

погибших от тяжелых заболеваний, изменения в коже выражены гораздо слабее, чем у живых людей. Можно себе также представить, что разница в степени проявления реакции обусловлена различной возбудимостью кожи, зависящей от того или иного состояния нервной или эндокринной системы. Ведь общеизвестно, что некоторые субъекты обладают крайне повышенной возбудимостью сосудистых реакций и наоборот. Только на основе такой предпосылки можно понять тот единственный случай в нашем материале, где кожная реакция отсутствовала вовсе: очевидно, здесь либо уловлена фаза относительного функционального „покоя“ органа, либо данный организм обладает вообще пониженной возбудимостью своих ответных реакций.

Итак, мы приходим к нашему второму выводу: *на основе чистой морфологии (в данном случае находке периваскулярных инфильтратов) не всегда можно делать обобщающие выводы о характере изменений.* С этой точки зрения надлежало бы произвести переоценку находимых в порядке каждодневного исследования гистиоцитарных инфильтратов в различных органах: в Глиссоновой сумке печени, интерстициальной ткани почек, перибронхиальной ткани и мн. др. местах. *А отсюда уже вытекает то умозаключение, что существующее в литературе мнение (Лукомского и др.) о специфичности и воспалительной природе сосудистых изменений в здоровой на вид коже сифилитиков является неправильным. Эти изменения являются принадлежностью каждой здоровой кожи и являются, очевидно, показателем нормальной функции данного органа.*

Литература: 1. Павлов Т. П. Больничная газета Боткина, №№ 14, 15, 16, 17, 1895 г. — 2. Павлов Т. П. Больничная газета Боткина, № 42—46, 1897 г. — 3. Фридман Е. Ф. Больничная газета Боткина, № 47—49, 1899 г. — 4. Иванов В. В. Диссертация, 1900 г. С. П. Б. К учению о гистологич. строении сифилидов кожи кондиломатозного и гуммозного периодов. — 5. Каршин. Диссертация. 1907 г. К вопросу о патолого-гистологических изменениях в здоровой на вид кожи у сифилитиков. — 6. Лукомский П. Е. Клинич. мед., 1928 г., № 14, т. VI.

(Из хирургического отд. Пензенской советской больницы. Зав. профессор Н. М. Савков).

К вопросу о моментах, способствующих возникновению послеоперационной пептической язвы тощей кишки.

Доктор А. И. Левков.

Несмотря на большое количество работ по вопросу о пептической язве тонкой кишки, последняя до настоящего времени не потеряла своего актуального значения и интереса.

Пептическая язва является одним из грозных осложнений желудочных операций. Наш материал составляет по хирургическому отд. Пензенской больницы 1382 операции, произведенных по поводу язвы желудка и 12-типерстной кишки. Из них 1254 операции приходится на г.-э. и 128 на резекцию желудка. На это количество операций до последнего времени мы имеем 20 случаев послеоперационных пептических язв.

Из предыдущих работ проф. Н. М. Савкова из нашей больницы видно, что % послеоперационных плохих результатов после г.-э., куда входят также и п. п. я. тонкой кишки, равняется 18%—20%. Наблюдения последних лет заставляют % этот повысить. Рецидивы болезни наступают нередко через несколько лет после операции, после длительного многолетнего удовлетворительного состояния больных. Под влиянием лечения эти рецидивы временно затихают и нередко вновь возникают в более резкой форме. Таким образом, заживление язвы в некоторых случаях несмотря даже, как показали наши послеоперационные наблюдения, на улучшение секреторной работы желудка и правильно функционирующее соустье, проверенное рентгеном, вновь дают о себе знать болезненным симптомокомплексом. При наступлении неблагоприятных условий бытового и социального характера язвы, как показали нам наши наблюдения, имеют тенденцию к обострению. В этом заключается несовершенство операции г.-э.

