

тельной железы, в число остальных входили больные с различными страданиями мочевого аппарата. В подавляющем большинстве случаев мы отмечаем полное совпадение результатов салициловой пробы с индигокармином. Низкие цифры остаточного азота, нормальное содержание индикана в крови всегда совпадали с хорошими результатами салициловой пробы. Отмечаются, однако, случаи несовпадения салициловой пробы с индигокармином в отдельных случаях в ту или другую сторону (на нашем материале 3 раза 6%). Это наводит на мысль о различном выведении указанных препаратов в почке. Возможно, здесь играют роль побочные экстраренальные факторы, влияние которых имеет немаловажное значение при исследовании больного.

С целью испытать возможность производства хромоцистоскопии салициловым натром нами был наполнен пузырь раствором *liq. ferris sesquichlorati* 1:1000, слабо желтая окраска которого не препятствовала производству цистоскопии. Несмотря на то, что предварительн. вычисления и постановка исследования в пробирке говорили за получение хороших результатов, исследование, однако, выявило непригодность этого метода. Мы получали постепенное, все увеличивающееся окрашивание содержимого пузыря, но отличая выделения окрашенной струи из устьев мочеточника.

Выводы: 1. Исследование салициловокислым натром, вполне отражая степень поражения почек, может быть рекомендовано в качестве функциональной пробы.

2. Проба является технически легко выполнимой и не влечет никаких побочных осложнений.

3. Салициловая проба при общем исследовании почек или при раздельном исследовании путем катетеризации вполне равноценна индигокармину.

4. Отрицательной стороной метода является невозможность производства хромоцистоскопии, в этом отношении индигокармин имеет большие преимущества.

О так наз. *tendovaginitis serpitans* у рабочих (металлистов ¹⁾).

А. И. Иванченко.

Доверенный врач Окредтрахкасы гор. Днепропетровска.

В заболеваемости рабочих различных отраслей нашего хозяйства профессиональные болезни занимают довольно видную роль. Поэтому изучение этиологических и способствующих моментов является необходимым условием для их профилактики и создания правильных условий труда и жизни. Болезни сухожильных влагалищ составляют одну из важных глав профвредности и социальной патологии, однако наши знания относительно происхождения и сущности тендовагинитов еще далеки от полного разрешения, и многочисленные работы по данному вопросу, появившиеся в последнее время как в иностранной литературе

¹⁾ В извлечении доложено в прениях на 3 Всеукраинском съезде хирургов 12 сентября 1928 года в гор. Днепропетровске.

(Frisch, Sattler, Hauck), так и в русской (Шугаев, Израильсон, Голяницкий и Оболенская, Коншин и др.) с убедительностью подчеркивают данное положение.

За период времени с 1/VIII 27 г. по 1/VIII-28 г. среди рабочих металлургических заводов Заднепровья (гор. Амур-Н/Днепровск), по материалу 3 и 5 раб. поликлиник гор. Днепропетровска, так называемые крепитирующие тендовагиниты наблюдались в количестве 29 случаев, что по отношению ко всей промышленной травме с потерей трудоспособности составляло около 0,6%. Если мы обратимся к анатомии сухожильных влагалищ кисти и пальцев, к клинике указанного заболевания и к патолого-анатомическим картинам, то название „тендовагинит“ для наших случаев не соответствует действительности.

В наших случаях заболевание локализовалось в области сухожилий разгибателей и сгибателей кисти, стопы и пальцев. При поражении разгибателей кисти и пальцев мы имели на тыле предплечья опухоль шириною 4—6 см. длиною 8—10 см., занимающую обыкновенно нижнюю треть предплечья, а иногда и часть средней и начинающуюся на 2—2¹/₂ см. выше линии лучезапястного сочленения; в некоторых случаях отмечалась еще опухоль в области метакарпальных костей. При активных и пассивных движениях кисти и пальцев наблюдалась резкая болезненность и крепитация в толще этих припухлостей. При поражении сухожилий сгибателей на плантарной поверхности предплечья отмечалась аналогичная картина: здесь также нижняя граница опухоли и крепитации начиналась выше лучезапястного сустава, а верхняя доходила до средней трети предплечья. При поражении сухожилий Ахиллова и общего длинного разгибателя пальцев стопы опухоль, боль и хруст констатировались на передней и задней поверхностях нижней трети голени. Таким образом, принимая во внимание анатомио-топографические данные, можно констатировать, что признаки заболевания локализовались в тех местах, где сухожилия совершенно лишены синовиальных влагалищ.

