

ковом препарате б-го (прот. № 3-б) видно усиленное размножение гистиоцитов и фибробластов, преобладающих над лапчатыми лейкоцитами, а также плазматических клеток, а у б-го Евсеева (прот. 4-б)—резкое увеличение эозинофилов. Далее, во всех послеблоковых препаратах ясно заметно оживление вяло текущего процесса: некротизированная пленка дна язвы более сильно инфильтрируется лейкоцитами, из расширенных сосудов происходит усиленное пропотевание жидкости, выпадение фибрина и т. д. В этом отношении не представляют исключения даже и язвы 7—10-летней давности: у б-ной Кротовой (прот. № 2 б), несмотря на наличие плотной, фиброзной, местами гиалинизированной ткани дна язвы, блок вызвал уже через двое суток заметное кровенаполнение и расширение мелких сосудов, а также множественные кровоизлияния.

Я предвижу, разумеется, возражение, заключающееся в том, что вторая блокада совпала с тем периодом, когда воспалительный процесс в язве уже сам по себе, под влиянием покоя, успел продвинуться несколько дальше. Однако трофическая язва, одной из отличительных свойств которой является чрезвычайно вялое и хроническое течение, безусловно не могла в течение двух суток дать того сдвига, который констатирован гистологически после блока. Поэтому для меня совершенно очевидно, что именно под влиянием новокаинового блока система соединительной ткани начала принимать деятельное участие в процессах заживления язвы.

Из Хирург. клиники им. проф. А. В. Вишневского Каз. гос. мед. института (дир. проф. С. М. Алексеев).

Лечение болезни Raynaud новокаиновым блоком.

Доц. Г. М. Новиков.

В 1862 г. Рейно (Raynaud) впервые описал, как совершенно самостоятельную нозологическую единицу, своеобразное заболевание периферических и наиболее выступающих частей тела (пальцы верхних и нижних конечностей, ушные раковины, кончик носа, щеки), известное в настоящее время под названием симметрической гангрены Рейно. С того времени мало нового внесено в вопросы этиологии и патогенеза этого заболевания.

Наряду с авторами, стоящими на точке зрения самого Рейно, имеются и такие, которые симметрическую гангрену считают лишь определенным симптомокомплексом того или другого заболевания (энцефалия, спрингомиелия, истерия, табес и др.). Соответствует это действительности или нет—вопрос спорный и до настоящего времени. Однако не подлежит никакому сомнению неврогенный характер этого заболевания. Последнее признается как будто бы подавляющим большинством ученых. Лишь точка зрения проф. Оппеля стоит в этом вопросе несколько особняком. Считая, что „мертвый палец“—один из классических признаков болезни Рейно—характерен и для спонтанной гангрены, особенно у молодых людей,—Оппель отождествляет эти два заболевания и заявляет, что б. Рейно является ничем иным, как „женским эквивалентом надпочечникового артериоза“. По его мнению, оба заболевания представляют два вида гипердреналиемии, причем б. Рейно чаще встречается у женщин, а спонтанная гангрена—у мужчин.

Сам Рейно симметрическую гангрену считает вазомоторным неврозом центрального происхождения, результатом чего является расстройство иннервации

сосудов. Последнее обстоятельство в силу спазма сосудов ведет к нарушению циркуляции крови в мелких, а иногда и в крупных артериях. Побледнение (syp-core), а в последующей стадии и посинение пальцев (asphuxia) обуславливаются именно сокращением артерий, тогда как вены остаются расслабленными, в силу чего создается обратный ток крови из крупных вен в мелкие, а затем и в капилляры.

Основываясь на широкой распространенности, симметричности и связи с целым рядом психических и функциональных нервных расстройств, Cassiger считает болезнь Рейно следствием заболевания центральных отделов автономной нервной системы (состояние повышенной возбудимости центров вазоконстрикторов). Впрочем, заболевание и ниже лежащих центров и путей симпатической нервной системы, по его мнению, тоже может вызвать симметрическую гангрену. Поленов на б. Рейно смотрит как на расстройство местного трофизма невропатического характера. В таком же приблизительно духе высказывается, как я уже отметил выше, и большинство других авторов, так что нет особой необходимости входить здесь в подробный разбор этого вопроса.

