

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 внутритривное 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. длиною, 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

усиленно отпадают чешуйки, при чем на их месте новые уже не появлялись. К концу второго месяца остались лишь кое-где отдельные бляшки.

Таких наблюдений у нас было 16. Больные были в разных возрастах — от 8-ми до 38-ми лет, среди них один мужчина, остальные женщины. Все — крестьяне, за исключением одного учителя, имевшего сравнительно свежий процесс. Этот больной заболел всего 4 месяца до операции (страдал универсальным ч. л.), при чем у него было поражено и лицо, и волосистая часть головы, не говоря уже о других частях тела. Болезнь настолько угнетала больного своим постоянным развитием и безуспешностью терапевтических мероприятий, что на этой почве у него развилось психическое расстройство.

В отношении техники операции мы должны заметить, что обычно производились разрезы длиною в 15—20 см. сразу до глубокой фасции, под местной инфильтрационной анестезией; интрадермальный желвак шириною до 3 см. Расходовалось до 100 к. с. $\frac{1}{4}\%$ новокаина. Разрезы производились в различных частях тела (на спине, на животе, на конечностях), чаще — два разреза, параллельные друг другу — на расстоянии 3—5 см. один от другого. Вначале выбирались места чистые от ч. л., дабы разрез не проходил через места поражения, но в дальнейшем и этого не придерживались. После перевязки сосудов рана зашивалась. На этом и заканчивалась операция. Заживление первичное, лишь в одном случае — нагноение.

Итак, влияние оперативного вмешательства на течение болезненного процесса обычно отмечалось нами со второй недели. Начинается оно с подсыхания бляшек, при чем имевшиеся свежие очажки становятся бледными, вялыми, отдельные бляшки уменьшаются в диаметре, происходит усиленное отпадение чешуек, расстояния между участками поражения становятся все больше и больше. Процесс заметнее и быстрее регрессирует на волосистой части головы, спине, позднее — конечностях.

К трем месяцам кожа почти совершенно очищается, местоположение разрезов роли не играет.

У всех 16-ти больных, подвергшихся оперативному вмешательству, ч. л. прошел.

Важен вопрос в отношении рецидивов; 5 больных находились под наблюдением более 5-ти лет, не имея рецидива, одна больная имела рецидив, но в несравненно меньшей степени, чем было до операции, у нее процесс возобновился через год лишь на конечностях (колени, локоть — разгибательная поверхность). Остальные случаи из наблюдения исчезли.

Все эти наблюдения были мною сделаны во время моей работы на участке в Мариобласти (с. Оршанка). О них мною было сообщено на хирургич. секции Казанского о-ва врачей в заседании 20 марта 1929 года.

Просматривая литературу, я встретил лишь одно аналогичное сообщение — проф. Джанелидзе (протокол заседания хирург. о-ва Пиротова, 1927 г.), который имел в 4-х случаях лечение ч. л. разрезами. По его мнению, вид анестезии роли не играет.

В 1930 г. я начал свою работу в клинике проф. А. В. Вишневского, которому и сообщил о своих наблюдениях над хирургическим способом лечения ч. л.

В это время в клинике разрабатывались способы лечения трофических язв конечности новокаиновым блоком нервов.

Проф. А. В. Вишневский предложил мне попробовать сделать при ч. л. одни инъекции новокаина без разрезов, считая, что это одно, вероятно, будет достаточным, чтобы получить положительный эффект.

Мы испробовали и это в нескольких случаях.

Больная—врач, не замужняя, страдает ч. л. несколько лет, безуспешно лечилась в г. Казани. Ч. л. у нее располагался на голени, участки поражения разбросаны в неправильном порядке. Ей произведена интракутанная инъекция 1/4% новокаина (в рингеровской жидкости, видоизмененной нашей клиникой), замыкающая участок поражения вокруг. Далее, через первичный кожный желвак, произведены инъекции и под кожу по той же линии до апоневроза, всего около 100 куб. см. раствора. Результат и здесь получился положительный.

После этого мы имели еще 9 случаев: 5 мужчин и 4 женщины—с большими поверхностями поражения ч. л.; у них желваки закладывались в разных местах, и оказывается, что процесс регрессировал так же, как и при разрезе.

Клиническое течение в отношении обратного развития участков поражения ничем существенным не отличается от такового же при разрезе.

Во всех случаях после инъекции раствора был эффект.

Два случая очень трудно поддавались лечению раствором. В одном случае (мужчина) через год процесс вновь появился, но однократная инъекция быстро оказала благоприятное действие, и здесь процесс прошел.

Цель настоящего сообщения дать возможность товарищам проверить наши наблюдения на большем материале. Несомненно, что этот метод нуждается в дальнейшей разработке. Пока же можно предположить, что и здесь новокаиновые вливания как-то воздействуют на нервную систему, меняя неблагоприятную установку ее в отношении трофики тканей.

Обстоятельство это нас особенно интересует, как одно из звеньев разрабатываемого нашей клиникой вопроса о лечении трофических язв вливаниями новокаино-рингеровской жидкости.

(Из Биохимической лаборатории при Ленинградском Институте хирургической невро патологии. Завед. д-р Е. О. М а н о й л о в).

Влияние невротомии на микрофлору хронических незаживающих язв.

(Предварительное сообщение).

Д-р О. В. Шамарина.

Принципиальный вопрос о способности бактериальной клетки изменяться под влиянием тех или других условий надо считать работами последних 25 лет разрешенным в положительном смысле. Так, бакт. группы *colityphus* под влиянием бактериофага *in vitro* легко превращаются в лактозе в дефективные штаммы, часто с пониженной активностью, как в отношении сахаров, спиртов, так и индола-образования, дают резко слизистые, абсолютно отличные от исходной культуры колонии. Аналогичное явление удалось наблюдать при действии невротомии на коки типа *enterococci*.