

сермана, который дал  $\pm$ , мы склонны рассматривать поражение легочной артерии у б-ного Ц-н как первичный склероз легочной артерии, в этиологическом отношении обусловленный люэтической инфекцией.

Из 4-й терапевтической клиники Казанского гос. медицинского института  
(директор проф. В. И. Катеров).

## К клинике альвеолярного эхинококка печени.

З. А. Абдразакова.

По имеющимся в наиболее распространенных учебных руководствах (Чистович, Меринг, Кончаловский, Маттес, Эвальд) описаниям, альвеолярный эхинококк печени имеет злокачественное течение и чрезвычайно напоминает рак или гипертрофический цирроз печени: прогрессирующий упадок сил больного, стойкая и прогрессирующая желтуха, большая твердая и неровная печень и т. д. Как видно из наших двух случаев, это далеко не всегда так. В ряде других руководств (Штрюмпель, Ланг и Плетнев, Ослер, Зеленин и Гольштейн, Мясников) клинике этого заболевания уделяется чрезвычайно мало места, повидимому, потому, что это заболевание считается очень редким.

Между тем клинический опыт показывает, что в условиях Казани и Татарской Республики это заболевание встречается не так редко, и клиническая картина его может быть довольно разнообразна.

По данным проф. И. П. Васильева (Сб. трудов Каз. ин-та усов. врачей, т. III) на 10000 вскрытий, произведенных в Казани до 1933 г., было найдено 43 случая альвеолярного эхинококка печени (0,43%) и 61 случай однокамерного эхинококка печени (0,61%). У мужчин альвеолярный эхинококк обнаружен чаще, чем у женщин (25:15). Почти половина случаев падает на молодой возраст (19—30 л.).

Проф. Васильев для сравнения приводит статистику Давыдовского, по которой в Москве за 1923—1927 гг. на 38.959 вскрытий альвеолярный эхинококк встретился всего лишь 2 раза, т. е. в 0,005%, а однокамерн. эхин. в 39 сл. (0,1%).

В нашей клинике за последний год было 2 случая данного заболевания. Поскольку оба случая существенно отличаются по своему течению от общеизвестной клинической картины альвеолярного эхинококка печени, мы считаем небезынтересным кратко сообщить о них, тем более, что оба случая поступили к нам уже после того, как они были оперированы по поводу ошибочно предполагавшегося у них другого заболевания.

*Случай 1-й.* Б-ная Ибрагимова, 38 л., дом. хоз., поступила в клинику 26/III 1935 г. с жалобами на боли в правом подреберье и в подложечной области, а также на общую слабость. Однако б-ная до последнего времени была в состоянии выполнять домашнюю работу. Боли в правом подреберье незначительны, постоянны, ноющего характера с чувством тяжести; усиливаются при тяжелой работе, при длительном стоянии на ногах, длительном сидении и лежании на правом боку,

а также после еды. Рвоты, тошноты, изжоги нет, стул нормальный, аппетит хороший. Впервые почувствовала себя б-ной в 1929 г. в период последней шестой беременности. В 1930 году, по словам б-ной, печень у нее была уже увеличена на 3 п. п. Вначале б-ная чувствовала колющие боли в правом подреберье только при резких движениях, через два года боли стали принимать характер приступов—раз в месяц по 4—5 дней. По сообщению врача, наблюдавшего б-ную амбулаторно в г. Зеленодольске, печень у нашей б-ной в 1932 г. была увеличена на 4—5 пальцев. Весной 1933 г. б-ная обратилась в одну из хирургических клиник Казани, где ей поставлен диагноз холецистита и предложена операция. Однако, после стационарного клинического обследования б-ная была направлена на операцию с диагнозом эхинококка печени (однокамерного?—З. А.).

Обнаруженные при операции (21/IV 33 г.) изменения печени заставили отказаться и от этого диагноза: б-ной был поставлен *ad oculos* (без биопсии) диагноз рака печени; рана зашита, гладкое заживление. После операции, вопреки сообщенному мужу б-ной плохому прогнозу, б-ная чувствовала себя с год без особых изменений. Через год, по словам б-ной, живот у нее стал жесткий, боли в области печени стали усиливаться, в это время б-ная и поступила в нам в клинику.

Из ранее перенесенных болезней: в 17-летнем возрасте корь, в 1918 г. тиф (какой не помнит), в 1912 г. оспа, с мая 1934 г. по январь 1935 г. болела малярией, лечилась хинином. Венерические болезни отрицает. Отец умер в 1921 г. от голода, мать от воспаления легких. Муж б-ной здоровый. Рожала шестерых детей, четверо в живых, двое умерли маленькими, выкидышей не было. Месячные правильные; жилищные условия удовлетворительные, материальные условия и питание плохие.