Имея после г.-э. значительное количество — 18—20%—послеоперационных осложнений вообще и 20 п. п. я., в частности, мы за последние годы отказались от г.-э., как операции выбора, и перешли к резекции желудка; г.-э. применяем только при язвах 12-типерстной кишки, но и здесь постепенно сходим с прежней позиции в выборе метода операции. Отсутствие единого метода оперативного вмешательства при язве желудка находится, несомненно, в зависимости от невыясненной до настоящего времени этиологии данного заболевания.

В литературе приведен достаточный цифровой материал п. п. я. после г.-э. В 1926 году по сборной анкете проф. Соколова из клиники проф. Гессе насчитывалось 165 случаев. В настоящее время эта цифра должна, несомненно, быть повышена. Судя по литературным данным и сообщениям отдельных медицинских обществ и хирургических съездов, как русских, так и зарубежных, почти все п. п. я. были после г.-э. и лишь единичные случаи после резекции. Из иностранных статистик мы приведем цифру п. п. я., собранных профес. Flörekem'ом из 22-ти германских хирургических клиник: к 1926 году им приведено 270 п. п. я., из них 225 после г.-э. и после резекции по В. П. Процент п. п. я., судя по проведенным цифрам, колеблется у отдельных хирургов от 0,3 до 16,8%. Количество же п. п. я. после резекции желудка выражено лишь единицами. Больше всего приведено их проф. Габберером. В нашем распоряжении в этом отношении имеется сборный цифровой материал проф. Starlinger'a, приведенный в 1927 году. Он составляет, включая сюда, повидимому и случаи п. п. я. после резекции желудка, приведенные проф. Flörekem'ом—82 п. п. я. тощей кишки. К настоящему времени цифру эту, конечно, необходимо увеличить, приблизительно до 100 случаев. Русских сообщений по этому вопросу почти нет, за исключением единичных случаев. Наиболее безупречным способом резекции является до сих пор В. I., но все-таки и эта физиологическая операция дает п. п. я. Рецидивы после В. I. носят все таки случайный характер. Их, конечно, гораздо меньше, чем после менее физиологичной операции В. П. Но и здесь цифра п. п. я. носит скромный характер в сравнении с г.-э. Каковы же причины, способствующие возникновению п. п. я. тощей кишки? Как мы уже указали, точно установленной этиологии язвы желудка и 12-типерстной кишки до сих пор мы

еще не имеем. Все теории, построенные на одном лишь эксперименте, без учета социально-бытовых и производственных факторов, не привели к окончательному установлению причины возникновения язвенного процесса. На основании огромного количества б-х, прошедших через нашу больницу, мы останавливаемся на нервно-спастической теории, как наиболее вероятной в данной патологии. Не исключена возможность, конечно, воздействия и других причинных моментов, например, травмы, расстройства кровообращения в определенном отделе желудка. Но нервный фактор, с нашей точки зрения, является преобладающим в данной патологии. На почве спазмов желудочной мускулатуры, в зависимости от расстройства обычно координированной в норме деятельности Vagus Symпатической системы получается неправильно повышенная работа мускулатуры желудка с последующей ее гипертрофией. Иногда спастическое состояние желудочной стенки и некоординированная работа мускулатуры желудка и привратника может дать очень сильные боли, которые особенно увеличиваются к моменту появления органического страдания в том или ином отделе желудка. Проф. И. И. Греков в своих работах придает огромное значение спазмам желудочной стенки, особенно привратника, как причинному моменту при образовании язвы желудка. За основу этиологии язвы желудка он ставит болезненный пилороспазм в зависимости от рефлекторных влияний, идущих с разных точек брюшной полости, в частности — с Баугиниевой заслонки.

Иногда привратник бывает в таких случаях столь изменен, что при операции его можно принять даже за новообразование. Клинические наблюдения показали нам, что почти одновременно со спазмом привратника, под влиянием застоя пищевых масс, начинает изменяться и кислотность желудочного сока, в большинстве случаев в сторону ее увеличения.