Клиническая картина б. Рейно очень характерна, и по классическому описанию автора развитие заболевания может быть разбито на три стадии. Первой стадией характеризуется периодическим (пароксизмальным) наступлением вазомоторных и ряда чувствительных расстройств в области дистальных отделов (пальцы) верхних или нижних конечностей. В силу местного стаза пальцы бледнеют, принимая восковую окраску, и становятся холодными. В других случаях они синюют или приобретают дианотичную окраску. Чувствительные расстройства при этом сводятся к разного рода парестезиям в пораженных отделах: чувство онемения, обморожения, иногда ощущение „мертвого пальца“ и пр. Передко эти явления сопровождаются также болями.

Патогномоничным является симметричность поражения. Через известный промежуток времени—различный в отдельных случаях—все явления могут исчезнуть с тем, чтобы затем появиться вновь.

Во втором стадии к перечисленным явлениям присоединяются боли, порой достигающие невыносимых степеней, и целый ряд трофических расстройств в пораженных отделах конечностей: покраснение пальцев, появление поверхностных фликтен с серозно-гнойным экссудатом и пр. Наконец, наступает третья стадия—стадия потемнения, почернения и гангрены кончиков пальцев, которые постепенно начинают отторгаться.

Описанная мной клиническая картина не претендует, разумеется, на исчерпывающую полноту и является лишь схематическим наброском той многообразной формы заболевания, которая известна нам под названием болезни Рейно. Большого внимания заслуживают в настоящее время вопросы хирургического лечения этого заболевания, на чем я и позволю себе остановиться несколько подробнее.

Недалеко то время, когда хирурги не обладали способами оперативного воздействия на периферические сосуды. Эта возможность появилась лишь с того времени, как начала развиваться хирургия периферической нервной системы. Со времени последней империалистической войны операции на периферической нервной системе получили особенно широкое размах, тогда как за несколько лет до этого они некоторыми представителями, напр., французской школы, квалифицировались даже как известный „авантюризм“ в хирургии (Поленов).

В настоящее время в арсенале хирургов имеется до десятка оперативных приемов на периферической нервной системе, при помощи которых можно вызвать резкое улучшение кровоснабжения (гиперемии и гипертермию) интересующего нас участка тела. Простой перечень этих операций представляется в следующем виде: 1—перивартериальная симпатэктомия (Jaboulay—Legiche), 2—алкоголизация перивартериальных сплетений (Разумовский, Назаров, Handley, Clinting, Страдынь),

3—смазывание стенки сосуда раствором аммиака (Lawwers), 4—перивервальная симпатэктомия (Negro), 5—перерезка на расстоянии иннервирующих сосуд нервов (Прокин), 6—перерезка *rami communicantes* (Leriche, Royle и Hunter, Brown и Adson), 7—удаление симпатических узлов пограничного ствола (Dietz), 8—невротомия (Молотков), 9—алкоголизация нервов (Negro, Разумовский, Лазарев), 10—замораживание нервов (Lawen), 11—растяжение нервов—*Nervendehnung* (Volkmann, Chirault), 12—эпинефрэктомия (Оппель) и др.

Как и бывает в подобных случаях почти всегда, это обилие предложенных операций не может не говорить о том, что здесь иногда больше увлечения и фантазии, чем действительного успеха. И уж во всяком случае оно указывает на наличие крупных пробелов в области наших представлений о патогенезе заболеваний типа *morbus Raynaud*. Многие из перечисленных операций вполне заслуженно обвиняются в недостаточной теоретической обоснованности, ибо они подчас построены на базе априорных суждений.

Практически важнее, однако, то обстоятельство, что большинство из этих операций является очень тяжелым вмешательством, далеко не во всех случаях оправдывающимся достигнутым успехом. Стоит взять хотя бы получившую довольно широкое распространение перивервальную симпатэктомию Leriche, чтобы убедиться в том, что она является определенно опасной операцией в виду тех осложнений, которые влечет за собой как непосредственно (разрывы стенок сосуда с последующим— иногда даже смертельным—кровоотечением), так и на более отдаленных сроках (Егоров, Оппель, Seifert, Рузайкин, Коган, Монашкин, Рабинович, Поленов, Мартынов, Kreuter и др.). Если же взять такие операции, как перерезка *rami communicantes*, удаление симпатических узлов пограничного ствола или же эпинефрэктомию Оппеля, то они нередко дают даже летальный исход, не говоря уже о довольно сомнительном успехе их в случаях благоприятного исхода самого вмешательства.

Не вдаваясь в подробности разбора всех предложенных операций, следует сказать, что они далеко не оправдывают того риска, которому подвергается при этом больной. Следовательно, не будет большим преувеличением сказать, что оперативное лечение болезни Рейно обречено на явную неудачу, и будущее в этом вопросе принадлежит несомненно консервативным мероприятиям. С этой точки зрения предложение проф. А. В. Вишневского лечить это заболевание новокаиновым блоком приобретает большое теоретическое и практическое значение.