*Объективно:* б-ная среднего роста, правильного телосложения, пониженной упитанности. Вес = 55,4 кг. Кожные покровы бледноваты, с легким желтоватым оттенком, склеры субъиктеричны. Лимфатические железы, шейные и подмышечные, справа прощупываются величиной до лесного ореха, плотные, подвижные, безболезненны. На ногах небольшая отечность. При осмотре туловища заметно выпячивание в области правого подреберья и сзади в области нижней части правой половины грудной клетки. На коже живота имеется послеоперационный рубец. При обследовании органов груди найдено: со стороны легких—верхушки выстоят на 2 п. п., справа границы по I. mam. dex.—верхний край 6 ребра, по I. axill. med. верхний край 3 р., по I. scapul. верхний край 10 ребра; подвижность ограничена. Слева границы в пределах нормы. Сердце: границы в пределах нормы, тоны глуховаты, небольшой акцент на аорте. Пульс ритмичен, удовлетворительного наполнения, несколько учащен. Кр. д. = 83/58.

Печень резко увеличена: нижний край по I. alba на уровне пупка, по I. mam. dex. выше пупка на 1 п. п. Еще правее печень спускается ниже, не доходя на 2 п. п. до правой подвздошной кости. Правый край печени тупой, левый край не отчетливо контурируется. Поверхность печени резко неровная, а именно: в правом подреберье имеется tumor в виде неравномерного продолговатой формы большого бугра, лежащего вдоль края ребер, а ниже переходящего уступообразно в нижний край правой доли печени. Поверхность левой доли ровная. Консистенция опухоли очень твердая, консистенция нижнего края правой доли печени твердая, консистенция левой доли плотная. При ощупывании самый tumor болезнен, остальные участки печени слегка чувствительны. Селезенка не прощупывается. Со стороны остальных органов брюшной полости изменений не определяется. Во время пребывания б-ной в клинике с 26/III до 15/IV температура держалась на субфебрильных цифрах. В весе б-ная несколько убавилась (53,6 кг). Общее состояние все время удовлетворительное. Со стороны печени и других органов за время наблюдения б-ной в клинике никаких изменений не было, кроме появления 7/IV умеренного поноса. (Ночью стул 3 раза, днем нет).

*Специальное исследование:* рентгеноскопия—высота стояния правого купола диафрагмы на 1 см. выше нормы. Подвижность правого купола диафрагмы отсутствует. Легкие и сердце без отклонений от нормы. Анализ кала на яйца глист найдены яйца оксидур.

Анализ крови: Hb—71%, Eг—4.660000, Fi—0,77, L=10.333. Лейкоцитарная формула по Шиллигугу: St. 6,5%, St?—6,5%, Sg.—53,5%, Ly—16,5%, Mn.—8,5%, Eos—7,5%, Rf.—1%; RW—отрицательная. Проба Кассони положительная. В моче найдено до 3% белка, в осадке много лейкоцитов.

Имея в виду анамнез б-ной, характерные изменения со стороны печени, данные специальных исследований и данные лапаротомии, мы считаем в данном случае диагноз альвеолярного эхинококка печени вполне установленным<sup>1)</sup>.

При наличии столь выраженного и неравномерного увеличения печени здесь можно думать о 4 возможностях: 1) злокачественное новообразование (узловатый рак печени), 2) люес печени, 3) однокамерный эхинококк печени и 4) альвеолярный эхинококк печени. Принимая во внимание длительность течения заболевания и относительно удовлетворительное общее состояние больной до настоящего времени, мы считаем возможным исключить предположение о раке печени. Диагноз рака печени, поставленный на операции при вскрытии брюшной полости у б-ной, был, повидимому, ошибочным, что вполне возможно, т. к. опухоли и другого рода по внешнему виду напоминают иногда картину рака печени (биопсия произведена не было). Анамнез б-ной, отсутствие каких-либо изменений со стороны других органов и отрицательный результат RW дают нам право исключить и предположение о люесе печени. Предположение об однокамерном эхинококке печени кажется маловероятным, если принять во внимание описанное выше свойство самой опухоли печени и отказ от этого диагноза хирурга, оперировавшего б-ную. Таким образом, путем исключения мы приходим к диагнозу альвеолярного эхинококка печени; этот диагноз находит свое подтверждение, помимо характерных для данного заболевания свойств самой печени, также и в данных специальных исследований: положительная реакция Кассони, умеренная эозинофилия. По полученным нами сведениям б-ная экзистировала в ноябре 1935 г. на дому при нарастающей слабости, увеличении опухоли печени и при наличии общего отека туловища, живота и конечностей.

