированный метод Израэль-Филатова. В первом этапе операции по Израэлю ножка была свернута в стебель, во втором снова развернута и ею была образована дубликатура.

Кох Э. Х. (Одесса). В прошлом году я продемонстрировал 8-летнего мальчика на с'езде хирургов Одесской губ. по поводу пластики подбородка по Лексеру. Мальчик опрокинул на себя керосиновую лампу и получил значительные ожоги лица, главным образом, подбородка, щек, груди и шеи. Вся нижняя губа вывернута, изо рта беспрестанно льется слюна, закрыть рта не может. Благодаря рубцам на шее, вся голова наклонена вперед, и, когда он поднимает голову, губа выворачивается еще больше, а также и нижние веки. Для закрытия дефекта потребовался лоскут кожи длиною в 15-20 см. и шириною в 8-10 см. Я. В. Зильберберг предложил взять кожу с волосистой части головы по Лексеру. Операция произведена в 2 момента. Сначала удалены рубцы нижней губы. Образовался дефект длиною в 20 см. и шириною в 10 см. После этого на волосистой части головы были проведены два параллельных разреза через всю голову от одного уха до другого. Разрезы отстоят друг от друга на 10 см. и проведены так, что один приходится впереди уха, а другой позади, чтобы сохранить обе височные артерии для питания лоскута, затем образованное стремя, низводится вниз и фиксируется на подбородке. Лоскут хорошо прижился. Мальчик сейчас здоров.

Шамов В. Н. (Харьков). В связи с демонстрировавшимися здесь случаями различных способов кожной пластики, позволяю себе показать пациента, у которого по поводу рака мною было резецировано тело нижней челюсти до последних коренных зубов с удалением всей подбородочной области и дна полости рта. Для целей пластики нижней челюсти мне необходимо было прежде всего приживить в области дефекта массивный лоскут мягких тканей, который внутри должен быть покрыт кожей, для замещения слизистой дна ротовой полости и нижней губы, а снаружи — волосистой кожей, которая бы не отличалась от таковой окружающих частей. Для переноса столь массивного лоскута, прекрасный, сам по себе, способ Филатова был недостаточен, и я воспользовался следующим методом: выкроил из кожи головы по Лексеру обширный лоскут, снабжаемый височной артерией, и откинул его книзу, так что ножка его располагалась над ухом, верхушка же достигла плеча. С наружной поверхности плеча был выкроен соответствующих размеров второй лоскут, с ножкой в верхней части плеча, после чего оба лоскута были сшиты между собой окровавленными поверхностями. После срастания лоскутов, ножка в области плеча была перерезана и этот участок пришит к щеке в области дефекта нижней челюсти. Теперь, в новом месте соединения развилось уже достаточное кровообращение — вы видите, при накладывании клемма на кожу в области уха, весь громадный лоскут, размеры которого равняются 16×10×3 сант., прекрасно питается. Ножка эта в ближайшее время будет перерезана, лоскут повернут и пришит на место своего назначения. Он с избытком восстановит все мягкие ткани в области нижней челюсти дна ротовой полости и подбородочной области. В дальнейшем предполагая в этот лоскут пересадить костную дугу, укрепив ее в оставшиеся участки нижней челюсти, и, таким образом, пластика нижней челюсти будет закончена.

Бура к С. М. (Харьков). Первый опыт применения живой тампонады при упорных губообразных фистулах околоушной железы был произведен мною в 1921 году в форме свободной пересадки жировой ткани, с отличным результатом до сих пор. Второй случай с хорошим результатом прослежен $1\frac{1}{2}$ года. Д-р Тихомиров испробовал для этих целей костную пластику, которая, однако, уступает в этих случаях жировой, ибо при таких фистулах, образовавшихся, чаще всего, в результате нагноения железы при сыпном тифе, имеются рубцовые обезображивающие втяжения кожи. При введении жира одновременно достигается и косметический эффект. Утверждение д-ра Тихомирова, что пересадки жира, большей частью, кончаются нагноением, не подтверждается практикой. Бир, Неубер, Лексер и др. отметили отличные результаты со свободной жировой пластикой. Я на своем опыте многократно убеждался в большом практическом значении жировой пластики, особенно с косметическими целями. По поводу нагноения замечу еще, что жир имеет способность приживать в не совсем асептической среде, в чем я лично убеждался много раз. Недавно мною в хирургической секции продемонстрирован больной, который поступил ко мне после ряда пластических операций, произведенных ему по поводу травматической деформации носа, хирургами в Харькове и в Москве и которому я произвел в несколько сеансов восстановление почти всей нижней половины носа, кончика носа, перегородки, образование ноздрей и у которого мне удалось посредством жировой пересадки быстро закрыть гнойную фистулу на боковой поверхности носа, образовавшуюся в результате введения ему под кожу спинки носа кусочка из больше-берцовой кости. Операция пересадки кусочка из больше-берцовой кости, хотя и несложна, но все же более трудна, чем пересадка куса жира.

Крымов А. П. (Киев). Свищи слюнных желез нередко требуют многочисленных оперативных пособий вплоть до удаления железы. Я имел несколько случаев таких свищей после эпидемии сыпного тифа и, с успехом, применял впрыскивания спирта в окружающие свищ ткани на подобие лечения ангиом. Эффект всегда получал полный.

Скляр ов И. П. (Сумы, Харьк. г.). Один больной, имел большие рубцы на бедре, образовавшиеся после ранения. Больной поступил ко мне через 42 часа с газовой гангреной и с развороченными грязными краями. Чтобы спасти его, я рассек всю рану от входного до выходного отверстия, причем рассек и 4-х главую мышцу, не во всю глубину и не во всю ширину, оставивши мостик шириной в 2 пальца, и в этом месте под мостиком дренировал рану. Долгое и упорное лечение увенчалось успехом, больной выздоровел, на грануляционную рану сделана пересадка по Тиршу и в дальнейшем предполагалось иссечь рубцы. Операцию, сделал д-р Розе, и больной в настоящее время ходит, почти совершенно не хромя. Успех от операции надо признать прекрасным.

Шев ан дин М. Н. (Председатель). Продемонстрированные результаты пластик говорят сами за себя, и мне нечего к этому прибавить. Следует только заметить, что успех пластических операций прямо пропорционален технике хирурга.

Что касается ортопедического принципа в лечении параличей лицевого нерва (З. И. Геймано в и ч), то упорство страдания в некоторых случаях и трудность достижения лечебного эффекта заставляют искать новых путей при параличе этого нерва. Следует приветствовать все искания по этому пути.

Д О К Л А Д.

47) Федоров С. П. (Ленинград).—К вопросу о лечении грудной жабы.

П Р Е Н И Я.

Гринштейн А. М. (Харьков). Депрессор и симпатикус оба несут рецепторные системы. Поэтому перерезка обоих является целесообразной для того, чтобы создать полную анестезию сердца.

Крамаренко Е. Ю. (Одесса). Хирургическое лечение грудной жабы в стадии эксперимента. Точное знание вариантов пересекаемых нервов имеет огромное значение, но все же нужно еще обставить этот клинический эксперимент функциональной диагностикой: раздражением электрическим током отпрепарованных нервов и исследованием кровяного давления, как это было и сделано в одном случае такой операции.

В тех случаях, где эффекта от операции не отмечалось, возможно, что пересекался не тот нерв. Кроме того, возможно еще во время припадка блокировать нерв впрыскиванием раствора новокаина аналогично тому, как это теперь рекомендуется при печеночных коликах.

Шевандин М. Н. (Председатель). Каждое заседание дает нам возможность слышать сообщения большого интереса; к таким относится только что заслушанный доклад проф. С. П. Федорова. Съезду необходимо согласиться с докладчиком, что операция при грудной жабе пока не имеет научного обоснования и может быть производима только после безуспешного лечения терапевтами. Можно ожидать, однако, что со временем мы получим необходимую научную базу и операция при грудной жабе будет производиться чаще. Случаи проф. С. П. Федорова и опубликованные в литературе показывают, что попытка лечить грудную жабу оперативно может увенчаться успехом: хирургическим путем можно будет устранять тягостные симптомы страдания и облегчать патологические проявления расстройства иннервации сердца и аорты.

Д О К Л А Д.

48) Розе Ф. Ю. (Харьков).—К хирургической клинике спинномозговых опухолей.

П Р Е Н И Я.

Дерман Г. Л. (Харьков).—Для хирурга нужно знать макро—и микроскопическую картину опухолей мозга, укладывающуюся в понятие «нейринома», «нейроцитомы». Макроскопически-пестрота рисунка опухоли в разрезе, зависящая от растройств циркуляции и транспарентность их, эластичность, плотность. Микроскопически-своеобразные фигурные образования, повторяющие строение эмбриональной нервной ткани.

Федоров С. П. (Ленинград). Опухоли интрадуральные действительно дают в общем лучший прогноз. Но и опухоли экстрадуральные дают нередко хорошие результаты. В моей клинике осенью 1924 г. были оперированы 2 случая таких опухолей в верхней грудной части позвоночника. Опухоли, сдавливавшие мозг снаружи, были удалены (гистол.—саркома) и результат был очень хороший. Довольно быстро прошли явления со стороны прямой кишки и мочевого пузыря, а спастические явления настолько улучшились, что больные стали самостоятельно ходить. Топический диагноз опухолей спинного мозга гораздо легче, чем при опухолях головного мозга. Что же касается характера опухолей, то здесь клиническая диагностика трудна и даже легко может иметь место смешение с другими заболеваниями, напр. склерозирующим пахименингитом.

Д О К Л А Д.

49) Федоров С. П. (Ленинград).—К казуистике опухолей мозга.

П Р Е Н И Я.

Бурак С. М. (Харьков).—Я случайно не мог поместить в программу с'езда своего доклада—«Подступы к придатку мозга с точки зрения хирургической анатомии» и хочу обратить внимание с'езда на некоторые данные из моей работы, которая в последнее время производится совместно с д-ром Кушнаренко, при Рентген-Академии. Вопрос о подступах к придатку мозга, разнo решаемый теперь многими видными представителями хирургии и ринологии, должен связываться с выяснением топографо-анатомических взаимоотношений клиновидной пазухи и турецкого седла, типовых вариантов передней и средней мозговых ямок и установлением известных закономерностей между ними и наружными черепными и лицевыми биометрическими измерениями. Для иллюстрации того, что путь хирурга к турецкому седлу через клиновидную пазуху часто усеян терниями и может дать роковые осложнения, я могу продемонстрировать представленными рисунками с натуры, как в увеличенном виде, так и в натуральную величину.

Зильберберг Я. В. (Одесса).—В моей черепномозговой практике мне пришлось встретить два случая туберкулем мозга. Первый был распознан и передан мне проф. Л. Б. Бухштаб. Дело касалось мальчика лет 10 с явлениями нарушения речи и правостороннего гемипареза; мальчик был оперирован инструментарием Дуаена и Дальгрена; по вскрытии твердой мозговой оболочки, констатирована опухоль, которая и была вылушена, весом свыше 90,0 гр. На следующий день у мальчика образовался новый правосторонний паралич, обязанный, повидимому, образовавшемуся послеоперационному кровоизлиянию, которое недели через две начало понемногу рассасываться, что выявлялось в восстановлении речи и движениях в правой половине тела. Месяца через два мальчик был продемонстрирован в Обществе Одесских Врачей вполне здоровым. Но года через два он погиб от туберкулеза. Микроскопическое исследование, произведенное покойным д-ром Ч. Хенцинским, дало типическую картину туберкулемы. Другой случай встретился нам недавно. Речь идет тоже о мальчике лет 13, у которого проф. Нейдинг вначале не мог поставить топической диагностики; но, по прошествии некоторого времени, вопрос уже стал ясен и мальчик был переведен в заведуемое мною отделение, где и был оперирован. Операция произведена под местным обезболиванием, в сидячем положении больного и, как у докладчика, инструментарием де-Мартеля. По вскрытии черепной крышки найдено на твердой мозговой оболочке темное пятно размерами $4 \times 2\frac{1}{2}$ см.; вскрыта твердая мозговая оболочка, оттянута, и, вместе с нею, ушла опухоль, которая оставила в мозгу небольшое вдавление. Опухоль вырезана из твердой мозговой оболочки, дефект закрыт пластически, рана зашита. Через короткое время мальчик погиб; на вскрытии найдена была еще одна большая опухоль на дне передней черепной ямки. Исследование опухоли также дало картину туберкулемы. К сожалению, от изложения подробностей приходится воздержаться.

Напалков Н. И. (Ростов Н/Д.). Лет 15 назад мною еще в Москве оперирован случай опухоли двигательной области мозга. Опухоль легко удалена сложенными ножницами из—под коркового слоя. Она исследована В. П. Вознесенским, оказалась туберкулемой и описана в «Хирургии», приблизительно в 1910 г.

Розе Ф. Ю. (Харьков). Я наблюдал случай мозгового туберкула при особенной этиологии и особенной клинической картине. Крепкий на вид мужчина 23 лет в 1912 г. получил удар колом по черепу. Три недели в бессознательном состоянии. Громадный кровоподтек постепенно рассосался, и еще через 2—3 недели больной стал на ноги. Через 3 месяца после повреждения, у больного развивается впервые психическое расстройство в виде спутанности сознания, бреда, насильственных движений, которое закончилось недели через две общим эпилептическим припадком, продолжавшимся полтора часа. Через полгода после повреждения снова такое же состояние психической эпилепсии, и больной был доставлен в больницу. Температура нормальна. Никаких изменений в центральной нервной системе, кроме резкого ослабления памяти, особенно на ближайшие события. Психиатры предложили мне устранить вдавление черепа величиною в 4×5 см. в правой лобно-теменной области почти у средней линии. По удалении костного вдавления, твердая мозговая оболочка слегка утолщена, по вскрытии ее, поверхность мозга без изменений. Через 5 месяцев после операции, рецидив эпилепсии с нарушением психики и еще через 5 месяцев больной умер в эпилептическом статусе.

Вскрытие: как раз против операционного отверстия в лобной доле мозга, на глубине 1,5 см., найдено образование величиной в голубиное яйцо с плотной в 0,6 см. стенкой и гнойным содержимым. Абсцесс этот оказался туберкулезного происхождения, т. е. то, чему дано название мозгового туберкула.

Что касается носового подхода к турецкому седлу (следов. к придатку мозга), то я утверждаю, каково-бы ни было строение и расположение клиновидной пазухи, но без вскрытия клиновидной пазухи нельзя идти на обнажение турецкого седла.

Далее я не могу согласиться с замечанием С. П. Федорова, что диагностика спинно-мозговых опухолей проста, наоборот, она иногда очень трудна и не редко ведет к разочарованиям.

ДОКЛАДЫ.

50) Элькин Я. А. (Харьков). К вопросу о хирургическом лечении бронхэктазий.

51) Тихомиров С. А. и Абрамович Ф. М. (Харьков). Демонстрация рентгенограмм груди после интратрахеальной инъекции Липидоля.

ПРЕНИЯ.