Согласно исследованиям v. Frisch'a и Mayer'a выше и ниже сухожильных влагалищ имеется рыхлая сосудистая соединительная ткань с эластическими волокнами—„paratenon“, которая сращена с верхней поверхностью сухожилий, так что при нормальных условиях никакого перемещения, трения между ними при движении не происходит. Окружая сухожилия на довольно значительном протяжении, от мышечного брюшка до синовиальных влагалищ, эта ткань продельвает одновременно с ними большие движения, отчего скорее создаются в ней условия для возникновения заболеваний.

Что это так, доказывают эксперименты Голяницкого и Оболенской с воспроизведением серьезных тендовагинитов, когда они, после одночасовой напряженной работы задних конечностей у 2 кроликов, получили макроскопически и микроскопически отечность в области паратенона и рыхлой соединительной ткани, окружающей сухожилие без каких-либо заметных изменений в сухожильных влагалищах. Поэтому всякие быстрые, однообразные и продолжительные движения сухожилий прежде всего травмируют „paratenon“ и вызывают в ней явления отечности и кровоизлияния. Образовавшиеся тогда экссудативные, фиброзные отложения и фибриллы трутся друг о друга при движениях и опухании, вызывая по ходу сухожилий, выше и ниже синовиальных вла-

галиц, крепитацию. Патолого-анатомические данные служат подтверждением подобных изменений. Так, Hauck и Frisch при микроскопическом исследовании находили инъецированные сосуды, крововизлияния в фасции, пропитывание всех тканей кровью, с массой круглых клеток, лимфоцитов, полинуклеаров и эозинофилов вокруг. Все сказанное заставляет считать наше заболевание за *paratenonitis crepitans*, а не за *tenovaginitis*.

Некоторые авторы видели локализацию заболевания не в сухожильных влагалищах, а между *fascia propria* поврежденных мышц и сухожилиями и главной фасцией конечности (Küttner, Frisch); на основании этого Küttner предложил назвать эту болезнь *metadesmitis crepitans*. Однако в пользу названия „*paratenonitis crepit.*“, помимо наших случаев, говорят и литературные данные. Так, Коншин на основании патолого-анатомических картин дает аналогичное определение 30 профессиональным заболеваниям у набойщиц махорочной фабрики; употребляет этот термин и Hauck; по всей вероятности и Шугаев на Ярославской махорочной ф-ке имел не тендовагиниты, а аналогичное заболевание, ибо признаки болезни наблюдались исключительно в нижней трети предплечий см. на 5 выше шиловидного отростка лучевой кости, где синовиальные влагалища отсутствуют.