Начиная с 1933 г., через нашу клинику прошло 4 больных с болезнью Рейно и одна больная с неясным диагнозом. Во всех случаях применения здесь новокаинового блока мы получили настолько хорошие результаты, что это дает, как нам кажется, полное право опубликовать их в печати, несмотря даже на малочисленность наблюдений. Приведу краткие выдержки из историй болезни.

1. Б-ой Павлов, служащий, 36 лет, ист. бол. № 235. Поступил в клинику 19/VI 33 г. с жалобами на постоянные, мучительные боли в указательном пальце правой руки и почернение кончика пальца. Боли иррадиируют от пальца по протяжению всей руки до плечевого сустава. Чувство постоянной ломоты имеется

и в левой руке, но в меньшей степени. Спать из-за боли может лишь урывками по несколько минут. Часто вскакивает с места и погружает больши палец в горячую воду, что несколько облегчает страдания. Очень часто, особенно после мытья рук прохладной водой или после волнения по какому-либо поводу, наступает резкое побледнение обеих кистей рук, переходящее затем в посинение пальцев. При ходьбе, а также перед ненастной погодой появляется сильная ломота в обеих ногах и головная боль. Указанные жалобы особенно обострились в последние 3—4 месяца. Покернение пальца появилось 3 недели тому назад. Больным считает себя около 7 лет. Много курит, алкоголем не злоупотребляет. Со стороны наследственности—ничего особенного. Объективно: Кончик указательного пальца правой руки омертвел, но демаркационная линия выражена слабо. Резкая болезненность при догрягивании. Обе кисти резко бледны. Кожа как на конечностях, так и на туловище бледная, с синюшным оттенком, сухая. На обеих нижних конечностях обращает на себя внимание чрезвычайная сухость кожи в множественные трещины между пальцами. Границы сердца нормальны, тоны слегка глуховаты. Пульс 82, ритмичный. Кровяное давление—100/80. Диагноз: morbus Raynaud.

23/VI. В верхний шейный симпатический узел справа введено 20 см³ раствора новокаина. К вечеру боли в руках стихли, и 6-ой крепко заснул. 24/VI. 6-ой заявляет, что впервые за ряд последних лет спал спокойно всю ночь. Боли совершенно исчезли. Кожа на конечностях стала почти нормальной окраски. Омертвевший кончик пальца ясно и резко отграничился от здоровых участков. Чувствует себя прекрасно. 1/VII. Чувствует себя очень хорошо. Омертвевший кончик пальца медленно отторгается. От прежних жалоб большого не осталось и следа. 3/VII. Произведен блок нервов поясничной области справа. 4/VII. Легкие боли в поясничной области. Никаких болей в конечностях. Бодрое состояние. Дожливый день—больной с радостью заявляет: „Какие мучения я переживал до сих пор при такой погоде, а вот сегодня с утра идет дождь, и я все-таки прекрасно себя чувствую“. 10/VII. Омертвевшие части пальца отторглись и гранулируют. 20/VII. 6-ой выпсан из клиники совершенно здоровым. Конечности приобрели за это время совершенно нормальную окраску. Трещины на ногах зажили. Сухость кожи—значительно меньше.