Розе Ф. Ю. (Харьков). Пломбирование при бронхэктазиях постепенно теряет свое значение, вследствие неверных результатов, которые я сам испытал. Больше смысла приобретает перевязка ветвей легочной артерии, с последовательным удалением пораженной доли. Пломбированию останется, пожалуй, место в отдельных случаях для сдавления каверн,—но и тут с ним конкурирует торакопластика. Пломбирование, как терапевтическое мероприятие, к тому же очень сложное, кропотливое, вероятно, отойдет на задний план.

Спасокукоцкий С. И. (Саратов). Протестую против термина бронхэктазия. Имея некоторый опыт, я в нескольких случаях не находил при вскрытии подтверждения этому диагнозу. Правильнее у взрослых говорить о легочных нагноениях, бронхэкстатических гнойниках. Отмечу важность доклада, так как такие больные имеются в сфере деятельности каждого хирурга, и вопрос о борьбе с этим страданием стоит на очереди. Протестую против мнения д-ра Розе о безнадежности хирургического

вмешательства. Я знаю случай, оперированный на Украине, с полным выздоровлением. По личному опыту могу говорить об излечении и улучшении. Правда, пломбирование не показано: правильный путь—резекция ребер и френикотомия.

Мельников А. В. (Харьков). Я не согласен с Ф. Ю. Розе в том, что операция пломбировки не дает клинических результатов. Мои 2 случая указывают определенно, что клинический эффект имеется и, например, первый больной настолько мало стал выделять мокроты, что считал себя здоровым. К сожалению, курортный врач рекомендовал гелиотерапию большей стороны и, естественно, от такой терапии, которая применялась в течение месяца, больной получил расплавление парафина и у него образовался наружный свищ. Сейчас, больной, даже со свищем из места пломбы, чувствует себя настолько удовлетворительно, что поступил на службу. Наднях я ему закрою свищ путем частичной торакопластики. Обширная торакопластика—операция очень тяжелая для больного, тогда как пломбирование хотя технически и трудная операция, но для жизни не опасная. Я отдаю большее предпочтение пломбировке жиром, но, к сожалению, не всегда имеется этот материал и к тому же твердые стенки расширенных бронхов не всегда легко сдавить такой нежной тканью, как жир. Я сторонник комбинационных операций при бронхэктазиях, при чем пломбирование провожу в сочетании с френикотомией. Что же касается резекции целой доли, то в настоящее время техника этих операций еще не разработана достаточно, и смертность после них колоссальна.

Аркавин Я. С. (Харьков) Я. видел у Арман-Дриля в Париже снимки легких у детей, произведенные после введения в трахею Липиодоля. Этот способ применялся для дифференциальной диагностики между туберкулезным поражением легких и бронхэкстатическими процессами. Практически-диагноз решает вопрос о применении вдувания воздуха, что противопоказано при бронхэктазиях. Это средство вводится путем прокола троакаром, изогнутым в виде тубажной трубки. Операция легко переносится и результаты, получаемые на снимках, удивительно рельефны при горизонтальном и вертикальном положениях больных.

Четвертый день (29-го марта).

УТРЕННЕЕ ЗАСЕДАНИЕ.

XI. Внепрограммный вопрос: УРОЛОГИЯ.

Председатель Федоров С. П. (Ленинград).

Д О К Л А Д Ы*)

52) Эрлих С. Л. и Фришман М. М. (Харьков). К вопросу о клинко-микроскопической диагностике новообразований почек.

53) Чугаев А. А. (Харьков). Декапсуляция почки при анурии, вследствие отравления сулемой.

54) Меерзон М. Л. (Харьков). Некоторые экспериментально-гистологические данные о значении декапсуляции почки при сулемовом нефрозе.

55) Войташевский Я. Б. (Харьков). О ложных камнях почек.

П Р Е Н И Я.

Кушниренко В. П. (Харьков). Д-р Войташевский недостаточно ясно оттенил особенности метода д-ра Григорьева. При самой энергичной компрессии тубусом (диаметром в 10 сан.), сохраняется респираторная подвижность почки. Эта подвижность в большей мере сохраняет свою амплитуду и представляет очень ценное явление. Для дифференцирований принадлежности тени предполагаемого камня, тени эти должны при респираторных движениях синхронично двигаться, если они имеют отношение к камню. В виду присутствия здесь многих работников, располагающих маломощными установками, с которыми трудно получить даже большими экспозициями снимки почек, я напоминаю, что в этих случаях особенно ценным является измененный д-ром Григорьевым, стол Альберс Шонеберга, при умелом пользовании которым можно, в большинстве случаев, поставить диагноз камней почек и мочеточника.

Работая много лет по этому методу предварительной рентгеноскопии, мне всегда удавалось обнаружить конкременты величиной до чечевичного зерна, подтверждавшиеся на последующих снимках и операциях. Докладчик не упомянул о методе пневмоперитонеума, который для диагностики болезней почек и, в частности камней, оказывает исключительные услуги, где недостаточна или невозможна пиелография и обычные снимки. В Украинской Рентген-Академии, при исследовании мочеполовой системы, мы часто комбинируем пиелографию и пневмоперитонеум.

Крымов А. П. (Киев) Декапсуляция почки не оправдала тех надежд, которые на нее возлагалась. Я оперировал три раза: два раза при геморагическом нефрите и один раз при отравлении сулемой; последний случай окончился летально. Нужно не забывать, что при отравлении сулемой сильно повреждаются все паренхиматозные органы, и потому, в случае даже улучшения со стороны почек, больной все таки обречен на смерть.

*) Доклады напечатаны во II части Трудов Съезда.

Что касается ложных камней, то и мне пришлось встретить такой случай. У больного наблюдались почечные камни и на рентгенограмме отмечалась тень в области почечной лоханки, но от этой тени шли радиальные лучи. Это обстоятельство не могло быть нами объяснено. При операции оказалось, что позади лоханки лежала обизвествленная лимфатическая железка, жировая клетчатка вокруг которой была рубцово изменена; эти рубцы и давали радиальную тень.

Крамаренко Е. Ю. (Одесса). Оперативное вмешательство на почках при отравлении сулемой является одним из звеньев в ряде мер принимаемых до и после операций. Мне кажется, что в систему мероприятий должно быть введено экссангинация с последующей трансфузией крови по Робертсону; при лечении интоксикаций отмечается определенный успех и, например, при больших ожогах смертность удалось понизить до 50%.

Пржевальский Б. Г. (Харьков). При чтении рентгенограмм, касающихся камней почек, решающее значение имеют лишь те снимки, на которых имеется одновременно также ясное изображение поясничной мышцы.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ДОКЛАДЧИКА.

Войташевский Я. Б. (Харьков). Для правильного суждения необходимо получить на рентгенограмме не только мышцы, но на хорошем снимке должен быть также виден и нижний полюс почки. Однако, центр тяжести диагностических ошибок в случаях ложных камней почек и мочеточника не в том, хорош ли, сам по себе, снимок, так как и при наличии вполне удовлетворительного снимка, возможны ошибки. Сказанное объясняется разнообразными патологическими отложениями, главным образом, солей извести в тканях, окружающих почку, и в органах, лежащих впереди и позади почек.

Федоров С. П. (Председатель). Надо признать, что проф. Чугаев был счастлив в своих случаях. Необходимо помнить, что при отравлении сулемой страдают не только почки, но и печень, желудочно-кишечный тракт и др. органы, вот почему понятно, что такие больные все таки погибают. Вообще результаты и целесообразность декапсуляции почки—вопрос спорный. У Ровзинга имеются указания, что декапсуляция при Брайтовой болезни в 80% дает хороший результат, несомненно, это преувеличение, и в этих случаях, очевидно, была не Брайтова болезнь, а нефрит при падагре. При настоящей Брайтовой болезни результаты плохие, и только в острых случаях можно еще ожидать хороших результатов. Доклад Войташевского подчеркивает, как надо быть осторожным с диагнозом камней почек даже и с рентгенограммой в руках. Снимок очень демонстративен, всякий скажет, что это камень и будет оперировать. Смешение истинных и ложных теней возможно, но все же необходимо подчеркнуть некоторые признаки и способы отличить истинную тень от ложных. Радиальная исчерченность теней при камнях, темное пятно, окруженное газовым кольцом (тени камня в кишечнике), то или иное соотношение тени с некоторыми определенными точками или тенями от костей и органов, например, ребром, позвоночником, мышцей и т. д., но все эти признаки все же, в некоторых случаях, не гарантируют от диагностических ошибок.

XII. Внепрограммный вопрос: ГИНЕКОЛОГИЯ.

Д О К Л А Д Ы*).

56) Недохлебов В. П. (Харьков). Кровотечение из яичников в брюшную полость.

57) Панкратьев Б. Е. (Балаклея, Харьковск. губ.). Менструация через кожу живота.

58) Багров Ю. (Сквира, Киевск. губ.). Случай ретрофлексию утери гравиды.

П Р Е Н И Я.

Еремеев М. Н. Д-р Недохлебов не отмечает отношения заболевания его больных к менструальному периоду. Не имела ли место в данном случае предменструальная гиперемия в тазу с травмой при многократном исследовании больных перед операцией. Мною наблюдался случай кровотечения из яичников в брюшную полость вследствие травмы при коитусе в предменструальном периоде, что было подтверждено операцией.

Пржевальский Б. Г. (Харьков). От апоплексии желтого тела с хирургической точки зрения, когда имеется гемоперитонеум, важнее всего исключить кровотечение при внематочной беременности, ибо при последнем страдании в острых случаях при лапаротомии необходимы особые предосторожности в технике выполнения операции.

Брант В. Д. (Харьков). Я наблюдал кровотечение из фолликула во время менструации у больной девушки 14-ти лет; во время 4-й менструации она погибла от внутреннего кровотечения; на вскрытии в обоих яичниках имелись по две гематомы, из которых одна была найдена вскрывшейся. Слизистая матки утолщена до полусантиметра. Этиология кровотечения—гемофилия; что касается этиологии внутрибрюшного кровотечения из половой сферы, то оно в заднем Дугласе может зависеть от воспаленных труб, в особенности правой, что бывает нередко при аппендиците и при очень усердном исследовании, в особенности перед менструацией.

Финтиктиков А. С. (Харьков). По поводу доклада о кровотечении из яичников могу сказать, что наиболее частым этиологическим моментом яичниковых кровотечений необходимо считать эктопическую яичниковую беременность, которой скорее всего можно объяснить такие гематомы. В настоящее время крайне редко гематоцеле ретроутеринум, объясняется механическими причинами, так как убедились, что главным этиологическим моментом здесь является эктопическая беременность. По поводу доклада д-ра Панкратьева должен заметить, что викарные менструации хоть и редко встречаются, но все-же в литературе указывается очень много случаев заменяющего кровотечения из разных органов и частей тела. Одним из крайне интересных казуистических наблюдений является случай, описанный Григом и Кинохом; дело касается 14-ти летней девочки, у которой $1\frac{1}{2}$ года каждые 4 недели в течении 3-4 дней отделялась кровь из фистулы слюнной железы на левой щеке, полгода кровь шла через 4 недели по три дня из левого глаза. Викарные регулы представляют один из симптомов того обширного симптомо-комплекса, который укладывается в картину симпатикотонии, частью же выходит из рамок этой картины и выражается в виде более или менее резко выраженных нарушений психики. Несомненно, что при аменорее, а иногда и олигоменорее (виновница викарной менструации), тяжелое состояние пациентки, зависит не потому, что не выделилось из организма небольшое количество крови, а от нарушения секреции. Аменорея, по моему мнению, часто

*) Напечатаны во II части Трудов Съезда.

происходит от механических причин, нередко от сужения канала шейки матки первичного или вторичного происхождения и потому викарную реакцию организма мне удавалось устранить расширением канала. Подобный случай был у меня три недели назад, где олигоменоррея за полгода довела б-ую до тяжелой меланхолии, устраненной вполне произведенным мною расширением шейки, Овариин и средства вызывающие прилив крови к гениталиям нужно отвергнуть из—за вызываемого ими нарушения в секреции и, следовательно, ухудшения состояния больной.

Абражанов А. А. (Екатеринослав). Кроме случаев внутрибрюшного кровотечения из яичников, мне пришлось наблюдать случай, где кровотечение происходило подбрюшинно. Дело касалось молодой полной женщины, заболевшей с повышением температуры и болями в правой подвздошной области; был поставлен диагноз аппендицита и удален отросток, который собственно говоря не представлял воспалительных явлений, а был утолщен и пропитан кровью. Так как больная продолжала лихорадить и боли не прекращались, то она обратилась ко мне. Была найдена неясная разлитая опухоль в правой подвздошной области, правая широкая связка прощупывалась в виде неясной припухлости. На операции было найдено разлитое пропитывание брюшины и подбрюшинной клетчатки, а также частью слепой кишки и восходящей; при манипуляциях брюшина лопнула и стала выделяться разложившаяся кровь. Вставлен дренаж. Больная погибла от сепсиса.

Напалков Н. И. (Ростов н/Д). Кровотечения из яичников в брюшную полость могут представлять большие затруднения для распознавания. Я оперировал женщину лет 35-ти по поводу периколита; рассек пленки, удалил червеобразный отросток, придатки были нормальны. Месяцев через десять я был вызван к ней экстренно в Новочеркасск. Муж больной хирург—гинеколог, сообщил мне что пропущен один менструальный срок; второй день—умеренное кровотечение из половых органов, боли внизу живота, слабость, бледность, температура 37,6. Исследование: задний свод выполнен, левая труба увеличена. Операция: левая труба беременна без разрыва; в маточно—прямо-кишечном углублении около 200 к. с. крови, в правом яичнике кровоточило желтое тело. Резекция левой трубы и правого яичника; в трубе зародыш 18 мм. длины; выздоровление.

Мамутов А. М. (Харьков). Распознать кровоизлияние в брюшную полость из яичников или из матки в небеременном состоянии чрезвычайно трудно. Обычно это острое заболевание смешивается с внематочной беременностью и реже с другими заболеваниями. Причины указанного кровотечения невыяснены. В 21-й больнице за 20 лет нами были бесспорно обнаружены два таких случая после операции. В одном случае я был приглашен к больной почти в бессознательном состоянии с резкими болями в нижней части живота, пульс не прощупывался, по доставлении ее в больницу (бывш. Губ. Земск. Род. Дом) произведенная мною пункция заднего свода дала кровь. Лапаротомия. Малый таз выполнен кровью, придатки нормальны; по извлечении несколько увеличенного правого яичника ясно видно, что из него тонкой струйкой вытекает кровь, яичник удален; исследование, произведенное проф. Эрлихом, не дало указаний на патологию (сейчас бы я наверное пришил сальник к кровоточащему месту). Больная выписалась через одиннадцать дней и через полтора года родила нормально. По докладу д-ра Багрова могу отметить, что при подобного рода ретрофлексии беременной матки отмечают нередко пародоксальную ишурию. Часто матка сама справляется с этой патологией, в противном случае необходимо вывести матку из заднего свода и зафиксировать ее. В далеко зашедших случаях приходится применять кесарское сечение и фиксацию матки.