*Случай 2-й.* Б-ная Багдеева, 22 л., продавщица, поступила в клинику 20/1 1936 г. с жалобами на боли в животе, больше в правом подреберье, особенно при надавливании, ходьбе и при подъеме тяжести. Б-ная отмечает еще ряд диспептических явлений, наступающих сейчас же после еды: чувство полноты и тяжести в подложечной области, вздутие живота, которое держится приблизительно 2—3 часа. Appetit хороший, стул нормальный. У б-ной 2 года тому назад в области правого подреберья появились периодические боли, отдающие в спину и в правую лопатку. Боли иногда наступали внезапно, чаще ночью; при соблюдении покоя с грелкой острые боли проходили часа через 2—3, но тяжесть и тупая боль оставались. После такого приступа б-ная чувствовала себя обычно неработоспособной 2—3 дня. Всего б-ная отмечает 4 приступа резких болей, бывших у нее. 1-й был в 1934 году, с этого момента б-ная стала замечать у себя и увеличение печени; 2-й приступ — в марте 1935 г., после чего б-ная была направлена в одну из терапевтических клиник Казани на стационарное лечение. В клинике б-ная также имела 2 одинаковых по характеру приступа 6 и 14 апреля 1935 г. Приступы начинались внезапно острой колющей болью; боля терпимые, отдающие в правое плечо и правую лопатку. Приступы сопровождались повышением температуры до 38°, тошнотой, но без рвоты и желтухи. Б-ная не связывает возникновение приступов с приемом пищи. Вне приступов — температура субфебрильная; 8/IV 1935 г. б-ная была переведена в хирургическую клинику с диагнозом *холецистит* для оперативного вмешательства.

Будучи в хирургической клинике, имела еще один небольшой приступ, который сопровождался повышением температуры и тошнотой. Все время после приступа тупая боль и тяжесть в области печени. Температура держалась субфебрильной. 16/IV 1935 г. б-ной была произведена операция по поводу предполагавшегося желчно-каменного холецистита. По вскрытии брюшной полости найден: желчный пузырь нормальный, без конкрементов. Кнаружи от пузырной вырезки в толще переднего края печени группа инфильтратов величиной с конопляное зерно. Этот участок печени клинически иссечен для микроскопического исследования (при гистологическом исследовании оказался альвеолярный эхинококк печени). Вся правая половина правой доли печени занята массивной бугристой и очень плотной опухолью, несущей на себе кое-где остатки нормальной ткани печени. Наружная поверхность опухоли там, где она свободна от остатков паренхимы печени, выглядит желтовато-белой тканью в виде полей разной величины, меньшие на нижней поверхности печени и большие на верхней-боковой поверхности. Диагноз: эхинококк?

<sup>1)</sup> Больная была демонстрирована 14/IV 35 г. в терапевтической секции Научной мед. ассоциации, где наше понимание случая было полностью поддержано.

Рана зашита с подкожно введенным тампоном. По словам б-ной, приступов после операции не было, но характер болей изменился. Боли усилились, вместо колющих постоянных, появились режущие и тяжесть в области правого подреберья.

Через 50 дней после операции б-ная начала работать Из перенесенных заболеваний отмечает: оспу натуральную в 1922 году. Было несколько типичных малярийных приступов, не лечилась; с 1923 г. приступов не было. Осенью 1932 г. болела колитом. Венерические болезни отрицает. Отцу €8 л., жив, мать умерла от родов. Беременности у б-ной не было. Месячные через 1—1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> м-ца, болезненны. Жилищные условия и питание удовлетворительные.

*Объективные данные.* Б-ная среднего роста, правильное телосложения. Подкожно-жировой слой развит хорошо. Окраска кожи и слизистой нормальны. Общее состояние и вид б-ной вполне удовлетворительны. На коже живота послеоперационный „печеночный рубец“, длиной около 12 см. Прощупываются единичные подмышечные железы, плотные, величиной с горошину. Со стороны сердца и легких особых изменений нет. Печень по л. мат. дех. увеличена на 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> п. п., твердая, поверхность неровная, край закруглен, печень при надавливании болезненна. Селезенка не прощупывается. Во время пребывания б-ной в клинике температура держалась субфебрильной, приступов не было; тугие, а иногда и режущие боли держались в области печени. Самочувствие б-ной за все время пребывания в клинике удовлетворительное. Со стороны печени, а также других органов никаких изменений не было.

*Специальные исследования.* Анализ крови: Hb—70%, Er—5.440.000, Fi—0,6, L—8.700. Формула по Шиллингу: St—13%, Sg—53%, Eos—13%, B—0,5%, Ly—20,5%. РОЭ—40 м/м. в час. Рентгеноскопия: правый косто-диафрагмальный купол при дыхании раскрывается неполностью. Купол диафрагмы на уровне 6-го ребра. Сердце—границы и конфигурация в пределах нормы. Со стороны мочи при повторном исследовании: следы уробилина, в остальном изменений нет. Кр. д.—95/60. RW—отрицательная, р. Кассони—сомнительная. Анализ кала на яйца глист: яйца глист не обнаружены. В крови плазмодий малярии не найдено. Б-ная выписалась из клиники в удовлетворительном состоянии и в настоящее время работает, периодически являясь к нам для наблюдения.