Застаивающиеся в желудке кислотные массы способствуют в свою очередь, травматизации его стенки, особенно слизистой оболочки, вызывая изъязвление желудочной стенки. Как видно из вышеуказанного, наше отделение придает неправильной эвакуации желудка наибольшее значение в патогенезе язвы желудка. Кислотность играет в данной патологии, по нашему наблюдению, лишь второстепенную роль. Неоднократно мы видели типичные картины язв желудка и 12-типерстной кишки с резкими болями, где операция подтверждала нашу язвенную диагностику. Тем не менее кислотность желудка не представляла значительных отклонений от нормы. Наши наблюдения подтверждают, что если той или иной операцией мы вносим изменение в смысле улучшения моторных сил желудка, — наша операция даст эффект. В противном случае, мы будем иметь или незаживление язвы, или образование п. п. я. Правильно наложенное соустье имеет большое значение для улучшения последующей послеоперационной эвакуации желудка. Но не менее важной является и функция привратника. Поэтому, и при правильно наложенном соустье, если работа привратникового отдела желудка будет неудовлетворительной, наличие п. п. я. всегда может иметь место.

Это подтверждено и нашими наблюдениями, когда привратник был сужен рубцующейся язвой, соустье же свободно пропускало 2 пальца.

Объяснить патологию язвы только неприспособленностью тощей кишки к новым условиям с нашей точки зрения неправильно, т.-к. п. п. я. образуется и при г.-э. с короткой петлей, казалось бы, наиболее при.

способленной к кислому содержимому желудка. Несомненно, близлежащей к 12-типерстной кишке участок тонкой кишки будет наиболее устойчив к влиянию кислот желудка, тем не менее гарантий от образования в послеоперационном периоде п. п. я. не дает. Значения неправильной секреции в патологии п. п. я. мы, конечно, не отрицаем. Только не даем этому фактору, как указали выше, решающего значения. Четыре п. п. я., оперированные в нашей больнице, были с повышенной кислотностью, 14—с нормальной и 2—даже с пониженной кислотностью.

По времени возникновения с момента первой операции они идут в таком порядке: три случая п. п. я. появились через полгода после операции, пять—от полгода до 1 года, пять от одного года до 2-х лет, четыре от 2-х до 3-х лет, четыре от 3-х до 11-ти лет.

15 п. п. я. появились после предварительно произведенных операций по поводу язвы привратника и 12-типерстной кишки, что стоит в связи также с неправильной эвакуационной работой желудка. При наличии плохой разгрузки желудка и неприспособленности кишки к новому, созданному после г.-э. условиям, появление п. п. я. может иметь всегда место. Появление п. п. я. в скором времени после г.-э. понятно из вышеприведенного. Каким же образом можно объяснить себе более позднее появление п. п. я.?

Во-первых, надо считаться в некоторых случаях с латентным состоянием язвы, не дающей, по крайней мере, на первых порах, резких болезненных симптомов. Мы имеем случай, когда обнаруживали язву желудка (3 случая) случайно при чревосечениях, при чем язва не проявляла себя никакими симптомами. В нашем отделении были оперированы 2-е больных с перфоративными язвами в молодом возрасте, у которых до самого последнего момента операции не было ни малейших болезненных явлений. Обратимся к нашим случаям позднего появления п. п. я. 3 язвы были от 3-х до 11-ти лет. Во всех этих случаях кислотность и до и после операции была, приблизительно, в пределах нормы, нормальной была она и к моменту второй операции. Желудки у всех трех больных были сильно расширены, привратник сужен на половину, благодаря поджившей язве, соустье было наложено вдаль от привратника и не совсем неправильной формы,—особенно у двух б-х, что имело значение для неправильной разгрузки желудка. Все эти условия и были, с нашей точки зрения, причиной появления п. п. я.

Только-что приведенные цифры кислотности в большинстве п. п. я. не дают нам права придавать секреции желудочной стенки решающее значение в патологии п. п. я., а за решающий момент—считать неправильную эвакуацию.