Удовиченко Н. И. (Ахтырка, Харьк. губ.). Ущемление беременной матки в моих случаях протекало не так просто, как это наблюдалось у докладчика. Имелись явления раздражения брюшины; попытки освободить матку не привели ни к чему и лишь после лапаротомии с трудом удалось освободить матку; больная выздоровела и родила; что касается кровотечения из яичника, то в моем случае наблюдались повторные кровотечения, что и было установлено на операции. Яичник был удален.

Галл Д. Н. (Екатеринослав). Больная 19-ти лет поступила в клинику проф. Гальперна с признаками кровотечения в брюшную полость; менструация за 5—6 дней до заболевания, которое началось внезапно. Боли, слабый пульс, тупость в правой части живота; операция; в брюшной полости до одного литра свежей крови; матка, трубы и левый яичник без изменений. Правый—несколько увеличен, кровоточит тонкой непрерывной струйкой. Яичник экстирпирован; гладкое заживление. Патолого-анатомическое исследование яичников показало разрыв паренхимы без каких-либо других патологических явлений. Относительно статистики этих случаев указывают на сборную статистику в 29 случаев из иностранной литературы и 2 случая из русской литературы, приведенную в «Саратовском Вестнике Здравоохранения».

Шамов В. Н. (Харьков). Меня заинтересовал доклад д-ра Панкратьева о викарных менструациях через кожу живота в связи с одним наблюдавшимся мною и опубликованном в «Вестнике Хирургии и Пограничных Областей (т. II, 1923 г.)» случаем, в котором дело шло об инфантилизме половых органов с викарными менструациями, выразившимися в носовых кровотечениях. Интерес моего случая заключается в том, что в менструальные периоды у 6-ой происходило образование под кожей конечностей своеобразных инфильтратов, после которых в дальнейшем оставались отложения солей кальция, дававшие толчек к развитию своего рода «подкожных камней». Это чрезвычайно редкое заболевание известно в литературе под именем «Кальцинозис Универсалис Интерстициалис» с невыясненной этиологией и патогенезом.

В моем случае систематические исследования крови на содержание кальция указали на нарушение кальциевого обмена, находившегося в очевидной связи с дисфункцией яичников—в межменструальные периоды содержание кальция в крови 6-ой было ниже нормы, тогда как во время викарных менструаций оно достигало чрезмерно высоких цифр. Меня очень интересовало бы знать, не наблюдалось ли в случае докладчика каких-либо отложений солей кальция в подкожной клетчатке пациентки.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ДОКЛАДЧИКОВ.

Панкратьев Б. Е. (Балаклея). Дру Финтиктикову ответу, что викарные кровотечения, о которых он говорил, никакого отношения к нашему случаю не имеют. Проф. Шамову—отложений извести на месте истечений менструальной крови не было.

Недохлебов В. П. (Харьков). Кровотечение у моих больных произошло у 1-й на 4-й день после окончания менструаций, у второй через два дня и у третьей во время менструаций. Я услышал от опонентов сообщения о так называемых апоплексиях яичника, к которым относился мой первый и, быть-может, второй случай, но я ничего не услышал о тех небольших кровотечениях, которые по некоторым авторам наблюдались как нормальные во время лопанья созревшего Граафова пузырька в момент менструации, что и имелось у моей третьей больной.

Федоров С. П. (Председатель). По поводу доклада о кровотечении из яичников нужно отметить, что это заболевание редкое и может быть смешано с целым рядом заболеваний и, в частности, с аппендицитом, тоже относится и к кровотечениям из труб. Лет десять назад мне пришлось участвовать на консилиуме с гинекологами, которые настаивали на том, что в данном случае имелся аппендицит и не приняли больную в свою клинику, я настаивал на трубной беременности. На операции выяснилось, что я был прав. Подобные диагностические ошибки я помню еще два раза. Таким образом, диагноз в этой области не так уже прост.

ВНЕОЧЕРЕДНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ.

Фабрикант М. Б. (Харьков). Высокоуважаемое собрание, по поручению организационного бюро Съезда, я позволю себе занять Ваше внимание на несколько минут, чтобы выразить вам нашу благодарность за честь, оказанную Вами избранием в президиум съезда Авксентия Трофимовича Богаевского и поделиться нашей радостью видеть Авксентия Трофимовича среди нас.

Авксентий Трофимович Богаевский! Это имя много, очень много говорит старому и среднему поколению врачей. Если сравнить нашу современную науку с роскошным дворцом, полным красоты, величия и уюта, то это имя говорит нам: вот один из тех, который принимал деятельное участие в возведении и устройстве этого дворца. Но этого мало. Авксентий Трофимович Богаевский—пионер. Он прорубал просеки, он расчищал грунт, он подготовлял почву для того, чтобы вместе с другими начать строить. Окончив курс Медицинского факультета в 1874 году, он пошел работать в глухое село Миргородского Уезда, Полтавской губернии; лечил и оперировал в течение 10 лет и только после этого получил повышение, —ему дали место врача в Кременчугской больнице Приказа Общественного Призрения. Он не получил в Университете той школы, которую получили мы; он видел только одну лапаротомию за все время пребывания в Университете и та окончилась летально на столе. Согласитесь, что это не было поощрением для молодого врача, но в нем горел священный огонь любви к хирургии, и он сделался хирургом, большим хирургом, хирургом-творцом, основателем школы. К Авксентию Трофимовичу съезжались молодые врачи и врачи уже поработавшие в земстве—поучиться. Из больницы Приказа Общественного Призрения, Авксентий Трофимович Богаевский создал прекрасную больницу—клинику, где вместе с помощью болящему населению созидались научные основы. Множество трудов, вышедших из под пера Авксентия Трофимовича Богаевского и его учеников, служат доказательством того, что хирургический материал обрабатывался научно и служил для развития и прогресса нашей науки—хирургии. Из маленького городка Кременчуга, земский врач Богаевский А. Т. простирает свое влияние на Всероссийские Научные Хирургические и Пироговские Съезды; его не только замечали, но и неоднократно выбирали в президиум Съездов, откуда он возвращался, окруженный ореолом почета, к своей повседневной научной и практической тяжелой работе.

Его отметила и высшая научная корпорация, и, 16 лет назад, на основании его научных трудов, Киевский Медицинский Факультет наградил его званием доктора медицины (гонорис кауза).

Закончу.—Об Авксентии Трофимовиче Богаевском можно говорить очень много, можно писать о его деятельности целые томы. Скажу только, что мы, знающие его и знакомые с его деятельностью, счастливы и горды тем, что среди нас есть такие, как он, а для молодежи, да послужит он примером и путеводной звездой, которая приведет их к свету, прогрессу

и высокому служению человеку (длительные аплодисменты, все встанут и приветствуют д-ра Богаевского).

Богаевский А. Т. Благодарю собрание и за честь избрания в президиум и за то отношение с'езда, которое проявилось сейчас.

Мещанинов А. А. (Харьков). Предлагает приветствовать С. П. Федорова, как одного из крупнейших мировых хирургов.

Все встанут и длительными аплодисментами приветствуют С. П. Федорова.

Федоров С. П. Я очень благодарен Харьковцам за внимание. Я с самого начала отмечал большое значение областных С'ездов.—Здесь происходит особенно рельефно сближение села с городом, с его квалифицированными работниками. Лично я всегда и прежде, по мере силы и возможности, не терял связи с участковыми врачами. Они всегда могли найти у меня и совет и ответ на интересующие их вопросы, найдут их и теперь.

ХII. Внепрограммный вопрос: ЭНДОКРИНОЛОГИЯ.

Д О К Л А Д Ы

59) Кричевский С. А. (Харьков) Эндокринология в хирургии.

60) Мещанинов А. И. (Харьков). К вопросу о гетерогенных пересадках.

П Р Е Н И Я.

Фабрикант М. Б. (Харьков). Наблюдения д-ра Мещанинова, нужно приветствовать, так как он подошел к гетерогенным пересадкам не шаблонно, но с предварительной обработкой трансплантата. Если удастся добиться, что трансплантаты не будут рассасываться, то результаты будут прекрасные. Пересаживая микседематозным б-ым часть человеческой щитовидной железы, я все таки наблюдал быстрое их рассасывание с исчезновением, наблюдавшегося после операции, улучшения. Эти пересадки меня научили, что лучше всего их производить в предбрюшинную клетчатку. Богатая сосудами брюшина дает большую гарантию для быстрого приращения трансплантата.

Корхов И. П. (Харьков) Тот случай, который демонстрирует доктор Мещанинов, я видел в хирургической клинике: больной был в очень тяжелом состоянии, от него исходило такое зловоние, что он был нетерпим в общежитии. Заболевание напоминало спонтанную гангрену. Полученные результаты, превосходят всякие ожидания, хотя я отношусь с большим скептицизмом к этому методу при данном заболевании. Так как больному сделана и операция Штейнаха, то я позволю себе сказать несколько слов по этому поводу: эта операция дает хорошие результаты при гипертрофии простаты и для поднятия общего тонуса организма при истощении и маразме.

Гес-Де-Кальве К. П. (Харьков) По вопросу о пересадке яичка до сих пор много имеется противников и сторонников ее. Сторонники признают за ней терапевтический эффект—противники, главным образом, подчеркивают рассасывание трансплантата. Некоторые авторы неуспех пересадок стремятся объяснить реакцией изоаглютинации, но, повидимому, этот вопрос не играет решающего значения. Кроме наблюдений над влиянием аглютинации и преципитации при пересадках, мною в клинике проф. Н. П. Тринклера, производятся наблюдения над значением физико-химических или коллоидальных условий, создающих наилучшие результаты. Всего мною произведено уже 100 пересадок, при чем мне удалось установить гистоло-

гически, что гипо- и гипертонические растворы совершенно неодинаково влияют на приживание. Чем лучше прощупывается трансплантат, тем больше паренхима пересаженного органа оказывается замещенной соединительной тканью. Мною замечено, что трансплантаты, проведенные через гипертонический Рингер-Локровский раствор быстро заменяются соединительной тканью и тем быстрее, чем концентрированнее раствор. Трансплантаты, проведенные через гипотонические растворы если и не приживают, то во всяком случае рассасываются значительно медленнее. Ясно, что в случаях Шустрова и Мещанинова физико-химические изменения тканей, коллоидальное состояние, поверхностное натяжение и прочее играют несомненно большую роль. Наши данные о значении солей подтверждаются работой Белоусова „Об осмотических свойствах живых тканей“. Выяснение всех биохимических условий должно окончательно разрешить спорные вопросы в практике пересадок.

Маслов И. Д. (Чернигов). Имея около 10 случаев операций Штейнаха, по большей части, с хорошим результатом, хочу обратить внимание на случай применения этой операции у 70 летнего старика, страдающего карциномой заднего прохода, который являл собой вид суб'екта, доведенного до крайних степеней истощения и прострации. Нечистоплотный, с гнойным конъюнктивитом, с полным безучастием ко всему окружающему, после операции буквально переродился: глаза очистились, заметно стал поправляться, участливо относился ко всему окружающему.

Пржевальский Б. Г. (Харьков) Необходимо различать практическую сторону в вопросе о пересадках половых желез; считаю показанным пользоваться ею не только для лечения старческого маразма, но и для поднятия грубой физической стороны здоровья, для восстановления преждевременно подорванной рабочей силы. В научном отношении в вопросе о пересадках, особенно гетерогенного материала, явления, указанные доктором Мещаниновым, свидетельствуют о том, что при подготовке трансплантата по способу, указанному Мещаниновым, наблюдается сенсibilизация тканей воспринимающего организма.

Абражанов А. А. (Екатеринослав) Гормон половой железы действует тормозящим образом на симпатическую систему и таким образом и на сокращенные сосуды, расслабляя их. В своих трех случаях, я могу констатировать усиление пульсовой волны в тыльной артерии стопы и улучшение суб'ективных ощущений. Опыты на животных не дали увеличения кровенаполнения на конечностях при операциях Штейнаха.

Кудинцев И. В. (Харьков). Судьба гетерогенных пересадок нам хорошо известна, — трансплантат рассасывается. Несомненно физиологический фактор, внесенный с трансплантатом, исчезает. Таким образом, а priori уже нужно допустить, что эта операция паллиативная или правильнее, дающая временные результаты. Но подобных результатов мы достигаем и при помощи других операций. Для примера приведу случай, касающийся больного, который в течение 8 месяцев подвергся ряду операций. 1-ая по поводу спонтанной гангрены одной ноги — перевязка подколенной вены — результат хороший. Через три с половиной месяца вновь явления развивающейся гангрены — ампутация. Через 1½ года по поводу также спонтанной гангрены на другой ноге проделаны с промежутками в 3—4 месяца с временными улучшениями: перевязка подколенной вены, эпинефректомия и, наконец, ампутация. К числу подобных операций, имеющих значение лишь временное, я отношу и пересадку яичка.

Монашкин Г. Б. (Харьков) Вопрос об анатомических изменениях, происходящих в яичке, после операции Штейнаха, изучался как школой Штейнаха, так и его противниками. И те и другие находили развитие, так называемых, цвишенцеле в яичках за счет атрофии семенных канальцев.

В этих клетках Штейнах усматривает место, где вырабатываются гормоны мужской половой железы.

Противники школы Штейнаха считают эти клетки соединительно-тканными, развивающимися за счет атрофирующихся канальцев, не имеющих особого гормонального значения. Мы имеем возможность наблюдать исчезновение геникомастии после сделанной нами больному операции Штейнаха. Таким образом, клинически как бы подтверждается специфическое влияние операции Штейнаха в смысле уничтожения проявлений женского типа.

Коган Я. И. (Херсон). Вопрос об операции Штейнаха, по почину доктора Мещанинова, подымался и на 2 Одесском с'езде хирургов. К числу случаев, о которых я упоминал на этом с'езде, где получился, говоря скромно, хороший результат, я могу присоединить случай прооперированный мной, после с'езда, в Херсонской Рабочей больнице по поводу тяжелого артрита с явлениями обезображивания. Больной Б. 49 лет, пролежал в больнице около 1½ лет и с трудом удалось его довести до такого состояния, чтобы он мог с посторонней помощью сесть в кровать. Сделал я операцию Штейнаха, в этом случае, потому что докладчики на Одесском с'езде говорили о применении ее при тяжких артритах и потому, что больной, сравнительно не старый человек, но за время своей болезни приобрел вид немощного старца. Результаты операции: 1-е ночные суставные боли прошли совершенно, морфий отменен; 2-е, постоянно согнутые в коленных суставах ноги выпрямились; 3-е, движения суставов восстановились; 4-е, резкая атрофия мышц стала исчезать. Больной вскоре стал самостоятельно ходить; 5-е, поразительно окреп, волосы стали значительно гуще, морщины лица сгладились, восстановился аппетит; 6-е, деформация суставов значительно уменьшилась; 7-е, больше года имевшаяся импотенция прошла абсолютно.

Полагаю, что при операции Штейнаха необходимо делать двухстороннюю вазектомию, ибо нет уверенности, какое яичко сохранило свои биологические свойства; вазектомию лучше производить ближе к яичку с минимальной его травмой. Операцию Штейнаха применяют в тех случаях, когда другие методы лечения безрезультатны.