По частоте поражения сухожилий отдельные мышцы в наших случаях располагаются так: 1) *mm. abductoris longi et extensoris brevis pollicis* (справа—14 раз, слева—6 и с обеих сторон—2)—22 раза, 2) *m. extensores digitorum communis dextrae*—2 раза, 3) *m. flexores digit. sublimis et profundus et m. extensores digit. communis sinistrae*—1 раз, 4) *m. flexores digit. sublimis et profundus dextrae*—1 раз, 5) *mm. extensores carpi radialis longi et brevis et mm. extensores digit. communis dextrae*—1 раз, 6) *mm. extensores digit. longi pedis sinistrae*—1 раз, 7) *m. Achillis sinistrae*—1 раз. Таким образом, больше чем в $\frac{2}{3}$ всех случаев *paratenonitis crepit.* были поражены мышцы большого пальца кисти, длинный отводящий и короткий разгибатель. Частоту поражения данной группы мышц отмечают многие авторы при серозных тендовагинитах. Так, Мангейм и Цыпкин имели их в 38 случаях из 44; Шнее во всех своих 6 случаях; Голяницкий и Оболенская у рабочих чаеразвесочной ф-ки; Шугаев у рабочих махорочной ф-ки; Бахрах у табачников. У нас из профессий наиболее подверженных заболеванию этих мышц оказались чернорабочие (7 чел.) и грузчики (3 чел.). Правая верхняя конечность была поражена 18 раз, левая 7, та и другая 2 раза, левая нижняя конечность 2; разгибатели кисти, стопы и пальцев 5 раз, сгибатели 2 раза. Значит, мы имеем явное преобладание верхней конечности над нижней (27:2), правой стороны над левой (19:10), разгибателей над сгибателями (5:2). Возраст больных колебался между 19 и 48 годами, причем большинство случаев (20) падало на 20—29 лет. Пол больных был мужской, за исключением одной женщины. Физически все больные были здоровые.

На 29 случаев *paratenonitis crepitans* мы имели 19 разных профессий, так что определить однородные производственные группы, среди которых распространено данное хирургическое заболевание, не представляется возможным. Большинство перед заболеванием выполняло сильно тяжелую однообразную работу, так, работа чернорабочих и

грузчиков характеризовалась выгрузкой лопатой до 2000 пуд. угля за 8 час., приготовлением бетонной смеси, подыманием, перевозкой на вагонетках и переноской на носилках больших тяжестей (8—10 пуд.); упаковщик железа и подручный котельщика производили до 6000 ударов молотком или кувалдой (вес 8—10 фунт.) по заклепкам, а рейфовщик до 6000 движений кистью для рейфовки лопат; вальц-токарь весь рабочий день сильно прижимал резец большим пальцем правой кисти, а рубщик листов производил до 10.000 взмахов ножом и т. д. Некоторые были вновь поступившие (4 сл.), еще не привыкшие и не приспособившиеся к новой работе, или рабочие со стажем после отдыха (7 сл.), когда отвыкшая от привычной работы мускулатура сразу после перерыва получала полную нагрузку. У 24 больных имелся ясно выраженный хруст во всех или некоторых больших суставах; ревматизм в анамнезе отмечался 18 раз, обострение его (припухание суставов, повышение t° и др.) в момент заболевания *paratenonitis crepit.* наблюдалось 4 раза; курортным лечением на грязях пользовались 3 чел., стационарным 1 чел., работа производилась под открытым небом, в холодное время года (октябрь—май месяцы) или в помещении с низкой t° (6 сл.).

Ревматизм клинически и анамнестически при наличии благоприятствующей низкой t° в момент работы свидетельствует о том, что в наших случаях *paratenonitis crepit.* имеется хроническая интоксикация, которая играет предрасполагающую роль в возникновении данного заболевания; эта интоксикация создает *locus minoris resistentiae* в „*paratenon*“, и при этих условиях различные механические инсульты, действуя на патологически измененную ткань, легче вызывают в ней травму со всеми клиническими проявлениями. Только отсутствием указанной хронической интоксикации (ревматизма) и можно объяснить тот факт, что не у всех рабочих, которые по условиям профессионального труда выполняют равную с заболевшими работу, появляется ясно выраженный *paratenonitis crepitans*. Возможно, что у таких „непредрасположенных“ рабочих одни механические причины (быстрота движений, продолжительность их, напряженность мышц и т. д.) давали неясно выраженную клиническую картину указанного заболевания, отчего оно оставалось незамеченным и быстро проходило, вызывая чувство ломоты и неопределенные боли. Такую возможность подтверждают наши случаи (3), где в первые дни болезни отмечались указанные жалобы, а потом, как у „предрасположенных“ в виду наличия ревматизма, у них развилась полная картина *paratenonitis crepitans*. Таким образом на основании сказанного мы приходим к заключению, что наши случаи *paratenonitis crepitans* с точки зрения этиологической носят смешанный характер: здесь участвуют как эндогенные причины (ревматизм), так и механические (травма).