Локализация язвы: в 11-ти случаях на кишке, недалеко от соустья, 8 раз на отводящей, 3 раза на приводящей, 9 раз на передней стенке кишки и 3 раза на задней: действие механического фактора—непосредственного удара пищевых масс в переднюю стенку кишки—налицо.

Операция при п. п. я. в большинстве случаев состояла у нас в резекции желудка с прилежащим отрезком тонкой кишки. 3 раза применили с хорошим результатом операцию по способу Успенского.

В заключение, мы должны констатировать, что г.-э. в любой ее модификации дает большой % послеоперационных п. п. я., и, как операция выбора, при язве желудка и 12-ти п. к. должна быть оставлена.

Нет, конечно, полной гарантии и в резекции желудка, но % п. п. я. при ней стоит неизмеримо ниже.

В заключение приношу искреннюю благодарность заведующему хирургическим отделением больницы, моему учителю профессору Н. М. Савкову за предоставленную тему и постоянное руководство в работе.

ИСТОЧНИКИ.

- 1) С. И. Спасокукоцкий. Повторные операции на желудке (новый хирургический архив, том III, книга 1).
- 2) Я. О. Гальперн. Причины рецидивов после операции при язве желудка. (Новый хирургический архив, том III).
- 3) С. Е. Соколов. Послеоперационные п. я. тонкой кишки. (Новый хирургический архив за 1926 год).
- 4) Н. М. Савков. К методу оперирования 6-х с язвой ж-ка и 12-п. к. Журнал современной хирургии, том III.
- 5) N. Floerken. Beiträge zur Entstehung u. Therapie des u. p. j. nach Magenoperationen.

(Из Хирургической клиники Казанского медицинского института. Директор проф. А. В. Вишневский.)

Новокаиновый блок нервов при чешуйчатом лишае.

Доктор Н. Ф. Рупасов.

Для лечения чешуйчатого лишая предложено много средств медикаментозного характера в форме мазей, настоек и т. п. За последнее время применяется иногда с успехом внутривенное вливание неосальварсана.

Однако, несмотря на это, во многих случаях перечисленные выше способы лечения желаемых результатов не дают, и больные, продолжая страдать многие годы, вынуждены мириться со своей участью постоянных носителей этого заболевания.

Возможность лечения ч. л. хирургическим путем была мною выявлена случайно.

В 1926 г. у больного Ф., 58 лет, мною была удалена липома, расположенная справа в нижней части живота, величиною с головку новорожденного. Ф. страдал 12-летней давности чешуйчатым лишаем, настолько распространенным, что лишь только лицо оставалось несколько свободным от поражения.

Операция—амбулаторно. Местная инфильтрационная анестезия 1/4% новокаина. Для удаления опухоли произведены два разреза по 18 сант. длиной, до апоневроза. Опухоль вылучена, рана зашита наглухо.

На 8й день после операции больной явился в отделение для снятия швов, при чем мною было отмечено, что отдельные бляшки значительно подсохли. Больной указывает на усиленное шелушение после операции.

По нашей просьбе Ф. в течение месяца ежедневно показывался. Процесс резкого регрессировал, остались несколько пораженными лишь „излюбленные“ места (локоть, колено).

Через два месяца после операции не осталось и следа ч. л.

Заинтересовавшись таким неожиданным благоприятным исходом, я решил еще раз испытать лечение ч. л. хирургическим путем.

Случай вскоре представился.

Больная женщина, 28-ми лет, крестьянка, крепкого телосложения, не замужняя, замуж не пошла из-за болезни ч. л., ибо последняя не поддавалась лечению в течение 15 лет. Произведено под местной инф. анестезией 1/4% раствором новокаина два разреза по передней брюшной стенке, т. е. приблизительно там же и так же, как и в первом случае. Заживление раны—первичное. Через две недели