Шамов В. Н. (Харьков). Современн работы своей у известного хирурга экспериментатора Карреля, я продолжаю неослабно интересоваться вопросами пересадок тканей и органов и думаю, что, на основании всех имеющихся до последнего времени данных, мы не имеем пока оснований изменить положений, формулированных Каррелем на 4-ом Международном Хирургическом Конгрессе. Мы можем сказать и сейчас, что безусловно разрешен пока вопрос только о возможности аутопластических пересадок. Пересадки гомопластические могут быть успешны только в некоторых случаях, при соблюдении ряда условий. Так, мы можем при известном подборе с успехом производить переливание крови от одного человека другому. Д-р Еланский, в произведенных под моим руководством исследованиях, осветил вопрос о возможности длительного приживления кусочков кожи, пересаживаемых от одного человека другому. Но даже и здесь, при гомопластических пересадках столь простого, сравнительно, органа, как кожа, выступает значительная сложность и еще недостаточная выясненность тех условий, при которых это приживление возможно. Само собой разумеется, что проблема гомопластических пересадок паренхиматозных органов становится еще неизмеримо более сложной и не может считаться, в настоящее время, никоим образом разрешенной.

Если так стойко борется организм против пересадок тканей и органов от другого индивида того же самого вида, то Вы легко можете себе представить, насколько сложнее и, может быть, даже принципиально неосуше-

ствимой становится проблема гетеропластических пересадок между животными различных видов. Я говорю, конечно, только о высших животных и, в частности, о человеке; у примитивных организмов вопросы гетеропластических пересадок решаются, повидимому, значительно проще.

Изучение литературы не дает нам пока никаких новых убедительных данных, которые бы заставили нас отказаться от положения о невозможности гетеропластических пересадок у человека. Все последние работы в этом направлении основываются пока больше на клинических данных и не имеют под собой солидной базы микроскопических исследований. Трудно верить, чтобы какая-то ни была предварительная подготовка позволила пересаживаемым гетеропластическим тканям жить и закономерно функционировать в чуждом для них человеческом организме. На основании сказанного, я никоим образом не могу согласиться с выставленным докладчиком положением, что вопрос о возможности гетеропластических пересадок нужно считать разрешенным.

Другое дело—можно ли пользоваться такими пересадками для клинических целей и какое могут они иметь здесь значение?

Думаю, что гетеропластические трансплантаты, желез внутренней секреции, подвергаясь в новом организме постепенному рассасыванию, могут играть роль, как своего рода депо соответствующих гормонов и в этом отношении операция, как особый метод органотерапии, может сопровождаться временным клиническим эффектом.

Подобные операции чрезвычайно просты, гетеропластический материал для пересадок всегда доступен и клиническое испытание их, мне кажется, целесообразным. Необходима, вероятно, только известная осторожность в смысле дозировки применяемого живого органа-терапевтического препарата.

Крымов А. П. (Киев). Так как операция вазектомия очень легка и, повидимому, распространена, я хотел бы предупредить, что двухсторонняя резекция, в особенности вдали от яичка, операция вовсе не безопасная. Описан случай психического заболевания после этой операции, что объясняется отравлением организма задержанными продуктами выделения яичка.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ДОКЛАДЧИКОВ.

Мещанинов А. И. На основании своих случаев гетерогенных пересадок, могу сказать, что трансплантат не подвергается некрозу. Действие его несомненно. Чем вызывается оно—это требует продолжительных экспериментальных работ. Такие работы уже ведутся в клинике проф. Тринклера, как мы слышали из сообщения Гесс-де-Кальве. В некоторых микроскопических препаратах наблюдалось разрастание, как будто, эпителиальных клеток. Выводов еще сделать нельзя, но работать в этом направлении необходимо.

Федоров С. П. (Председатель). По затронутому вопросу можно говорить или очень много или очень мало—предпочту последнее. Сегодня должен сказать тоже, что говорил вчера: и в этой области эндокринологии царит эмпиризм. Предлагают, например, делать вазектомию при артритритах. Почему? Здесь много путаницы, большой хаос. Чем дело кончится, предсказать трудно, но остановить движение в этом направлении невозможно тем более, что замешан такой, я сказал бы, пикантный мотив, как омоложение. Известные результаты, конечно, получаются, что видно из слов доктора Мещанинова, но нужно отметить, что больной демонстрированный им, несомненно, имел не спонтанную гангрену, а обычную гангренозную язву голени. Чтобы стать на твердую почву, необходимо подождать пока наши действия не пройдут через призму научной критики. То,

что сказал проф. Кудинцев—верно. Мы давно пересаживали железы и они рассасывались. Но, раз получается известный терапевтический эффект, хотя и временный, работать в этой области и в этом направлении следует.

Вечернее заседание (29-го марта).

XIV. 3-й НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ ВОПРОС:

Председатель—Спасокукоцкий С. И. (Саратов).

Д О К Л А Д.

Шварцман. (Харьков). О качестве русского хлороформа.

П Р Е Н И Я.

Спасокукоцкий С. И. (Председатель). Прошло время, когда хирурги оперировали с исключительной быстротой. Так быстро, как оперировали старые хирурги, мы не умеем оперировать, но зато на нашей стороне колоссальный количественный перевес, и, конечно, в этом сыграла абсолютную роль общая анестезия. Среди многочисленных операций мы, несомненно, имеем смерти не по вине хирурга, а иногда по вине наркоза. В настоящий момент, дабы выяснить качество русского хлороформа, убедительная просьба к с'езду, принять широкое участие в прениях.

Розенберг И. М. (Ст. Переездная). Те серьезные осложнения, которые мы наблюдали при употреблении русского хлороформа до смерти включительно заставляют нас серьезнейшим образом поставить вопрос о возможности дальнейшего применения русского хлороформа, впредь до окончательного и всестороннего выяснения и устранения тех дефектов, которыми он обладает. При этом необходимо сугубо подчеркнуть, что химическая реакция далеко не всегда может служить критерием, при оценке достоинств хлороформа.

Поволоцкий Я. Л. (Харьков). Те осложнения, которые получились от применения русского хлороформа, заставили лечебный отдел Наркомздрава просить Организационное Бюро поставить вопрос о хлороформе, докладчиком был выдвинут тов. Шварцман, пом. директора Химико-Фармацевтического Института НКЗ—органа, контролирующего медикаменты и, в частности хлороформ. Я должен отметить, что русский хлороформ, удовлетворяя 5-й германской фармакопее, дает по совершенно еще не выясненным причинам ряд осложнений; это обстоятельство заставляет меня просить участников С'езда широко осветить вопрос о причинах различных осложнений для того, чтобы немедленно были приняты меры к устранению их. Вместе с тем, я считаю нужным подчеркнуть, что, при малейшем подозрении в недоброкачественности хлороформа, последний изымается телеграфно по всей Украине из всех, как торговых учреждений, так равно и лечебных. Согласно существующих циркуляров НКЗ, каждое осложнение от хлороформа регистрируется. Здравоотделы обязаны немедленно сообщать об осложнениях, его характере и представлять истории болезни больных, у которых наблюдались осложнения, а в случае смерти протоколы вскрытий. Те протоколы вскрытия, которые имеются в распоряжении лечебного отдела, указывают на одну ту же характерную картину смерти от хлороформа: во всех случаях имеется желтуха, смерть наступает обычно на третий—на четвертый день.

Атанов В. А. (Харьков). При хлороформном наркозе по нашему наблюдению в 20% случаев приходится прибегать к искусственному дыханию. Рвота, головные боли после операции (во всех без исключения случаях) продолжительный бурный период возбуждения. Большое значение в осложнениях последних лет имеет изношенность организма и в особенности заболевание сыпным тифом, давшим большое количество сердечных заболеваний. Последних среди 1000 обследованных транспортников оказалось 50%.

Мещанинов А. И. (Харьков) За все периоды моей хирургической работы я не имел таких осложнений после хлороформа, как в настоящее время: желтухи, длинный период возбуждения, рвота, иногда два—три дня и даже смерть. Я считаю, что я имел один случай смерти, именно, от хлороформа. Вопрос идет о больной, оперированной по поводу перихондрита и умершей на 5-е сутки, при явлениях желтухи. Понятно необходимо взвесить все условия; в таком многочисленном собрании разрешить этот вопрос в целом невозможно. Мы получим сырой материал, который необходимо будет поручить разработать комиссии, и в клиническо-лабораторной обстановке осветить этот вопрос.

Зильберберг Я. В. (Одесса). Я всегда еще до войны придерживался взгляда, что смерть при хлороформировании зависит скорее от наркотизатора, чем от хлороформа. Я не собирал материала и буду говорить о своих лишь впечатлениях. Смертности у себя не помню; могу лишь отметить, что наркоз с современным хлороформом протекает хуже, чем в мирное время; расход хлороформа в каждом отдельном случае значительно увеличился. Возбуждение значительно чаще, сильнее и дольше поддерживается, рвоты участились, иногда продолжаются несколько дней, к искусственному дыханию нам почти не приходилось прибегать, так как больного во время операции мы не теряем из виду, к чему не трудно приучиться.

Кнеплер А. Г. (Красногр. Окр., Полт. губ.) Мне также приходилось наблюдать осложнение после русского хлороформа. Один раз я имел позднюю смерть от него, но я хотел бы рассмотреть вопрос о хлороформе с точки зрения интересов села, которое теперь поставлено в центр внимания. Вред от хлороформа в сельской хирургии гораздо больше, чем в городских центрах. Причины: 1) недостаток персонала и, в особенности, хороших наркотизаторов, 2) общие плохие внешние условия в хирургической работе, 3) худшая техника самих хирургов, в сравнении с ответственными хирургами города, что отражается на длительности операции. В городе, кроме того, есть возможность замены сортов хлороформа. Моральная ответственность врача хирурга на селе, где он один у всех на виду, гораздо тяжелее, чем в городе и, в особенности, в крупных учреждениях с фабричным производством операций. Выводы: 1. Лучшие партии хлороформа нужно направлять на село. 2. Отменить циркуляр НКЗ об обязательном химическом исследовании хлороформа перед операцией, что часто просто невыполнимо (если ампула открывается во время операции) в обстановке села и к тому же на деле почти не выполняется. К моральной ответственности последняя лишь присоединяет еще формальную, не давая практических результатов.

Мельников А. В. (Харьков). Я думаю, что применение русского хлороформа должно быть более чем осторожное. В моей клинике не раз отмечались осложнения после применения хлороформа, правда, не очень серьезные. Самым частым осложнением является легкая желтуха, особенно резко выраженная на склере. Я помню 4-х больных, оперированных в один день и у всех отмечалась желтуха, хлороформ в этих случаях был запаян в длинных ампулах и снабжен указанием, что он химически чист. При настоящих условиях, я считаю самым лучшим наркозом гедонал-эфирный; гедонал дается за 1 час до операции в количестве 3—4 гр., в зависимости

от веса больного. Также выгодна комбинация гедонала с местной анестезией.

Маслов И. Д. (Чернигов). Пользуясь Аровским хлороформом, я не получил впечатлений о его недоброкачественности, хотя, быть может, это можно отнести к тому курьезу с одной из серий русского хлороформа, который, по его использованию без всяких клинических осложнений, оказался, согласно распоряжения, не подлежащим потреблению как недоброкачественный. Смерть наблюдал у детей 8-ми и 12-ти лет при продолжительных операциях. Желтухи наблюдались также от русского хлороформа. Обвинять хлороформ нужно очень осторожно, учтя и все привходящие моменты. Количественно хлороформа идет больше. Искусственное дыхание приходится делать мне чаще, чем раньше.

Миротворцев С. Р. (Саратов). Всякий хлороформ опасен и осложнения от него встречаются довольно часто; однако, и при такой предпосылке современный хлороформ, повидимому, опаснее английского и германского, так как при применении чаще наблюдаются осложнения в виде асфиксии, западения языка, более продолжительного периода возбуждения, последующей желтухи, явлений позднего хлороформенного отравления и т. д. В борьбе с этими осложнениями, мы, в известной степени, бессильны, и потому я рекомендую заменить хлороформ эфиром, дающим поразительно малый процент осложнений, последний считается в шесть—семь раз менее опасным, чем хлороформ.

Джигурда П. И. (Волчанск). За последние годы я не наблюдал ни одной смерти от хлороформа, но, в сравнении с прежним хлороформом, настоящий хлороформ дает больше осложнений, как рвота, желтуха и т. д.

Войташевский Я. Б. (Харьков). В одной из лучших лечебниц в Харькове, одним из лучших хирургов была произведена операция—аппендектомия; операция прошла благополучно, но на пятый день больной умер, вследствие постепенно нарастающей слабости сердца; наркоз был хлороформенный. Другую картину я наблюдал в Берлине в клинике Бира. Перед цистоскопией в мочеиспускательный канал был введен 2% раствор тутокаина, в количестве 8 куб. сан.; больной через пять минут умер. Бывают и, быть может, довольно часто случаи идиосинкразии и смерти как от хлороформа, так и от веществ, применяемых при местной анестезии. Какой выход, как уменьшить количество осложнений от наркоза? Прежде всего, не следует употреблять чистый хлороформ. В Германии в последнее время пользуются смешанным наркозом (хлороформ-эфир) и местной анестезией одновременно. Осложнения значительно реже. В госпитально-хирургической клинике проф. Кудинцева последние годы чистый хлороформ не применяется и мы пользуемся смесью эфир-хлороформа, беря $\frac{2}{3}$ эфира и треть хлороформа. Осложнения наблюдаются очень редко.

Кудинцев И. В. (Харьков). Фирмы Дункан, Шеринг, Мерк, выпускавшие хлороформ для наркоза, настолько давали нам уверенность в его наилучших качествах, что, применяя его, мы почти не думали о возможности смерти. Однако на две три тысячи случаев смерти от хлороформа, все же наблюдались. Одновременно эфир давал несомненно лучшую статистику. Когда был израсходован весь запас хлороформа и эфира и появились препараты выпущенные «Ара», уже одна упаковка их не внушала никакого доверия относительно сохранности, а, следовательно, и качества. Бывало, что банки оказывались или пусты, или с небольшим остатком на дне. Препараты «Ара» были заменены хлороформом русской выделки: первые партии оказались очень недоброкачественными. Главное осложнение это остановка дыхания и деятельности сердца; хлороформ, обращающийся сейчас, хотя и требует строжайшего контроля и исследования его качества перед самым наркозом, может все же удовлетворить нас.

Брандт В. Д. (Харьков). В последнее время производя полостные операции под хлороформным и хлороформ—эфирным наркозом (хлороформ русского производства), я наблюдал значительное количество неприятных осложнений в виде остановки дыхания, желтухи и длительных рвот, что заставляет меня переходить на скополамин—морфий—эфирный наркоз, применявшийся мною и раньше, но оставленный из-за отсутствия препарата на рынке; смертей от хлороформа я не наблюдал.

Напалков Н. И. (Ростов н/Д). Я привожу только объективные данные, учитывая три момента—1) хлороформатор, 2) препарат и 3) объект наркоза, с одной стороны, и результат, с другой.

