

же благотворно отразилось на отдаленных результатах. У 2 припадки после операции прекратились через 1,5 года, в течение которых они были редкими и легко протекали. У 3 после операции наступило значительное улучшение, заключающееся в уменьшении частоты припадков до 1 раза в 6—8 месяцев. Изменился и характер припадков. Так, у 2 больных вместо общих припадков появились парциальные. У 5 больных оперативное вмешательство оказалось безуспешным. Они оперировались на поздних сроках от начала припадков (4—8 лет). Этим больным не иссекались мозговые рубцы ввиду их большой распространенности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бабчин И. С. VII сессия нейрохирургического Совета, 1947. — 2. Оморков Л. И. Журн. невропат. и псих. им. Корсакова, 1941. — 3. Рохлин Л. Травматическая эпилепсия, М., 1948.

Поступила 10 июня 1960 г.

## ДВА СЛУЧАЯ БОЛЕЗНИ БАРРЕ — МАССОНА

Р. К. Павлов

Факультетская хирургическая клиника (зав. — проф. С. Л. Либов) Куйбышевского медицинского института

В 1920 г. Барре впервые сообщил об одном больном, страдавшем каузалгическими болями, связанными с подногтевой опухолью на кисти. 4 года спустя Барре опубликовал 4 наблюдения таких опухолей. Массон произвел подробное гистологическое исследование этих опухолей и установил их происхождение из сосудистых клубочков кожи. С тех пор они получили название опухолей Барре — Массона.

Опухоли гломуса относятся к ангиоминевромам и, в зависимости от соотношения составных элементов, делятся на ангиоматозные, нейроматозные и дегенеративные формы.

Болезнь развивается постепенно, прогрессивно. Сначала появляются умеренные, тупые боли в пальце, интенсивность которых постепенно нарастает; затем боли становятся постоянными, усиливаясь при малейшем движении руки, при случайном прикосновении большого пальца к различным предметам. Усиление болей носит характер приступа в течение нескольких минут, иногда и больше.

Боли имеют острый характер, иррадиируют в кисть, предплечье, плечо. Иногда больные отмечают иррадиацию болей в область сердца, по характеру близких к стенокардии. В дальнейшем приступы болей возникают спонтанно, часто в ночное время. Интенсивность их достигает крайних степеней. Через некоторое время после болей больные совершенно отчетливо определяют болезную точку, связанную с локализацией опухоли. От холода боли резко усиливаются. Местно при длительном заболевании наблюдаются истончение и глянцеvitость кожи пальца, который оказывается несколько тоньше, чем одноименный палец на другой руке. При локализации опухоли под ногтем в области основания его ложа на пальце можно видеть участок с легким цианотическим оттенком. При расположении опухоли в области мякоти пальца ее локализация обычно устанавливается определением болезненной точки надавливанием на палец пуговчатым зондом. Почти всегда больной испытывает страх при исследовании больного пальца и не разрешает прикоснуться к болезненному месту. В ряде случаев при большой длительности заболевания некоторые авторы наблюдали остеопороз фаланги большого пальца. Единственным способом излечения является иссечение опухоли.

И. М., 55 лет, поступила 21/I-59 г. с жалобами на сильные постоянные боли в области ногтевой фаланги второго пальца левой кисти. Считает себя больной около 7 лет, когда без видимых причин начала чувствовать боли в этом пальце. Сначала они носили нерезкий, колющий характер, усиливались при малейшем прикосновении. В дальнейшем приняли почти постоянный характер и стали нетерпимыми в ночное время, в связи с чем больная лишилась сна и покоя. Вначале боли успокаивались раствором поваренной соли, теплом. Затем и тепловые процедуры больше не помогали.

Впервые обратилась только 21/I-59 г. к врачу, который и диагностировал болезнь Барре — Массона.

На ладонной поверхности второго пальца левой кисти в области ногтевой фаланги едва заметная припухлость на ограниченном месте. Кожа в этом месте глянцевита с цианотическим оттенком. Больной палец заметно тоньше одноименного пальца правой кисти. При легком надавливании на припухлость больная испытывает острую, жгучую боль с иррадиацией в левое предплечье. На рентгенограмме костных изменений не обнаружено.

