

Из практики.

Из Госпитальной терапевтической клиники Одесского государственного медицинского института (директор проф. М. А. Ясиновский).

К клинике эндокардитов при крупозной пневмонии.

В. М. Соломанный.

Расстройства кровообращения при крупозной пневмонии, как известно, являются наиболее частыми и опасными осложнениями. Согласно современным главным образом американским источникам, основанным на изучении весьма обширного клинического и патолого-анатомического материала, можно считать окончательно установленным, что причиной смерти при крупозной пневмонии в большинстве случаев является поражение сердечно-сосудистой системы (Billings, Brooks).

Наряду с расстройством периферической циркуляции, отмечаются также и изменения со стороны самого сердца, в особенности со стороны сердечной мышцы.

В отношении частоты поражения эндокарда взгляды расходятся. Rothberg в своем классическом руководстве относит эндокардиты к частым осложнениям крупозной пневмонии. Locke же среди 835 случаев детально закончившихся пневмоний только в 30 случ. обнаружил эндокардит, следовательно только в 3,6%. Среди колоссального материала, собранного Prall'em (11243 случ. пневмонии!) эндокардит встретился всего только в 126 случаях (1,1%).

В большинстве случаев речь идет о веррукозной форме эндокардита с более или менее длительным течением.

Случай, наблюдавшийся нами, отличается особенностями в отношении своего течения, симптоматики и патолого-анатомических изменений и таким образом представляет определенный клинический интерес.

Больная Ж., 33 лет, чернорабочая, поступила в Госпитальную терапевтическую клинику 10/III 1935 г. Заболела 4 дня тому назад, внезапно, будучи до того совершенно здоровой. В прошлом никаких инфекционных заболеваний. В первый день болезни появился озноб, боли в груди, кашель, одышка. На следующий день больная заметила небольшие отеки на ногах. При поступлении в клинику были отмечены следующие данные: общее тяжелое состояние, температура 38°, резкая одышка, цианоз губ, отеки на ногах и в области поясницы. Пульс 108 в 1', ритмичный, слабого наполнения. Границы сердца увеличены вправо на 2 см от 1. stern. d., влево на 2 см кнаружи от 1. med. clav. s. Резко глухие тоны. Со стороны легких явления пневмоической инфильтрации в правой нижней доле (притупление, крепитация). Печень не прощупывается. Селезенка не увеличена.

В течение ближайших дней состояние больной становилось все более тяжелым. Одышка еще более усилилась (дыхание 50—60 в 1', увеличился цианоз, значительно увеличилась отечность. Температура гектического типа. Пульс 132—140 в 1', во временах прощупывать не удавалось. Со стороны сердца тоны приняли хлопающий характер; никаких шумов. Была отмечена резкая пульсация сонных и височных сосудов. Появилось небольшое приглушение и влажные хрипы и в нижней доле левого легкого. Исследование крови: 23000 лейкоцитов; лейкоцитарная формула: эоз. 0,5%, палочк. 1%, сегмент. 83%, лимф. 14,5%, мон. 1%. Со стороны мочи: у. в.—1010—1012, белок—0,033%, цилиндры гиалиновые 1—2 в поле зрения.

На 6-ой день пребывания в клинике больная погибла при явлениях нарастающей сердечной слабости

Клинический диагноз: Pneumonia cruposa lobi inferioris bilateralis. Myodegeneratio cordis acuta. На секции: Pneumonia cruposa lobi infer. bilateralis. Endocarditii ulcerosa acuta valvularum semilunarium aortae.

Процесс на клапанах аорты совершенно свежий. На одной створке клапана в результате язвенного процесса произошла перфорация (имеется отверстие величиной с боб). Острые миодегенеративные изменения со стороны сердечной мышцы.

Были сделаны соскобы с пораженных клапанов, а также и срезы. Пневмококков обнаружить не удалось.

Таким образом можно отметить следующие особенности данного случая: 1) необычайно раннее появление эндокардита; 2) весьма злокачественное течение при тяжелых анатомических изменениях на клапанах аорты (перфоративный эндокардит); 3) раннее (уже начиная со 2 дня крупозной пневмонии) развитие картины сердечной недостаточности, что стоит, повидимому, в связи с ранним поражением эндокарда; 4) несмотря на сочетание эндокардита с крупозной пневмонией, пневмококк на клапанах не был обнаружен, что, впрочем, согласуется с данными Лоск'а, который обнаружил пневмококка только в 50% случаев эндокардита при крупозной пневмонии; 5) отсутствие шумов, несмотря на резчайшие изменения со стороны аортальных клапанов, что может быть объяснено очень резкой тахикардией и одышкой, доходившей до 60 дых. в 1', и это, сильно затрудняло аускультацию сердца и клиническое распознавание изменений со стороны эндокарда.

Из Тетюшской больницы (Татреспублика) (ст. врач Н. Я. Соколов).

Шесть случаев язв двенадцатиперстной кишки и пилорической части желудка.

Н. С. Соколова.

В практике участковой больницы перфоративные язвы желудка—явление не очень частое. Вследствие этого они, вероятно, нередко просматриваются, а между тем только своевременное распознавание их и своевременная хирургическая помощь может дать хорошие результаты.

За последние шесть лет в Тетюшской больнице было шесть случаев перфоративных язв двенадцатиперстной кишки и пилорической части желудка. Привожу 2 истории болезни:

1. Больной, был доставлен в больницу из деревни через 24 часа после начала болезни (перфорации). Заболел внезапно утром, на работе в колхозной конторе, часа через два после утреннего завтрака. Несколько лет лечился от язвы желудка. Боль была чрезвычайной силы. Лицо осунулось, синюшное. Сознание полное. Пульс замедленный, но хорошего наполнения. Нестерпимые боли. Несколько раз вырвало. Газы не отходили. Стула не было. Живот напряжен, как доска, главным образом сверху, справа. Явная картина перфоративной язвы желудка.

На операции язва была обнаружена на передней поверхности начальной части двенадцатиперстной кишки. Перфоративное отверстие величиной с горошину. Полость живота наполнена гноевидной жидкостью, заполняющей подпеченочную область, правую половину живота по бокам восходящей толстой кишки; повсюду имеется фибриновый налет. Язва зашита лемберовским швом. Гнойное содержимое из полости живота удалено сухими тампонами. Наложено противоотверстие в правой илеоцекальной области и в него введен марлевый дренаж. Больной погиб от перитонита.