Прежде всего, результат хуже прежнего. Течение наркоза тяжелое, осложнения чаще, была и смерть. Наркотизатор в моей клинике такой же, как и прежде, следовательно, дело не в нем. Объект наркоза—больной действительно не то, что прежде до войны; я придаю главное значение тем поражениям пищеварительных органов, которые получились во время голода. Качество хлороформа стало хуже, что подтверждено химическим исследованием. Выход—покупка контрабандного хлороформа, это, конечно, не решает вопроса—нужно внести известные коррективы.

Кох Э. Х. (Одесса). В Одессе в 1923 году погибло двое больных от американского хлороформа. По просьбе Одесского Хирургического Общества, проф. Лавров исследовал этот хлороформ и нашел в нем примесь фосгена (одна из самых вредных). У нас в 3-й Советской народной больнице в течении месяца под наркозом оперируется до 400 больных. Смертных случаев не было, но осложнения, в виде продолжительной рвоты, асфиксии и желтухи наблюдались. Бывали у нас случаи двухчасовых операций по Вертгейму, хлороформа уходило до 300 куб.

Соколов С. Е. (Ленинград). Сопrotивляемость населения, в результате войны голода и ряда пандемий, несомненно, понизилась, к этому необходимо прибавить хроническое, вредное влияние употребляемых суррогатов водки. Эти факты должны быть учтены при оценке влияния хлороформа на организм. В клинике проф. Гессе было два случая поздней хлороформенной смерти после Ушковского хлороформа. В одном из них жертвой хлороформа оказалась девушка 18-ти лет. При обдукции здесь обнаружено врожденное отсутствие одной почки, при викарной гиперплазии другой. Особенной осторожности требует применение хлороформа при операциях по поводу гнойных процессов, где паренхиматозные органы могут быть ослаблены существующими инфекциями. Патолого-анатомическая картина умерших при явлениях позднего хлороформенного отравления очень сходна с острым сепсисом и поэтому патолого-анатомы, без посева крови, очень осторожны в своих заключениях.

Спасокукоцкий С. И. (Председатель). К каким выводам можно прийти заслушав прения о русском хлороформе? Прежде, когда был открыт широкий рынок, конечно, дело было бы проще; теперь, когда приходится получать преимущественно русский хлороформ, оно осложнилось. И тем, кто ведает этим делом нужно сказать «Кавеант Консулес»—жизнь драгоценна—лучший хлороформ в деревню. Я пережил однажды смерть от хлороформа, оперируя первого из назначенных на операцию в этот день 9-ти больных. Дело было в клинике, и все остальные все же пошли на операцию, не то в деревне—там надолго можно подорвать к себе веру после подобного случая. «Консулес» исполните просьбу маленького человека из маленькой деревенской больницы! Прислушайтесь к голосу народа! Присоединяюсь в проф. Миротворцеву—побольше прибегать к эфиру. У меня в клинике широко применяется новокаин. С ним оперирую и на печени, и на желудке, применяя анестезию сплянхникуса. Конечно, нужно применять хлороформ принимать во внимание и наркотизатора и больного.

Мы должны быть уверены, что русская химическая промышленность сделает все, чтобы качество отечественного хлороформа сравнялось с иностранным; сейчас нам критика нужна. Мы не боимся ошибок, потому что мы соизнаемся в них и спешим их исправить. Те, в руках которых средства, пусть дадут нам продукт лучшего качества и мы получим лучшие результаты. Пока же—сугубо осторожное отношение к хлороформу! Не злоупотреблять им и, где возможно, заменять его другими видами общей и местной анестезии. Считаю, что наша беседа принесла пользу и врачам, и больным.

ХV. 4-й ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ ВОПРОС.

Д О К Л А Д Ы.

62. Н. Б. Новаченко (Харьков). Хирургическая Секция Научной Ассоциации.

ХVI. ОБЩЕ-ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ.

Д О К Л А Д Ы.

63. Эрлих С. Л. и Дерман Г. Л. (Харьков). К вопросу о нейрогенных фибромах (в клиническом и патолого-анатомическом отношении).

64. Брансбург Б. Б. (Харьков). О методах лечения лимфангиом и лимфангектазий.

П Р Е Н И Я.

Гейманович З. И. (Харьков). Во 2-м хирургическом отделении 2-й Советской больницы, мы наблюдали случаи общего нейрофиброматоза у больного, поступившего к нам по поводу профузных кровотечений из ануса. У больного имелся узел, расположенный на один сантиметр от отверстия и, на месте перехода кожи, анальную часть, была массивная складка, переходящая в крупный узел на слизистой оболочке, очень сходный с обычным геморроидальным узлом. Подобные же узлы, но значительно меньше по калибру, были рассеяны на других участках этой области. Все три отмеченные образования были иссечены, но гистологическое исследование еще не сделано. Можно ли предполагать в цепи нейрогенных опухолей, представляющих в своей основе элементы эктодермы возможность бластоматозного роста мезодермальных элементов, например сосудов, т. е. не в праве ли мы рассматривать приводимое наблюдение, как случай ангио-нейфибромы? Болезнь Реклинггаузена, как системную в смысле первичной порочной закладки, относят к одному зародышевому листку, но особенности нашего наблюдения ставят и этот вопрос. Конечно, возможно толковать их, как простые совпадения процессов.

Крамаренко Е. Ю. (Одесса). В моей земской практике был случай, выпадения ручки по величине с руку взрослого. По извлечении плода оказалось, что имеется случай элифантиаза руки, при чем длина превосходила длину туловища. Пришлось сделать ампутацию. Что касается предложенного способа дренажа в брюшную полость, то я рекомендую применять для этой цели хрящевые трубочки. Этими трубочками я хотел заменить дренажную трубку в операции Денди при гидроцефалусе. Кроме того, я предложил создавать неспадающиеся трубки, окружая вены хрящевыми трубочками (операция Руота и Пайра); возможно, что такими неспадающимися трубками из живого хряща и из вен у больного можно дренировать полости этих лимфангектазий.

Крымов А. П. (Киев). Проводить аналогию между разлитыми лимфангиомами и слоновою—недоразумение, также не может быть общим и

метод лечения. Спешить у детей с лечением особенно радикальным нет оснований.

Спасокукоцкий С. И. (Председатель). 10 лет тому назад в Вене я встретился с американскими врачами из учреждения братьев Майо; я поинтересовался о причине пребывания их здесь. Мне ответили, что, если вы хотите учиться оперировать, то поезжайте к Майо. Изучать же показания к операции нужно в Вене. Поэтому, когда и у нас выступают с различного рода методами оперативных вмешательств, то я тоже скажу, что все же центр не в них, а в правильном и своевременном применении операции—выработке показаний.

Д О К Л А Д Ы.

65. Платонов К. И. (Харьков). Внушение и гипноз в хирургии.

66. Гесс-де-Кальве К. П. и студ. Бурлаченко (Харьков). Влияние трансфузии гемолизированной крови на морфологию и ферменты крови.

П Р Е Н И Я.

Корхов И. П. (Харьков). Гипноз в гинекологии дает хорошие результаты, в особенности при абортах. При прочих хирургических операциях анестезия гипнозом, в общем, не дает результатов.

Ажорский Б. К. (Харьков) Гипноз я применяю в акушерско-гинекологической практике при абортах и абразиях по следующему способу. Предварительно, перед операцией заранее больной внушается мысль о том, что ей будет сделана операция безболезненно под кокаином; на протяжении операции эта мысль настойчиво поддерживается, вниманием больной отвлекается и в это время производится операция под видом подготовительных манипуляций. Подобного рода методом удавалось отвлекать внимание и получать анестезии в случаях подготовки якобы к общему хлороформному наркозу.

Шариманьянц С. С. (Харьков). Оставляя в стороне вопрос гипнозе с терапевтической целью, я хочу сказать несколько слов о применении его в хирургии. Почти сто лет назад в 1829 году Клоке первый произвел операцию ампутации грудной железы под гипнозом. Когда он сделал сообщение об этом во Французскую Академию Наук, то знаменитый хирург Лисфранк сказал, что он либо обманщик, либо обманутый. В настоящее время, конечно, никто не скажет этого, когда операции под гипнозом применяются в Харькове во многих клиниках и больницах. Литература, главным образом, указывает на применение гипноза в малой хирургии. Это подтверждается и жизнью. Что же касается крупных операций, то здесь дело обстоит благополучнее до операционного стола, а дальше целый ряд неудач и шереховатостей. Больной все время выходит из под влияния гипнотизера, находится в возбужденном состоянии, хирург прерывает операцию и приходится прибегать к даче наркоза. Страдает и больной, в виду излишней затяжки операции, и хирург, теряющий темп операции. На основании случаев имевших место в Харькове и трех собственных, проведенных в госпитально-хирургическом отделении проф. И. В. Кудинцева общее впечатление создается неудовлетворительное. Что же касается совместного действия гипноза и наркоза—гипнонаркоза или наркогипноза, то они значительно понижают дозу наркотизирующего вещества и заслуживают большого внимания.

Крымов А. П. (Киев) Операции делались до открытия хлороформа без наркоза у истеричек при наличии аналгезии, но надо бояться послеоперационных истерических припадков.

Бурлаков М. Г. (Симферополь). Приведу два случая операции аппендектомии в заведомой мною хирургической больнице. Один случай оперировал я, другой проф. Дитерихс; оба случая прошли при полнейшей анестезии, состояние после операции прекрасное, ни тошнот, ни рвот, ни головной боли.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ СЛОВО ДОКЛАДЧИКА.

Платонов К. И. Гипноза бояться нельзя. Рекфлексология осветила его окончательно. Он безвреден и безопасен; в соответствующих случаях можно делать и крупные операции. Внушение оказывается спасительной мерой для больного в предоперационном периоде. Гипноз затормаживает, повидимому, висцеральную нервную систему. Необходимо принять во внимание указанный гипнонаркоз. Хирургам необходимо учитывать наркоз словесный. Во имя интересов больного, для хирурга необходимо более близкое знакомство с учением о внушении и значением его у постели больного. Желательно вопрос о внушении, внушенном наркозе и гипнонаркозе сделать программным вопросом на одном из С'ездов.

Спасокукоцкий С. И. (Председатель). Позвольте отметить, что мы с большой радостью приветствуем среди нас проф. Эрлиха, как представителя чистой науки, с которой мы никогда не порывали и в которой ищем обоснование для многих наших действий. С другой стороны, мы благодарим также и представителей невропатологии. В защиту хирургов можно сказать, что в своей практике мы также широко пользуемся внушением там, где это возможно, и получаем известные результаты и если вера больного во врача может быть признана самовнушением, то нужно помнить, что истинная вера должна в основе своей иметь объективное знание и искусство врача.

Заккрытие С'езда.

По окончании научной части С'езда было предоставлено слово д-ру Мещанинову для прочтения резолюции комиссии по организации хирургической помощи на селе выделенной с'ездом в связи с докладами д-ров Бурксера и Мещанинова об организации хирургической помощи на селе.

Заслушав доклады т. т. Бурксера и Мещанинова—„Организация хирургической помощи на селе“, С'езд констатирует:

1. Сельская сеть в настоящее время из состояния текучести перешла в стабильное состояние, базирующееся на определенном бюджете.

2. Степень обеспеченности населения медицинской помощью почти достигает довоенного времени, имея определенную тенденцию превзойти его качеством этой помощи, так как вместо энциклопедиста врача к населению все более и более приближается дифференцированная медицинская помощь, задачей коей является не только лечить, но и предупреждать болезнь.

3. Больницы приведены в такое состояние, которое дает полную возможность нормальной работы и приближения квалифицированной хирургической помощи к населению, которое вследствие быстрого под'ема его культурного уровня не довольствуется уже примитивной медицинской помощью.

4. В виду наглядности пользы хирургии, завоевавшей себе большую популярность среди широких масс, необходимо создать условия, благоприятные для развития широкой квалифицированной хирургической помощи на селе.

5. Ввиду того, что старая сеть лечебных учреждений уже имеется, хотя она и недостаточна, необходимо привести ее в состояние, соответствующее требованиям хирургической работы, а в дальнейшем иметь в виду необходимость расширения сети в плановом порядке.

6. На ближайшее время децентрализация квалифицированной хирургической помощи должна пойти по пути устройства межрайонных больниц, число которых постепенно будет увеличиваться. Материальная забота о последних лежит на обслуживаемых ими районах. Принимая однако во внимание слабость районных бюджетов, С'езд высказывается за необходимость поддержки таких больниц, хотя бы на первое время со стороны окружных центров и НКЗ.

Тип врача-хирурга на селе—смешанный. Это задание медицинские институты должны учесть и соответственно этому изменить постановку преподавания.

8. Для поднятия квалификации врачей села необходимо организовать специальные курсы для усовершенствования при университетских центрах, как долгосрочные, так и краткосрочные, а также учесть необходимость командировки за-границу. Организовать практические занятия, по хирургии при уездных и районных больницах, где имеются специалисты хирурги. Организовать научные ячейки-ассоциации на местах. Устраивать ежегодно областные с'езды хирургов. Организовать снабжение хирургической научной литературой. Признавая, что окружные больницы на 70% обслуживают селянство, совещание признает необходимым предоставить научные командировки хирургам окружн. больниц наравне с участковыми врачами.

9. Организовать при врачебно-санитарных советах крупных центров хирургические секции в составе: участковые хирурги, представители хирургических секций местных научных ассоциаций университетских центров, зав. окрздоров, завлечпод, окрсанэпид и представители общественных организаций. Организационная работа этих секций объединяется врачебно-санитарным советом.

10. Разработать номенклатуру и форму хирургической отчетности. Требовать ежегодно доклада о годовой хирургической деятельности каждой больницы в научных конференциях.

11. Снабдить рентгеновскими установками все окружные больницы и некоторые большие районные. Обеспечить все окружные больницы клиническими лабораториями, в крайнем случае организовать для этого клин. отделения при окружных санитарных лабораториях. Во главе таких лабораторий должен стоять врач специалист. Такие же лаборатории в меньшем масштабе должны быть организованы и в межрайонных больницах.

12. Для привлечения квалифицированных работников на село и обеспечения нормальных условий для работы необходимо:

а) Улучшить материальное положение таких работников специальными ставками, выработанными здесь в центре и дающими возможность удовлетворить насущные потребности и совершенно не зависеть материально от населения. В этом должен принять участие окружной центр.

б) Обеспечить квартирой при больнице или вблизи больницы, главным врачом которой он должен быть.

в) Не перегружать хирурга другой работой в ущерб хирургической.

г) Через каждые три года давать трехмесячную научную командировку с субсидией, ежемесячно предоставлять возможность участия в научных конференциях местных ячеек научной ассоциации.

д) Предоставить возможность поездки на областной с'езд хирургов.

е) При окружных больницах установить штат врача ассистента с 2-х годичным пребыванием и с преимущественным правом на это место участковых врачей. Эти ассистенты после двух лет обязаны перейти в участок.

ж) Улучшить качество подсобного персонала и увеличить их число.

з) Узаконить возможность дачи наркоза при одном враче.