**Операция.** Обнаружена опухоль белесоватого цвета, сферической формы, которая хорошо ограничена от окружающих тканей капсулой. Местами тупо, местами остро выделена и удалена опухоль шаровидной формы, величиной с горошину, с гладкой поверхностью и плотно-эластической консистенцией.

После операции болей в пальце нет. Свободно выполняет домашнюю работу.

Рецидивы болезни Барре — Массона крайне редки. В доступной нам литературе мы не нашли подобных случаев. С этой точки зрения представляет интерес второе наше наблюдение.

П. У., 42 лет, поступила 11/VI-59 г. Больна с 1950 г., когда впервые стала замечать в области тыла второго пальца правой кисти боли, которые нарастали и принимали постоянный характер. В начале 1953 г. диагностирована болезнь Барре — Массона, по поводу чего произведена операция. Некоторое время после операции боли не появлялись. Затем они появились вновь. Применялись грязелечение, физиотерапевтические процедуры, но улучшения не наступило. Боли приняли жгучий характер, что заставило больную вновь обратиться к врачу. При осмотре в области тыльной поверхности второго пальца правой кисти концевой фаланги послеоперационный рубец длиной в 1 см. Через ноготь в ограниченном участке просвечивает образование с цианотическим оттенком диаметром 3 мм. При ощупывании этого образования пуговчатым зондом — резкая болезненность с иррадиацией болей в кисть. Движения пальца не ограничены, но больная шадит палец.

**Операция.** После анестезии по Оберсту удален ноготь. В основании ногтевого ложа белесоватая опухоль, которая и удалена. После операции боли в пальце исчезли.

В обоих наших случаях диагноз подтвержден гистологически.

Опухоли гломуса относятся к доброкачественным, они растут медленно и не дают метастазов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Блох М. И. Арх. патанатом. и патофизиол., 1941, 2. — 2. Гейман М. С. Хирургия, 1951, 12. — 3. Марьян С. Д. Хирургия, 1952, 7. — 4. Овчинский Н. Н. Хирургия, 1958, 12. — 5. Патебусов А. С. Вест. хир., 1954, 7. — 6. Цимеринов А. А. Клин. мед., 1940, 6. — 7. Шариманян С. С. Хирургия, 1947, 1.

Поступила 8 июля 1960 г.

### ЭМФИЗЕМА СРЕДОСТЕНИЯ У БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ГРИППОМ

*Асс. В. С. Анастасьев*

Клиника туберкулеза (зав. — доц. П. Л. Винников) Казанского ГИДУБа им. В. И. Ленина и туберкулезный госпиталь для инвалидов Отечественной войны (нач. — Н. С. Валеев)

Медиастинальная эмфизема как самостоятельное осложнение встречается редко, и ее патогенез не всегда достаточно ясен. Мы наблюдали спонтанное проникновение воздуха из легкого в средостение и подкожную клетчатку шеи и груди без пневмоторакса.

Ф., 34 лет, поступил 6/І 1959 г. с диагнозом: хронический диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада, пневмосклероз, эмфизема, легочно-сердечная недостаточность І ст.

Жалобы на слабость, одышку, кашель с мокротой. Туберкулезом болен с 1949 г. В течение 2 лет лечился правосторонним искусственным пневмотораксом, но без эффекта. Процесс постепенно прогрессировал, периодическое антибактериальное лечение давало временное улучшение. В 1952 г. перенес туберкулез гортани, в 1953 — туберкулезный трохантерит.

Упитанность пониженная, бледен, губы слегка цианотичны, одышка при не большом физическом напряжении. В легких укорочение перкуторного звука в верхних отделах, там же, на фоне ослабленного дыхания, выслушиваются влажные хрипы. В нижних отделах перкуторный звук с выраженным коробочным оттенком, рассеянные сухие хрипы. Пульс — 84, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца в норме, тоны приглушены. Органы брюшной полости без особенностей. Лейкограмма в пределах нормы, РОЭ — 39 мм/час, ТБ в мокроте обнаружены.

Рентгенография грудной клетки от 14/І 1959 г.: множественные полиморфные очаги в верхних и частично средних полях на фоне выраженных фиброзных измене-