2. Б-ой В а р и н Я. И., 12 лет, учащийся, поступил в клинику 29/IX 34 г. с жалобами на несоротно сильные боли в пальцах обеих рук, почернение и невозможность активных движений этих пальцев. Боли настолько сильны, особенно по ночам, что мальчик совершенно не может спать и во время сильных припадков, скрючившись, бегает с громким плачем по коридорам клиники. Резкие боли и почернение пальцев появились неделю тому назад. До этого 6-ой замечал лишь периодически наступающую сильную зяблость, чувство похолодания и бледность пальцев обеих рук. Боли возникают в кончиках пальцев и распространяются до половины предплечья. Отмечает „одревяненность“ пальцев. Из перенесенных заболеваний указывает на малярию. Сообщает, кроме того, что у него иногда при быстрой ходьбе бывает сильное сердцебиение и одышка. Ввиду отсутствия родителей более подробных сведений собрать не удалось. Курит. *Объективно:* Мальчик по своему развитию соответствует возрасту. Бледен. Пальцы обеих рук находятся в полусогнутом положении. Активных движений нет, а попытки разогнуть или согнуть пальцы сопровождаются неизменным стоном и криком больного. Обе кисти резко бледны. Основания пальцев слегка синюшного цвета, а дистальные части II и III пальцев правой руки и I, II и III пальцев левой руки—почти черной окраски. На ощупь обе кисти и особенно пальцы совершенно холодны. Чувствительность резко нарушена. Пальцы ног без особых изменений. Кончик носа и ушные раковины холодны и бледны. Пульс на обеих руках прощупывается очень слабо. 4/X. Произведен интрукутанный новокаиновый блок через манжетку на уровне середины правого бедра. 5/X. Впервые за последние две недели крепко спал в течение всей ночи. Боли исчезли. Пульс стал прощупываться лучше. Почернение на кончиках пальцев перешло в синюшность, ладони и тыл обеих кистей почти нормальной окраски. Кисти и пальцы на ощупь стали теплее. Возможны активные движения в пальцах. 6/X. Ночь снова спал хорошо. Болей совершенно нет. Синюшная окраска становится меньше. Свободно сгибает и разгибает пальцы. 7/X. St. idem. 13/X. Новокаиновый блок повторен на уровне средним левого бедра. 15/X. Боли совершенно исчезли, синюшность пальцев тоже. Пальцы на ощупь теплы. Активная подвижность и чувствительность полностью восстановились. Кончики пальцев тоже нормальной окраски, но несколько плотноваты. Кон-

При объективном исследовании бросается в глаза резкая гиперемия кожи обеих стоп, усиливающаяся по направлению к пальцам. Стопы несколько припухли и горячи на ощупь. Резкой границы красноты не заметно. Болезненность настолько велика, что б-ая не дает даже дотрагиваться. *Art dorsalis pedis* хорошо прощупываются с обеих сторон. *Диагноз:* Erythromelalgia? Из-за отсутствия в области свободных коек большой прозвездки в амбулатории новоканонный блок нервов почечной области справа. 28/II. Большая пришла в амбулаторию и буквально заявила следующее: „Готова богу молиться на вас за то, что вы вылечили меня“. Обе ступни имеют совершенно нормальную окраску. Боли в ногах исчезли совершенно. В дальнейшем больная ушла из-под нашего наблюдения.

Приведенные случаи дают нам полное основание рекомендовать применение новокаинового блока при болезни Рейно как метод выбора. По безопасности, а также и по простоте выполнения в любой обстановке, он стоит неизмеримо выше всех тех оперативных вмешательств, которые до сих пор были предложены, результаты же лечения не оставляют желать ничего лучшего.

Литература: 1. Вишнявский А. В. Местное обезболивание по методу повязочного инфильтрата. Татиздат, Казань, 1933 г. 2. Сборник работ Хирургической клиники Казанского гос. мед. ин-та. Т. I. 3. Сборник трудов Хирургической клиники Казанского гос. мед. ин-та. Т. II.

Из Госпитально-хирург. клиники Каз. гос. мед. института
(дир. проф. В. П. Боголюбов.)

К клинике и патогенезу хронической инвагинации.

Асс. П. А. Гулевич.

Если клиника острой инвагинации, не представляющей эксквизитной редкости в работе хирурга, может считаться достаточно изученной, то этого нельзя сказать в отношении хронической инвагинации, встречающейся значительно реже.

Нужно отметить, что в отношении термина „хронический“ применительно к инвагинации не имеется договоренности у различных авторов, и им объединяются нередко случаи, протекающие от нескольких недель до нескольких месяцев и даже лет. Такое объединение не в интересах клиники и, с этой точки зрения, рациональнее различать подострые случаи от хронических, относя к последним лишь случаи, протекающие на значительном отрезке времени (месяцы и годы).

По De Larni, различают два вида хронической инвагинации: 1) стационарную, при которой инвагинат со времени своего возникновения все время продолжает оставаться „в ножнах“, и 2) хронически рецидивирующую, характеризующуюся перманентной сменой состояний инвагинации и спонтанной дезинвагинации. И та и другая формы могут протекать на значительном отрезке времени и в конце концов приводят либо к илеусу, либо к перитониту, либо к спонтанному выздоровлению, сопровождающемуся отхождением инвагината.

Этиологические моменты для хронической инвагинации те же, что и для острой. Но частоте на первом месте стоят опухоли, воспалительные процессы кишечной стенки, в особенности, слепой кишки, кровоизлияния, Меккелев дивертикул и т. д.

Клиническая картина отличается большой пестротой, что обуславливается разнообразием патолого-анатомических отношений, лежащих в основе каждого