13. Учитывая совершенное почти отсутствие на периферии таких специалистов, как офтальмологи и отиатры, и крайнюю нужду в них, С'езд в целях смягчения этого положения рекомендует в отдельных случаях периодическую командировку на 3—4 месяца в такие межрайонные больницы квалифицированных офтальмологов и отиатров—как для оказания помощи населению, так и для ознакомления участкового хирурга с этой специальностью.

Спасосукоцкий С. И. (Председатель). Предлагаю огласить заявление члена президиума с'езда представителя участковой медицины д-ра Алексеева (Новомосковск), не могущего быть на настоящем заседании по болезни.

«Уважаемое Собрание! Находясь в президиуме с'езда, как представитель участковой сети, делясь со своими товарищами впечатлениями по поводу прослушанных докладов, я должен сказать следующее. Мы, участковые врачи, приехали на с'езд с жадой получить побольше новых сведений, и эта жажда удовлетворена. Этот с'езд снял с нас тот налет плесени, который, помимо нашего желания, окутывал нас в наших медвежьих углах. Он освежил нас, он снабдил нас новой поступательной энергией и зажег в нас новый свет, который мы бережно донесем до мест, не дав ему потухнуть. Все, что мы получили здесь, мы, конечно, всемерно будем стараться проводить в жизнь, но для этого необходимо восстановить лечебные учреждения до пределов возможности проведения в них ответственной хирургической работы. И вот, благодаря Научную Ассоциацию за инициативу созыва с'езда, учреждения и отдельных лиц, за составления интересной программы с'езда, я считаю нужным от имени отъезжающих просить остающихся помнить этот наш прощальный завет. Без этого вспыхнувший светоч знаний опыта и энергии погаснет при столкновении с ужасной, подчас, действительностью, и мы не в состоянии будем осветить и согреть горячими лучами полученных здесь на с'езде знаний всех тех обезделенных и жаждущих, которые все больше и больше обращаются к нам за помощью».

Спасосукоцкий С. И. Слово предоставляется от имени совещания по созыву с'ездов пр. Шамову.

Шамов В. Н. (Харьков). Большинство делегатов с'езда высказываются о желательности организации Всеукраинских С'ездов. В связи с этим было созвано особое совещание, в котором принимали участие, во-первых, члены президиума с'езда, во-вторых, президиум организационного бюро, в-третьих, представители академических центров. Принято желательным организовывать, во-первых, местные с'езды в каждом из четырех академических центров Украины: Харьков, Киев, Одесса, Екатеринослав, которые не были бы громоздки и продолжались только один-два дня. Во-вторых, организовать Всеукраинские с'езды по очередно, в академических центрах Украины раз в год в сентябре. Ближайший с'езд намечен в сентябре 26-го года в Одессе. Организация таких с'ездов возлагается на особые организационные ячейки, которые должны быть созданы в каждом академическом центре из представителей научных организаций клинических центров.

Спасосукоцкий С. И. От организационного бюро с'ездов слово предоставляется И. В. Кудинцеву.

Кудинцев И. В. (Харьков). На мою долю, уважаемые товарищи, выпало большое удовольствие, по поручению нашего организационного бюро, принести вам искреннюю глубокую благодарность за все то, что вы сделали, и этим самым способствовали несомненному успеху нашего с'езда.

Я делаю это с тем большим удовольствием, что всегда стоял в первых рядах инициаторов таких с'ездов, тем более зная, что мы, сидящие в центре, должны брать на себя инициативу таких с'ездов всевозможных рангов: областных, губернских и проч. Мы видим, что этот с'езд собрал созвездие ученых: лучи этого созвездия отражают все то, что составляет достояние всей нашей науки, вообще, а хирургии, в частности. Мы видим, что с периферии нам принесли очень много. И мы имеем возможность видеть, что делается на селе. Вместе с тем, мы видим, что во всех решительно уголках хирург держит нож надежной рукой, получая доверие со стороны населения. И вот, благодаря вашему присутствию, работа с'езда сделалась более плодотворной. Итак, весь с'езд служит путеводной звездой, мы думаем, что настоящий с'езд действительно был желанным для всех. Ваше присутствие это только лишний раз подтверждает. Организационное бюро приносит вам искреннюю благодарность и низкий поклон.

Д-р Розенберг И. М. (ст. Переездная). Товарищи, я выступаю от своего собственного имени и думаю, что, прежде чем раз'ехаться по домам, мы должны с своей стороны сказать несколько слов организационному бюро. Мы приехали из провинции, и, конечно, много ожидали от этого с'езда. И когда мы вернемся на места, то каждый нас будет спрашивать о деталях с'езда. Мы можем сказать твердо и определенно, что результаты самые благоприятные. Мы заслушали много докладов, и после каждого доклада уважаемый председатель давал им должную оценку. Доклады этого с'езда будируют нашу научную мысль и заставляют нас более глубоко осознать нашу работу и заставляют нас все время помнить о наших центрах. В этом я усматриваю одно из главнейших достоинств и достижений нашего с'езда. Если мы перейдем к внешней стороне этого с'езда, то, я должен сказать, что мы здесь в Харькове встретили такой товарищеский чисто дружеский прием, что, несмотря на то, что я никем не уполномочен, я думаю, что выражу общее мнение всех приехавших, если принесу глубокую благодарность и низкий поклон нашим учителям, нашим руководителям, а также организационному бюро за созыв настоящего с'езда.

Спасокукоцкий С. И. (Председатель) По традиции, заключительное слово представляется председателю организационного бюро, в данном случае, проф. Шамову. Позвольте мне взять у вас разрешение на несколько минут задержать ваше внимание, для того, чтобы в кратких словах подвести итоги работы нашего с'езда. В кратких словах потому, что это должен был сделать не я, а нами избранный почетный председатель с'езда Н. П. Тринклер, к сожалению, по болезни на последнем заседании не присутствовавший. Он прислал извинение и просит передать делегатам с'езда наилучшие пожелания и еще раз благодарить за доверие, оказанное ему при избрании почетным председателем. Я думаю, что вес с'езд единодушно выразит пожелание Николаю Петровичу, чтобы он снова мог принять участие в хирургической работе. А пока мне, как его заместителю, разрешите сказать несколько слов. Когда говоришь о первом Областном Хирургическом С'езде Левобереж. Украины, невольно вспоминается первый Московский с'езд хирургов. Цифра членов этого с'езда 245; цифра членов Украинского с'езда—402. Вы видите что цифра Украинского с'езда в 2 раза превышает число членов с'ехавшихся в Москву на первый Всероссийский с'езд. Из этого видно, что идея созыва этого с'езда в Харькове была весьма правильной и результаты этой идеи показывает статистика с'езда. Число иногородних членов 203, Харьковских 199. Как видите, число приезжих больше, несмотря на трудности пути и большие расходы. Из числа иногородних мы имеем 172 работника Украины; 31 человек, приехавших из других республик нашего союза. Мы можем гордиться тем, что на этом с'езде мы собрали представителей почти всех университетов. Мы имеем

представителей Москвы, Ленинграда, Ростова на дону, Одессы, Саратова, Минска, Екатеринослава, не хватало только Сибири. Но, если бы Сибирь знала об успехах этого с'езда, то она бы попыталась приехать.

Что сделал этот с'езд? Было заявлено 85 докладов. Бюро допустило по формальным соображениям 79. Заслушали же в действительности 69 докладов. Остальные докладчики или не приехали, или сняли свои сообщения. Доклады вызвали самые оживленные прения: мы должны были ограничивать число желающих участвовать в прениях. Отмечено 179 выступлений. Из числа выступавших 33 были врачи города Харькова и 44 приезжие. Как протекали заседания? Я думаю, что все согласится со мной, что этот с'езд был образцом стройности: доклады прочитывались в назначенные дни, успевали провести все прения в назначенное время, в редких случаях мы должны были занимать время отдыха. Эта стройность заседания объясняется колоссальным интересом к этому с'езду. Число участников с каждым днем увеличивалось. Мы видим сейчас в последний день, в последний час полный зал: 420 стульев имеется в зале, которые постоянно заняты. Эта посещаемость с'езда, конечно, лучше всего говорит о том, что не только доклады заинтересовали членов с'езда, но, что и прения по этим докладам и само изложение докладов действительно удовлетворяет широкие массы слушателей, которые с большим вниманием посещали этот с'езд.

Мы имели 3 программных вопроса.

Гастроэнтероанастомоз—вопрос серьезный, вопрос интересный. На этом с'езде он был всесторонне рассмотрен. Мы заслушали здесь мнение крупнейших авторитетов, представителей факультетов. Один из самых интересных докладов, в котором имеются ценные научные обследования, представлен не академиками, а железнодорожной больницей. Очень важно, что на этом с'езде была сделана попытка разрешить вопрос об этиологии язвы желудка. Здесь представитель клиники Н. П. Тринклера представил новую попытку прижизненной окраски интрамуральных узлов, которые редко до сих пор могли быть рассмотрены посмертно. Здесь был затронут целый ряд вопросов брюшной хирургии, имеющих большой интерес: непроходимость кишечника, тромбоз воротной вены, лопанье кишечника и др. Далее мы вспомнили войну, которую мы уже пережили, нами еще не забыты ее уроки, которые так важны. Мы услышали ряд докладов об огнестрельных ранениях суставов, и доклады по вопросу об ампутации конечностей. Оказывается, с ампутацией приходится иметь дело не только в военное время, но и в мирной обстановке. Представитель железнодорожной хирургии показал нам, что ампутацию конечностей на железной дороге, в частности в Харькове, приходится делать не сотнями, а тысячами.

Даже теперь мы ведем борьбу с повреждениями каждый день и каждый час. Лишенного конечности человека нельзя признать совершенным инвалидом. И здесь на с'езде, мы услышали как быстро идет усовершенствование. Мы услышали здесь о рабочих протезах. Это говорит о том, что наша помощь в этом деле идет быстро вперед.

Здесь мы слышали доклады о лечении костно-суставного туберкулеза. Доклады вызвали горячие прения; из них мы узнали о новых достижениях в области лечения костно-суставного туберкулеза. Борьба с туберкулезом ведется упорная. На с'езде мы услышали, что с туберкулезом борются не только в крупных центрах, которые являются показательными, но мы видим уже в этой борьбе соревнование, о котором мы только мечтали. Это соревнование в борьбе с туберкулезом переносится на сельские ячейки. Нам продемонстрировали здесь результаты обширных пластик. Мы заслушали отчетный доклад, который вызвал оживленные прения; мы услышали здесь, что наши материальные ресурсы очень ограничены. Здесь был затронут вопрос об улучшении материального положения врача и лиц,

руководящих врачебным делом. Положение врача в недалеком будет улучшено. Нужно в первую очередь обратить внимание на наших участковых хирургов, ибо в условиях чрезвычайно неблагоприятных они все же продолжают свою работу. Такие города, как Волчанск, Кременчуг и т. д., дают лучших хирургов. Один из врачей бывших в Кременчуге—теперь профессор в Москве. Сегодня мы чествовали А. Т. Богаевского, который уже сошел со сцены активных хирургических работников. Это говорит о том, что наши провинциальные города готовят прекрасных хирургов, а потому мы должны им уделять максимум внимания. Из числа украинских сельских врачей выросли крупные хирурги; из этого мы можем сделать вывод, что всякий врач, работающий на селе, который честно трудится, который собирает крупицы знания, делясь ими на с'езде занимает видное и почетное положение в семье хирургов. Позвольте на этом закончить оценку хирургов и хирургического дела на Украине. Мы можем вернуть угасающую жизнь. Это чувство ответственности никому так не знакомо, как хирургу. Чувство ответственности заставляет нас ни на минуту не успокаиваться. Я должен сказать, что чем больше приобретаешь знаний, тем больше чувствуешь ответственности. До последних дней хирург не перестает учиться. Д-р Богаевский, бросивший нож хирурга, который так крепко держал в руке, все же приехал на с'езд. Зачем я сюда приехал? Конечно, для того, чтобы посмотреть как работают украинские хирурги. Завтра утром я присутствую в Николаевской б-це на операции резекции желудка, которую делает один из лучших местных хирургов. Я скажу, что нужно сознание учиться. Я недоволен своими знаниями. Это заставляет врачей всегда учиться и с'езжаться на с'езды. Этот с'езд имел громадный успех. Я глубоко убежден, что другие с'езды будут иметь такие же результаты.

Разрешите на этом закончить свое слово. Мне кажется, что врачи, которые не обладают чувством самоуверенности и, в одно и тоже время, обладают достаточной энергией, силой воли, смелостью, чтобы взять в свои руки жизнь, никогда не должны переставать учиться. Будем просить Организационное Бюро собирать и впредь такие С'езды.

Слово предоставляется председателю Организационного Бюро проф. Шамову.

Шамов В. Н. (Харьков). От имени Организационного Бюро Первый Областной С'езд Хирургов Левобережной Украины объявляю закрытым.

I. Результаты совещания 30-го марта по вопросу об организации Всеукраинских Хирургических С'ездов.

При 1-м Областном Хирургическом С'езде Левобережной Украины 30 марта состоялось особое совещание, под председательством Ш а м о в а В. Н., по вопросу об организации Всеукраинских С'ездов Хирургов, в котором приняли участие: 1) члены Президиума С'езда, 2) Президиум Организационного Бюро и 3) представители академических центров Украины: 1) Зильберберг Я. В., 2) Крамаренко Е. Ю. (Одесса), 3) Волкович А. М., 4) Крымов И. Н. (Киев), 5) Абражанов А. И., 6) Деревенко В. Н. (Екатеринослав), 7) Богаевский А. Т. (Кременчуг), 8) Джигурда П. И. (Волчанск), 9) Алексеев В. П. (Новомосковск), 10) Кудинцев И. В., 11) Мельников А. В., 12) Мещанинов А. И., 13) Тринклер Н. П., 14) Фабрикант М. Б., 15) Шамов В. Н., 16) Файерман И. М., 17) Милостанов Н. Н., 18) Войташевский Я. Б., 19) Новаченко Н. П. (Харьков).

На этом совещании было признано желательным организовать:

1. Местные с'езды в каждом из четырех академических центров Украины (Харьков, Киев, Одесса и Екатеринослав), которые были бы не громоздки, ограничивались отдельными темами и продолжались, может быть, только 1—2 дня.

2. Организовать Всеукраинский С'езд Хирургов, созывая его по очереди в одном из академических центров Украины. Время таких с'ездов—первая половина сентября. Ближайший с'езд намечен в сентябре 1926 г. в гор. Одессе. Организация таких с'ездов возлагается на особые организационные ячейки, которые должны быть созданы в каждом из академических центров из представителей, имеющих в них, организаций Научной Ассоциации и Хирургических Обществ.

Ввиду того, что до следующего Всеукраинского С'езда остается около полутора лет и ввиду того, что признано желательным более тщательный и более широкий выбор тем, постановлено—в виде исключения не назначать сейчас тем будущего с'езда, а передать весь собранный материал Одесскому Организационному Бюро и поручить ему после широкого обсуждения вопроса, совместно с Организационным Бюро других академических центров, в течение ближайших месяцев выбрать и опубликовать темы следующего 1-го Всеукраинского С'езда.