Лечение сводилось у нас к абсолютному покою поврежденной конечности через наложение шинки; в случаях совпадения с обострением ревматизма еще дача внутрь салицилатов. Потеря трудоспособности продолжалась 5—10 дней; рецидивов не наблюдалось. Начиналось данное заболевание в большинстве случаев остро, внезапно, во время работы, в середине или в конце рабочего дня, появлялись припухлость и незначительные боли по ходу сухожилий, а затем хруст, жгучая боль и полная невозможность движений конечностью.

Выводы, которые мы можем сделать на основании разбора своих случаев, следующие: 1) согласно анатомо-физиологических и клинических данных у рабочих металлистов Заднепровья наблюдались не *tendovaginit'ы* а *paratenonit'ы crepitans*;

2) *paratenonitis crepitans* присущ всем тем профессиям, при которых возможно применение быстрых, однородных и однообразных трудовых движений;

3) замечается большая склонность к данному заболеванию у новичков и у рабочих со стажем после перерыва;

4) правая половина тела поражается чаще левой, разгибатели чаще сгибателей;

Эти выводы позволяют наметить и некоторые профилактические мероприятия: а) более культурное и рациональное ведение условий труда пользуясь и применяя различные технические приспособления; б) не допускать сдельщины в однообразной продолжительной работе, особенно для новичков и вернувшихся из отпуска, для которых ввести постепенное увеличение норм выработки; в) борьба с социальным злом—ревматизмом, принимающим участие в этиологии *paratenonitis crepitans*.

В заключение считаю приятным для себя долгом искренно поблагодарить врачей Е. А. Павловского, К. М. Лядского, Е. Г. Лубенского и С. Старцеву за содействие в сборании материала.

Литература. 1. E. Sattler. Arch. f. klin. Chir., Bd. 123, 1923.—2. Frisch Ibid. Bd. 89, 1909.—3. Hauck. Ibid. Bd. 128, 1924.—4. Hauck. Ibid. Bd. 138, 1925.—5. Zollinger. Ref. Ort. и травм. № 5—6, 1927 г.—6. Мангейм и Цыпкин. Белорусск. мед. мысль, № 2—3, 1924 г.—7. А. Я. Шнее. Московск. мед. журн. № 6, 1924.—8. А. И. Оболенская и И. А. Голяницкий. Нов. хир. № 1, 1927 г.—9. З. Израильсон. Гигиена труда, № 5, 1927 г.—10. Н. Д. Коншин. Нов. хир. № 5, 1927 г.—11. Н. К. Сопнин. Руководство по топографической анатомии.

Из Факультетской хирургической клиники Каз. у-нта (Директор—проф. А. В. Вишневецкий).

Местная инфльтрационная анестезия при операциях удаления фибром основания черепа.

И. В. Домрачева.

(С 2 рис.).

Опухоли носоглоточного пространства (фибромы основания черепа) вследствие своего положения, недостаточности путей для доступа к ним и сильных кровотечений при их удалении в оперативном отношении до сих пор считаются сложными и трудными. Предложен целый ряд способов их удаления с предварительными операциями для доступа к ним. В настоящем сообщении я не буду вдаваться в рассмотрение и оценку всех этих способов, ибо они общеизвестны. Укажу только, что в борьбе с кровотечениями хирурги не останавливались даже перед такой героической мерой, как перевязка сонных артерий. Кроме предварительных способов остановки кровотечения, некоторые авторы предлагают различные способы остановки кровотечения в момент самой операции после отсечения ножки. Проф. Разумовский просто предлагает прижимать