Как видно из приведенных историй болезней, оба наши случая представляют следующие особенности, побудившие нас сообщить о них: 1) отсутствие признаков выраженного злокачественного течения заболевания; 2) отсутствие желтухи и увеличения селезенки; приступообразный характер болей в области печени в начале заболевания у обоих больных, подавший повод к ошибочному распознаванию холецистита.

По поводу указанных особенностей можно сказать следующее: злокачественный характер данного заболевания (прогрессирующая утрата трудоспособности, кахексия) выявляется, повидимому, уже в поздних стадиях развития альвеолярного эхинококка, в начале же это заболевание может в течение нескольких лет протекать, как это видно из наших случаев, без заметного нарушения трудоспособности и общего состояния. В первом случае заболевание длилось, по крайней мере, 6 лет без резкого нарушения общего состояния больной, несмотря на то, что б-ная жила последние годы в тяжелых материальных условиях, она несла обычную домашнюю работу. Во втором случае б-ная в течение 2 лет ощущала лишь небольшие диспептические расстройства и по истечении 3 лет заболевания сохранила хороший вид и работоспособность. Случай длительного течения (17 л.) альвеолярного эхинококка печени описан также Халфеном (Клинич. медицина, 1935 г., № 12), причем в этом случае также не было желтухи и течение отличалось относительной доброкачественностью. Что касается желтухи, то А. Posselt в большой монографии по данному вопросу (Die Echinokokken-krankheit, 1928 г.) пишет, что тяжелая желтуха при альвеолярном эхинококке печени встре-

чается в 85—90% сл.; Küchenmeister (цит. по Поссельту) говорит, что желтуха отсутствует только в  $\frac{1}{3}$  случаев; Vierordt (цит. по Поссельту) на основании большого материала также считает, что желтуха при данном заболевании встречается в 80% сл. Однако по материалу проф. Васильева (43 сл.) желтуха была лишь в 40% (17 сл.).

По поводу наблюдавшихся в обоих наших случаях приступообразных повторных болей, весьма напоминающих приступы при желчно-каменной болезни (особенно во втором случае), мы можем сослаться также на монографию Поссельта, в которой приводится ряд подобных случаев бескаменной колики, наблюдавшихся различными авторами при данном заболевании. В качестве причин в этих случаях бывали различные осложнения, как-то: гнойный ангиохолит, атрезия duct. cystici, воспаление желчного пузыря, прорастание его стенки и т. п.

Заканчивая наше сообщение, мы хотели бы обратить внимание, не делая никаких предположений, на один мелкий факт, может быть случайного характера, а именно: в обоих наших случаях, а также в случае, описанном Халфеном, в анамнезе больных была перенесенная ими оспа.

## О торпидной амбулаторной форме брюшнотифозной инфекции.

Я. С. Хентов.

В своей небольшой статье я хочу коснуться одной из амбулаторных форм тифа, имеющих место в г. Ростове н/Д. Во второй половине сентября при наличии еще теплых дней и отсутствии массовых гриппозных заболеваний, наблюдающихся постоянно в Ростове н/Д, при наличии эпидемии брюшного тифа, на амбулаторном приеме стали появляться лица с неопределенным каким-то заболеванием, сопровождающимся общим недомоганием, ослаблением аппетита, плохим сном и небольшой температурой до 37,7—38°. Больные все отказывались от посещения их на дому и заявляли, что не весь день они проводят в постели, что состояние их не таково, чтобы лежать. Больные не сразу в начале заболевания являлись на прием, работали и некоторые только мною были сняты с работы, ввиду наличия у них какой-то инфекции.

Таких больных у меня на приеме было 9 чел. Интересно то, что все они отмечают медленное начало, общее недомогание, отсутствие аппетита, плохой сон и небольшой жар. Никаких катаральных явлений у всех этих больных не было, за исключением одного (Сух-ов, ист. болезни № 1194), страдавшего хроническим бронхитом. Гриппозной инфекции, как выше было сказано, в городе не было. Все больные были, несмотря на отсутствие в крови плазмодиев малярии, тщательно хинизированы. Хинизация никакого эффекта не дала. Исследование мочи у всех больных не показало никаких отклонений от нормы. Рентгеноскопия легких, исследование (у некоторых двукратно) мокроты на ВК и др. флору не давало права, при отсутствии каких-либо клинических данных со стороны легких, заподозрить туберкулез, бронхоаденит или другую инфекцию.