Относительно характера С'езда высказаны следующие пожелания:

1. На Всеукраинских С'ездах обсуждаются хирургические вопросы научного и общественного характера.

2. На местных с'ездах должны ставиться вопросы преимущественно практического характера, преследуя более педагогические задачи.

Все постановления Совещания были приняты С'ездом.

Председатель Проф. Шамов.

Секретарь д-р. Новаченко.

Отчеты Комиссий Организационного Бюро.

ОТЧЕТ ВЫСТАВОЧНОЙ КОМИССИИ.

При Организационном Бюро по устройству 1-го Областного Съезда Хирургов Левобережной Украины была выделена выставочная комиссия в составе: секретарей хирургических ячеек Н. А. М. С. Т. Выставка была составлена из экспонатов по программным и внепрограммным вопросам. Помещение для выставки было невелико, в связи с чем, пришлось сократить количество экспонатов. В одной комнате был организован отдел типовой анатомии кафедрой оперативной хирургии при Харьковском Медицинском Институте проф. А. В. Мельникова.

В этом отделе было помещено более 200 экспонатов (череп, челюсти, ключицы, лопатки, сердца, легкая и др.). В другой комнате находились препараты по программным вопросам из харьковских клиник и больниц: проф. Н. П. Тринклера, проф. К. Ф. Еленевского, проф. И. В. Кудинцева, проф. В. Н. Шамова, проф. С. Л. Трегубова, проф. М. М. Шульгина, проф. С. Л. Эрлиха, из тубинститута зав. хир. отд. д-ра Ф. Ю. Розе, из Холодногорской больницы—д-ра А. И. Мещанинова и из 2-й советской больницы—Зав. Хир. Отд д-ра А. А. Бельца, а также привезенные экспонаты из Саратовской Факультетской Хирургической Клиники (Проф. С. Р. Миротворцев). Экспонаты делились на сухие и патологоанатомические; сухих препаратов было до 100, как то: протезы, шины из гипса, корсеты из гипса очень легкие и удобные и др. Демонстрировался аппарат для гедоналового наркоза д-ра Маряхина, затем коллекция почечных камней. Патологоанатомических препаратов было до 100; они касались исключительно программных вопросов: язвы желудка, туберкулеза суставов и желез.

В вестибюле были выставлены рентгенограммы (Рентген-Академия), в которых были освещены вопросы травматологии и туберкулеза суставов, затем, рентгенограммы, снимки и сухие экспонаты из Хир. Отд Тубинститута по вопросам хирургического туберкулеза легких.

Несмотря на небольшое помещение, на выставке было до 500 экспонатов. Выставку посетили все делегаты Съезда и много гостей. При выставке были устроены два книжных киоска Издательств: 1) «Новый Хирургический Архив» и 2) «Научная Мысль». Второй киоск снабжен большим количеством современных книг и журналов на русском языке.

К недостаткам выставки можно отнести следующее: 1) несвоевременное предоставление помещения, что крайне затрудняло устройство выставки и 2) помещение для выставки должно быть несравненно большим.

Председатель Выставочной Комиссии д-р И. А. Гарбер.

ОТЧЕТ ЭКСКУРСИОННОЙ КОМИССИИ С'ЕЗДА.

Посещение клиник и больниц организовано было следующим образом: в помещении с'езда вывешено было расписание клиник и больниц, хирургов, названий операций, адресов, вместимость операционных, путей сообщения и даты.

Посещаемость выразилась в следующих цифрах по клиникам и больницам.

1. Госпитальная хирургическая клиника	10 ч.
2. 1-ая Факультетская хирургическая клиника	10 »
3. 2-ая Факультетская	10 »
4. Медико-Механический Институт	50 »
5. Ортопедическая клиника	20 »
6. Туберкулезный Институт	25 »
7. Рентген-Академия.	60 »
8. 2-ая Советская больница	20 »
9. 25-ая Советская больница	25 »
10. Узловая железно-дорож. больница	50 »
11. 6-ая Советская Студенческая больница	25 »
12. Холодногорская больница	5 »
13. Фильма Воронова	100 »

И т о г о 410 ч.

Демонстрировались следующие операции:

Операция «Ольби»	проф. Шамов В. Н.
Удаление почки по поводу камней	проф. Мельников А. В.
Пиелотомия ин ситу по Федорову	
Ампутация грудной железы	
Фиксация почки по Федорову	
Пробная лапаротомия (рак желудка)	проф. Вегнер К. Ф.
Операция Лоренца	
Операция Шанца	
Пересадка сухожилий по Бизальскому.	д-р Гарнье А. Н.
Гастроэнтероанастомоз	
Опухоль мозжечка	» Розе Ф. Ю.
Водянка мозга (Балькенштих)	
Расширение вен голени по Кляппу	
Торакопластика по Зауэрбруху	проф. Кудинцев И. В.
Резекция коленного сустава	
Гастроэнтероанастомоз	проф. Фабрикант М. Б.
Ампутация грудной железы	
Удаление желчного пузыря.	
Резекция желудка	д-р Бельц А. А.
Текущие операции	» Маклецов И. И.
	» Иозефович Л. Г.
	» Гладышев Ф. А.
Демонстрация больных	проф. Трегубов С. Л.
	д-р Мещанинов А. И.

Председатель Комиссии д-р Г у р е в и ч.

ОТЧЕТ СТОЛОВОЙ КОМИССИИ.

Столовая Комиссия оплатила 277 обедов для членов с'езда из 3-х блюд по 47 к. за обед в столовой КУБУЧА по Гоголевской ул. № 6.

Из них 120 обедов было выдано бесплатно участковым врачам по 30 обедов в день.

Остальные 157 обедов были предоставлены членам с'езда по 40 коп за обед.

Личным наблюдением в столовой и опрашиванием обедавших членов с'езда мною установлена удовлетворенность их обедами и обслуживанием в столовой.

Небольшое сравнительно количество пользовавшихся обедами в (среднем 70 чел. в день) объясняется тем, что очень многие члены с'езда питались частным образом.

Буфет в пределах помещения с'езда обслуживал удовлетворительно.

Бесплатные обеды участковым врачам должны быть правилом и для будущих с'ездов. Что же касается льготных обедов для всех членов с'езда, то их на будущее время желательно устраивать в одном из ресторанов г. Харькова.

Председатель Комиссии д-р Брандсбург.

ОТЧЕТ КАЗНАЧЕЯ.

П Р И Х О Д.

Субсидия от Научной Ассоциации	100 р.
» » Губздрава	200 „
» » Губ. Отд. М. С. Т.	200 „
» » У. Ц. П.	200 „
338 членских взносов по 3 руб. (остальные 64 ч. бесплатно) .	1014 „
121 человек подписались предварительно на труды с'езда по 3 р.	363 „
Аванс на труды с'езда	1 р. 50 к.

Итого 2078 р. 50 к.

Р А С Х О Д.

Канцелярские расходы	107 р. 38 к.
Печатание повесток с'езда	12 „
Членские билеты	11 „
Программы с'езда	100 „
Устройство и декорирование зала заседаний в Малом Театре и в Санбакинституте	62 „ 12 „
Устройство выставки на с'езде	88 „ 53 „
Организация дежурств на вокзале	31 „ 60 „
Устройство концерта, плакаты и товарищ. встреча	114 „ 35 „
За помещение клуба "Червоного учителя"	50 „
Плата за зал Малого Театра	200 „
» » Санбакинститут	150 „

Обслуживание делегатов с'езда в предоставленных им помещен.	83 р. 35 к.
За обслуживание проэекционного фонаря.	10 „
120 бесплатных обедов участк. врачам по 47 к.	56 „ 40 „
За 157 обедов доплата по 7 к.	10 „ 99 „
В счет Редакционной Ком. на канцелярские расходы и печатание протоколов	35 „ 25 „

Итого 1122 р. 97 к.

Остаток в кассе 955 р. 53 к.

Казначей д-р Брандсбург.

Приветственные телеграммы с'езду.

«Приветствую С'езд от Правления Российских Хирургов и лично желаю успеха в работе и дальнейшего процветания. Рейн».

«Русское Хирургическое Общество Пирогова приветствует Областной С'езд хирургов и желает ему успешной работы. Председатель Вреден».

«Горячо приветствую Первый С'езд Хирургов Украины, желаю ему полного успеха, очень жалею, что не могу приехать; надеюсь, что Областной С'езд не лишит собравшихся товарищей возможности приехать в Ленинград и не помешает успеху 17 Всесоюзного с'езда. Греков».

«Приехать не могу, благодарю за лестное приглашение. Российская хирургия растет и крепнет, ее работа становится оригинальнее и плодотворнее. Приветствую Первый Областной С'езд, как новое выражение силы и мощи нашей хирургии. Да здравствуют Областные С'езды Хирургов, делающие крупный исторический шаг вперед. Мысленно я на с'езде. Профессор Оппель».

«Болезнь помешала приехать, шлю Хирургическому С'езду пожелания полного успеха. Краснобаев».

«Хирургическому С'езду привет и пожелания успешной работы от редакции «Нового Хирургического Архива»; глубоко огорчен, что болезнь помешала принять участие в работах с'езда. Профессор Гальперн».

«Приветствие от Уполномоченного Бюро Студенчества Медицинского Института в Харькове».

«Бакинское О-во хирургов в заседании своем от 4 марта 1925 г. уполномочило меня приветствовать Первый Хирургический Областной С'езд Левобережной Украины и пожелать ему плодотворной работы. Проф. Финкельштейн».

«По поручению общего собрания Медицинской Секции Института Белорусской Культуры, высшего Академического учреждения Белорусской Советской Социалистической Республики, приветствую Первый Областной С'езд Хирургов Левобережной Украины. Белорусские работники внимательно следят за работой своих украинских товарищей, радуясь Вашим успехам, шлют свой братский привет и наилучшие пожелания. Счастлив этот привет передать с'езду. Ученый Секретарь Медицинской Секции Третькович».

СПИСОК ДЕЛЕГАТОВ СЪЕЗДА.

Всего зарегистрировано членов

Съезда 402

Харьковцев
199

Иногородных
203

У. С. С. Р.
172

Других Республик
Союза
31

Из них участковых
врачей
64

1. Абражанов А. А. (Екатеринослав).
2. Абрамович Ф. М. (Харьков).
3. Абрамович Э. Г. (Харьков).
4. Авдиев. М. В. (с. Печенеги, Хар. округ.)
5. Авербах Г. И. (Харьков).
6. Агеенко П. М. (с. Ольшаны, Хар. округ.)
7. Айзенберг А. В. (Харьков).
8. Алапин Г. Я. (Харьков).
9. Александровский Д. Г. (Харьков).
10. Алексеев В. П. (Новомосковск, Екатер. губ.).
11. Александров П. И. (Лисичанск, Донец. губ.).
12. Александров С. В. (Полтава).
13. Алелер В. С. (Харьков).
14. Андрияшев Я. Н. (Прилуки, Полтавской губ.).
15. Андронов В. Е. (Жмеринка, Винницк. окр.).
16. Андерс Л. И. (Харьков).
17. Анненкова А. (Гадяч, Полтавск. губ.).
18. Антонов. И. И. (Изюм).
19. Ассесс М. И. (Амвросиевка, Сталинск. окр.).
20. Арие В. И. (Харьков).
21. Арие О. С. (Харьков).
22. Ашкинази С. Г. (Харьков).
23. Багров Ю. Б. (Сквира, Киев. губ.).
24. Балинский В. И. (Славянск).
25. Бельц А. А. (Харьков).
26. Белозор М. И. (с. Липцы).
27. Белоножко А. М. (Основа).
28. Бессонов Б. П. (Запорожье, Екатер. губ.).
29. Бер А. С. (Валки, Харьк. губ.).
30. Берлин И. М. (Екатеринослав).
31. Бердичевский Г. А. (Запорожье, Екатер. губ.).
32. Берви Ф. В. (Сталин).
33. Богаевский А. Т. (Кременчуг).
34. Борко Е. П. (Харьков).
35. Боярская С. Г. (Харьков).
36. Богданов П. П. (ст. Основа).
37. Боженко И. Я. (Валуйки, Воронежск. губ.).
38. Бом П. С. (Симферополь).
39. Брейтман М. Г. (Каменка А. М. С. С. Р.).
40. Бочаров И. И. (ст. Ясиноватая).
41. Брандсбург. Б. Б. (Харьков).
42. Будный В. Е. (Боромич, Хар. г.).
43. Бурлаков М. Г. (Симферополь).
44. Бурак С. М. (Харьков).
45. Бухман П. И. (Ростов н/Д.).
46. Бучакчийский А. Д. (Бердянск).
47. Васяткина Л. Г. (Харьков).
48. Василевский М. А. (Харьков).
49. Василевский М. Л. (Харьков).
50. Васяткина А. Н. (Харьков).
51. Варшавская А. Д. (Харьков).
52. Валуйский И. М. (Уплатное, Павлоград. окр.).
53. Венгеровская Т. А. (Харьков).

54. Верескунов И. М. (Харьков).
55. Веревкин М. Д. (Зиновьевск).
56. Вегнер К. Ф. (Харьков).
57. Веприцкий М. А. (Харьков).
58. Ведринский А. П. (Харьков).
59. Волков Д. И. (Ромны, Полтавск. губ.).
60. Волкович П. М. (Киев).
61. Вороний Ю. Ю. (Киев).
62. Вирабов А. В. (Харьков).
63. Войташевский Я. Б. (Харьков).
64. Гаврилко А. С. (Харьков).
65. Галл Д. Н. (Екатеринослав).
66. Гайзенберг И. С. (Харьков).
67. Ган А. Д. (Мелитополь).
68. Гайсинский Б. Е. (Павлоград).
69. Гарбер И. А. (Харьков).
70. Гарнье А. Н. (Харьков).
71. Гартунг Г. Н. (Гайсин, Подол. губ.).
72. Гатива Н. Е. (Харьков).
73. Гейманович З. И. (Харьков).
74. Гердова Е. Т. (с. Вознесенка, Екатер. губ.).
75. Герекке Г. К. (Харьков).
76. Герман М. М. (Херсон).
77. Герман А. Э. (Полтава).
78. Гесс-де-Кальве К. П. (Харьков).
79. Гладышев. Ф. А. (Харьков).
80. Глушковский Г. М. (Харьков).
81. Гнанг С. П. (м. Кривчье озеро, Первомайск. окр.).
82. Голобородько П. И. (ст. Скороходо-
дово, Полтав. губ.).
83. Головков Е. Д. (Харьков).
84. Головин С. К. (Конотоп).
85. Голосов А. В. (Иловайское, Донец. губ.).
86. Гольдштейн М. И. (Могилев
н/Днепре).
87. Горбачев М. С. (Харьков).
88. Горбенко Д. Л. (Харьков).
89. Горбенко М. Д. (Херсон).
90. Горошкова Д. В. (Славянск).
91. Горчаков А. К. (Жихорь).
92. Грабинин Н. Ф.
93. Грибанов А. Н. (Ногайск).
94. Гринштейн В. М. (Вечерний Кут,
Екатерин. губ.).
95. Гуляева В. И. (ст. Барвенково,
Изюм. окр.).
96. Гуревич А. И. (Харьков).
97. Гусев П. А. (Цареконстантиновка,
Бердянск. окр.).
98. Гусев Ф. Ф. (Павлоград).
99. Гутников Б. З. (Ростов н/Д.).
100. Дедов—Ноздрицкий Д. К. (Харь-
ков).
101. Деревенко В. Н. (Екатеринослав).
102. Деркачев П. В. (Черкассы).
103. Джигурда П. И. (Волчанск).
104. Дзегановская А. Г. (м. Верблюжка,
Екатер. губ.).
105. Диканский М. А. (Харьков).
106. Диманштейн В. И. (Харьков).
107. Диц В. Ф. (Кременчуг).
108. Добромыслов Ф. Ф. (Харьков).
109. Долгополов А. П. (Мариуполь).
110. Дуван О. С. (Симферополь).
111. Дурач А. И. (сл. II Октябрьск.,
Купянск. окр.).
112. Духовской С. М. (Москва).
113. Егоров. К. А. (Харьков).
114. Еремеев М. Н. (Мерефа, Харьк.г.).
115. Еременко М. К. (с. Уссурско—
Литовское, Екатер. губ.).
116. Еськов Г. М. (сл. Барвенково,
Харьк. губ.).
117. Ефимов А. А. (Харьков).
118. Жмакин Л. Н. (Симферополь).
119. Жуковская—Бабицкая Д. Е. (Чер-
кассы).
120. Жук А. П. (Харьков).
121. Зайцев А. В. (Сумы).
122. Запутраев В. В. (Прилуки, Пол-
тавской губ.).
123. Зорохович Г. М. (Харьков).
124. Зейгермахер С. М. (Харьков).
125. Зерницкий И. Ф. (Харьков).
126. Зильберберг Я. В. (Одесса).
127. Златкина—Кашей С. А. (Б. Пи-
саревка, Ахтыр. окр.).
128. Иванова К. М. (Харьков).
129. Иконников А. А. (Валуйки. Во-
ронежск. губ.).
130. Ильина В. Л. (Харьков).
131. Ионов А. М. (Константиновка,
Донецк. губ.).
132. Иозефович Л. Б. (Харьков).
133. Ионлев И. Г. (Изюм).
134. Иостынь М. А. (с. Лиховка, Ека-
терин. губ.).
135. Кадох В. К. (Сумско-Стефан. за-
вод).
136. Казанская Л. Н. (с. Курульки,
Изюмск. окр.).
137. Казас Е. М. (Харьков).
138. Касяненко Л. И. (Харьков).
139. Кателинский А. М. (с. Лихачево,
Харьк. губ.).

140. Кац Л. О. (Харьков).
141. Кенс Р. А. (Сновск).
142. Клейненберг Р. В. (Н. Водолага, Харьковск. окр.).
143. Кнеллер А. Т. (Дар-Надежда, Краснод. окр.).
144. Коваленко Т. И. (Новомиргород, Зиновьевск. окр.).
145. Коваленко В. П. (с. Кустолово, Полт. губ.).
146. Ковтунович Г. П. (Киев).
147. Коган В. М. (Харьков).
148. Коган Я. И. (Херсон).
149. Коган А. Л. (гор. Запорожье, Николаев. окр.).
150. Кондратьев И. В. (с. Привольное, Николаевск. окр.).
151. Константинович В. К. (Кременчуг).
152. Карабай Я. А. (Харьков).
153. Корхова Н. В. (Харьков).
154. Корхов И. П. (Харьков).
155. Космин В. П. (Белгород).
156. Костарев Г. А. (Лозовая-Павловка, Донец. окр.).
157. Костюков М. Х. (Харьков).
158. Котельман С. М. (Харьков).
159. Кох Э. Х. (Одесса).
160. Кравченко Г. А. (м. Тельное, Уманск. окр.).
161. Крамаренко Е. Ю. (Одесса).
162. Краснов А. Я. (Харьков).
163. Кричевский С. А. (Харьков).
164. Крыжановский С. И. (Красноград).
165. Крылов В. А. (Б. Писаревка, Ахтырск. окр.).
166. Крылов А. П. (Киев).
167. Кудинцев И. В. (Харьков).
168. Купрюхин М. М. (Пирятин).
169. Кутаманов И. Я. (Харьков).
170. Кушниренко В. Ф. (Харьков).
171. Лазуренко А. С. (Зеньков, Полтав. губ.).
172. Лебедев А. А. (Красноград).
173. Лебедева О. З. (Красноград).
174. Лебедева-Патлис М. А. (Харьков).
175. Лебедев А. В. (ст. Синельниково, Южн. ж. д.).
176. Леви Я. Л. (Жихорь).
177. Либерман П. Б. (с. Останье, Лубянск. окр.).
178. Лившиц П. М. (Харьков).
179. Литовченко В. А. (Енакиево, Донбасс).
180. Ляховецкая Ф. М. (Харьков).
181. Лонгвинова Т. П. (Харьков).
182. Лосавио С. Ф. (ст. Ханжанково, Екат. ж. д.).
183. Лягодкин В. А. (с. Гродовка, Донец. ж. д.).
184. Маклецов И. И. (Харьков).
185. Малахов А. И. (Харьков).
186. Малеванный Т. В. (Бершад, Подол. губ.).
187. Маркин А. И. (с. Речки, Сумск. окр.).
188. Маслов И. Д. (Чернигов).
189. Машина М. Н. (Харьков).
190. Меерзон М. Л. (Харьков).
191. Меер В. Р. (Харьков).
192. Мелищенко С. В. (Конотоп).
193. Мельников А. В. (Харьков).
194. Менакер Л. М. (Бердичев).
195. Менкес А. Д. (Чугуев).
196. Мещанинов А. И. (Харьков).
197. Минкин С. Л. (Харьков).
198. Милостанов Н. Н. (Харьков).
199. Минкин С. Ю. (Харьков).
200. Мирер В. И. (Минск).
201. Миротворцев С. Р. (Саратов).
202. Мирошниченко Г. И. (Лисичанск, Донец. губ.).
203. Митров М. И. (Мариуполь).
204. Мищенко И. П. (Харьков).
205. Модестов. (Н. Каменка, Киевск. губ.).
206. Морозов Г. А. (Нью-Йорк, Донбасс).
207. Моряхин М. Ф. (Харьков).
208. Мурзин А. А. (Екатеринослав).
209. Нагорный Д. И. (Люботин).
210. Напалков Н. И. (Ростов н/Д).
211. Насоновский Н. И. (Купянск).
212. Наставин В. В. (с. Тарны, Сумск. окр.).
213. Недохлебов В. П. (Харьков).
214. Несмелова З. Н. (Харьков).
215. Неусыхин И. Я. (Инзовка, Екат. губ.).
216. Нефедов В. И. (Симферополь).
217. Нечай Л. Н. (Харьков).
218. Новаченко Н. П. (Харьков).
219. Новаченко К. Л. (Харьков).
220. Носалевич А. М. (Харьков).
221. Оболенская А. И. (Купянск).
222. Оболенский А. И. (сл. Сватово, Купянск. окр.).
223. Ольденбург П. В. (Сосница, Сновского окр.).
224. Ольховская М. В. (Харьков).

225. Опацкая А. М. (Харьков).
226. Опацкая М. М. (Харьков).
227. Орда А. Я. (Золотоношск. окр.).
228. Орлов Г. П. (Харьков).
229. Осипов Л. С. (Киев).
230. Островская М. Г. (Харьков).
231. Островская Э. И. (Хорол, Полтавск. губ.).
232. Палем Е. М. (Харьков).
233. Палладина Л. И. (Харьков).
234. Панкратьев Б. Е. (Балаклея, Изюмского окр.).
235. Пантелеймонов (Сталинск. окр.).
236. Панченко М. В. (Харьков).
237. Патлис Г. Д. (Харьков).
238. Пендрие В. Л. (Харьков).
239. Пененжкевич Я. Э. (Харьков).
240. Перебаскин И. А. (Екатеринослав).
241. Перельман Г. В. (Запорожье).
242. Петриченко А. И. (Харьков).
243. Пилипенко Ф. А. (г. Мена, Черниговск. губ.).
244. Пининский В. А. (Смела, Киевск. г.).
245. Платонов К. И. (Харьков).
246. Побережный К. В. (Харьков).
247. Поволоцкий Я. Л. (Харьков).
248. Погорельский М. А. (Харьков).
249. Подгайц С. Д. (Мариуполь).
250. Подольский М. Н. (Екатеринослав).
251. Позументиров И. М. (с. Петровское, Изюмск. окр.).
252. Полнер Р. Г. (с. Н. Архангельское, Херсонск. окр.).
253. Попов Д. М. (Белгород).
254. Попов С. Н. (Курск).
255. Пржевальский Б. Г. (Харьков).
256. Прибытков С. М. (Харьков).
257. Пригоровский А. В. (Харьков).
258. Приходько А. К. (Харьков).
259. Пузанов В. Ф. (Харьков).
260. Пуйкевич А. А. (Горловка, Донбасс).
261. Рабинович А. Л. (Харьков).
262. Рабинович М. А. (Харьков).
263. Радевич-Сегайлов (Карловка, Полтавск. губ.).
264. Раевский Б. А. (Верхне - Днепровск).
265. Ревковский Н. Н. (Богодухов).
266. Резцова К. А. (Харьков).
267. Розе Ф. Ю. (Харьков).
268. Розенберг Е. Л. (Екатеринослав).
269. Розенберг И. М. (ст. Переездная).
270. Розенблюм С. З. (Харьков).
271. Романенко П. Ф. (Харьков).
272. Романович Ф. Т. (Харьков).
273. Рубинштейн Я. Г. (Харьков).
274. Рудаков А. П. (г. Каменка, Сев.-Кавказск. окр.).
275. Руденко В. К. (Каменское, Екатеринбург. губ.).
276. Рудинский Н. А. (Харьков).
277. Рудицкий М. Г. (Харьков).
278. Руднев П. Н. (Енакиев, Донбасс).
279. Рюмшин И. Е. (Харьков).
280. Рябцов А. И. (Гакенно, Полтавск. губ.).
281. Савельев В. Ф. (Купянск).
282. Садова С. И. (Харьков).
283. Сазонов И. В. (Белополье).
284. Саратикова В. М. (Харьков).
285. Светлова О. И. (Харьков).
286. Свиридова А. Е. (Харьков).
287. Селихов М. И. (Харьков).
288. Сендульский И. Я. (Ростов н/Д).
289. Синиченко И. Г. (Жирковка, Полтавск. губ.).
290. Синяев А. В. (Диканька, Полт. окр.).
291. Ситенко М. И. (Харьков).
292. Скляров Г. Д. (Змиев).
293. Скляров И. П. (Сумы).
294. Скорняков А. А. (Симферополь).
295. Слаутина Е. Т. (сл. Савинцы, Изюмск. окр.).
296. Слонимский В. З. (Ахтырск. окр.).
297. Смирнов Н. С. (Харьков).
298. Сокол М. С. (Харьков).
299. Соколов С. Е. (Ленинград).
300. Соловьева Н. Н. (Харьков).
301. Соломонов О. С. (Криндачевка, Дон. губ.).
302. Сороина Г. Л. (Харьков).
303. Соркин А. Е. (Симферополь).
304. Спасокукоцкий С. И. (Саратов).
305. Ставровский В. Н. (Кадиевка, Донец. губ.).
306. Станков М. Ф. (Криворожск. окр.).
307. Степурский В. Т. (Харьков).
308. Стоянов Ф. Д. (Одесса).
309. Струкова Е. Н. (Харьков).
310. Субботина Т. П. (Харьков).
311. Сулимовский В. П. (Гадяч).
312. Сурукчи С. Г. (Харьков).
313. Сыромятникова О. С. (Харьков).
314. Сысоева Т. С. (Харьков).
315. Сычева М. Н. (Харьков).
316. Тавровский М. Н. (Симферополь).

317. Тарханов В. А. (Харьков).
318. Тафт А. В. (Харьков).
319. Теодорович Н. Ф. (с. Каменское, Екатер. губ.).
320. Термикаэлянц И. Б. (Харьков).
321. Тимофеев С. А. (Лубны).
322. Тихомиров С. В. (Харьков).
323. Трахтман Л. Б. (Харьков).
324. Трегубов С. Л. (Харьков).
325. Тремпович П. В. (Минск).
326. Тринклер Н. П. (Харьков).
327. Трутень В. Д. (Старобельск).
328. Топровер Г. С. (ст. Должанская, Дон. губ.).
329. Туровский С. Л. (Харьков).
330. Тушканова М. М. (Ромодан, Южн. ж. д.).
331. Удoviкова А. С. (Хотомля, Харьк. окр.).
332. Удовиченко Н. И. (Ахтырка).
333. Фабрикант М. Б. (Харьков).
334. Фаерман И. М. (Харьков).
335. Файншмидт И. И. (Харьков).
336. Федоренко И. А. (Бердянск).
337. Федоров Г. Г. (Харьков).
338. Федоров С. П. (Харьков).
339. Федоровский А. А. (Харьков).
340. Фесенко А. С. (Харьковск. окр.).
341. Филиппов Н. Н. (Харьков).
342. Финтиктиков А. С. (Харьков).
343. Фисанович А. Л. (Харьков).
344. Фискес Р. М. (Харьков).
345. Фридман М. Т. (Харьков).
346. Фролова А. Ф. (Харьков).
347. Фрумин И. О. (Киев).
348. Хайцман Л. З. (Екатеринослав).
349. Центелович В. Ф. (Харьков).
350. Цитрицкий Е. Р. (Харьков).
351. Цифринович О. М. (Донбасс).
352. Цукерман Е. И. (Харьков).
353. Цинкин М. С. (Харьков).
354. Чаклин В. Д. (Харьков).
355. Чугаев А. А. (Харьков).
356. Шалабала М. П. (Купянск. окр.).
357. Шамов В. Н. (Харьков).
358. Шапиро Л. М. (Марупольск. окр.).
359. Шарецкий И. Г. (Дружковка).
360. Шариманьянц С. С. (Харьков).
361. Шарковская В. Я. (Харьков).
362. Шевандин М. Н. (Симферополь).
363. Шевцов А. И. (Харьков).
364. Шестаков В. В. (Сумы).
365. Шидловский П. С. (Киев).
366. Шмарьевич Н. Б. (Харьков).
367. Шмигельский Н. П. (Звенигородка, Киевск. губ.).
368. Шпигель И. Л. (Харьков).
369. Штурм В. А. (Харьков).
370. Щербина Е. Г. (Харьков).
371. Эзац П. Я. (Екатеринослав).
372. Эйбер С. М. (Артемовск).
373. Эльяшберг Ф. Е. (Харьков).
374. Энгельгардт А. П. (Екатеринослав).
375. Эрам А. Э. (Орехов).
376. Эрлихман Н. И. (Харьков).
377. Юшкевич Г. П. (Харьков).
378. Ярослав Ю. И. (Харьков).

Кроме перечисленных выше 378 членов с'езда, были приглашены, в качестве почетных членов, представители государственных и общественных учреждений, в числе 24 человек.