

Картина крови: гемоглобин—60%, лейкоцитов—11600, эритроцитов—2940000. Лейкоп. формула: сегм.—77%, пал.—4%, юн.—7%, лимф.—10%, мон.—2%. РОЭ—15 м. в час. Моча норма. На рентгене желудок несколько опущен. Эвакуация задержана. *Vulbus duodeni* контурируется удовлетворительно.

17/XII операция под местной анестезией (Дунье). Разрез по белой линии от мечевидного отростка до пупка. По вскрытии живота обнаружена мелко-бугристая опухоль левой доли печени темно-синего цвета, переходящая в ткань печени без всякой ножки. После наложения матрачных швов на левую долю печени в пределах здоровой ткани опухоль резецирована.

Швы из толстого кетгута захватывали участки печени в 2—3 см, причем каждый последующий шов захватывал половину предыдущего. Кровотечение было сравнительно небольшое. Широкий край печени прикрыт круглой связкой (после рассечения последней) в виде туго натянутого чехла. Размеры препарата 16×10×7 см.

Гладкое послеоперационное течение. Небольшое повышение температуры в первые дни после операции. Швы сняты на 8-й день. Натяжение первичное. 1/1 36 г. Большая выписана в хорошем состоянии. 14/II получено письмо от 6-ой, что она чувствует себя хорошо.

Результат исследования опухоли в Белорусском патолого-анатомическом институте: **кавернома.**

Распознавание каверном печени до операции описано всего лишь два раза Израэлем и Бекком на основании признаков сосудистого шума и уменьшения опухоли при сдавлении. К сожалению, эти признаки весьма часто отсутствуют, и каверномы печени часто принимаются за опухоли желудка, эхинококк печени, опухоли сальника и даже кисту яичника. Большей же частью ставится просто диагноз „опухоль печени“. В нашем случае диагноз до операции не был поставлен.

О проценте смертности после радикальных операций по поводу каверном печени говорить преждевременно, ввиду небольшого числа оперированных случаев. Пока опубликованы три случая смерти (Видеман).

Несколько слов о швах на печени. Накладывая шов Кузнецова-Пенского или матрачные швы, следует затягивать петли до легкого разрыва печеночной ткани, как указывал Тихов. Этот прием действительно ведет к меньшей потере крови.

Из клиники кожных и венерических болезней Томского гос. мед. института (директор проф. П. В. Кожевников).

Реинфекция сифилиса с последующим развитием раннего тяжелого неворсифилиса.

А. Н. Дьячкова.

Приводимый ниже случай реинфекции сифилиса представляется, по нашему мнению, необычным по ясности этиологии и яркости проявления.

Б-ной П. Ш., 29 лет, русский, служащий. Наследственность больного хорошая. Рос и развивался нормально. В молодости болел сыпным тифом, холериной, дважды оперировался по поводу паховой грыжи.

В 1923 г. в 19-летнем возрасте в городе Иркутске, будучи студентом, после случайного сношения заметил на члене язвочку. RW была положительная. Б-ной в больнице получил один курс специфического лечения. Выписавшись из больницы, б-ной с целью более верного излечения решил продолжать лечение одновременно у трех врачей, скрывая от каждого из них посещение других врачей. Всего он получил за полтора года 19 курсов специфического лечения. В дальнейшем б-ной почти ежегодно повторял исследование крови—всегда с отрицательными результатами. В 1930 году RW была также отрицательной.

В 1931 г., т. е. уже через 8 лет после первого заражения, в 27-летнем возрасте б-ной через 10—12 дней после полового сношения с незнакомой до того женщиной опять заметил на члене язвочку, покрытую корочкой и располагающуюся на новом месте. Вскоре на туловище появилась пятнистая сыпь. RW—положительная. Б-ному в вендиспансере в г. Барнауле поставлен был диагноз вторичного сифилиса. Б-ной провел неполный курс лечения, только новосальварсаном.

Б-ной был дважды женат. Первая жена заразилась от него сифилисом, лечилась. Вторая жена и ее ребенок, по словам б-ного, здоровы. 23/X 1933 г. б-ной поступил в Томскую кожно-венерическую клинику со следующими жалобами: Уже год, как у него появились в области затылка и головы сильнейшие боли, наступающие приступами. Позднее боли распространились на позвоночник, грудь и лопаточную области. Во время приступа болей не мог работать. Приступы таких сильных болей у себя б-ной отмечал 3 раза. В таких случаях он прибегал к иодистому калию, после чего наступало улучшение. Последний приступ—месяца за 4 до поступления в клинику. Опять были сильные боли спины, головы, и одновременно отяжились ноги, не мог двигаться без посторонней помощи. В это же время появилось непроизвольное выделение мочи. Такое состояние продолжалось 1½ месяца. После лечения иодистым калием боли стихли, но ходить самостоятельно не мог. Сильно пешатывался в стороны. За последнее время состояние б-ного резко ухудшилось. Лишился сна, появились зрительные галлюцинации устрашающего характера, сильное головокружение, двоение в глазах и слабость ног. Позже появились боли в позвоночнике и в ногах, расстройство и неуверенность походки. Последний год появилось расстройство речи. Бременами речь у него бывает смазанной, неясной.

Нервная система. Симптом Ромберга положительный. Резкая атактическая походка, ноги разбрасывает в стороны при ходьбе. Слева—небольшой птоз. Зрачки—анизокория ($d > s$). Реакция на свет вяловата, на конвергенцию хорошая. Настав справа. Корнеальные рефлексы имеются. Конъюнктивный и слезочный—отсутствуют. Язычок симметричен. Явления миастиении. Слабость мышц кисти: $d=24$, $s=23$. Мышечный тонус—гипотония в обеих руках. Небольшое интенционное дрожание в правой руке. Атаксии в верхних конечностях нет. Мышечный тонус ног без изменений. При лежачем положении атаксии нет. Мышечное чувство без перемен. Брюшные нижние рефлексы получаютя, верхние несколько слабее. Рефлексы на руках повышены, правый выше левого. Клонус стоп есть, коленный чашки—нет. Рефлексы с Ахилловых сухожилий повышены. Патологические рефлексы имеются: Бабинского, Мендель-Бехтерева, Оппенгейма и Россолимо. Отмечается понижение болевой чувствительности на кистях и предплечьях, на туловище, на бедрах.

Со стороны внутренних органов удается отметить только глуховатые тоны сердца. Аорта нормальна.

На члене (*sulcus coronarius*) слева и на головке слева около мочеиспускательного канала имеются следы от двух бывших шанкров. RW в крови положительная. Исследование спинномозговой жидкости: давление слегка повышено, жидкость бесцветна, прозрачна. Реакция Панди ++, Нонне-Апельта +++, Вейхбордт-Ланге 2223, 3111, 1111. Белок по Нисслю—0,06%. Белковый коэффициент по Клаффа 0,8. RW с жидкостью положительная.

По консультации с невропатологом, д-ром А. И. Русиновым, диагноз б-ного определяется как *Lues cerebrospinalis*, проявляющийся в симптомокомплексе *Sclerosis combinata (Paralysis spinalis spastica)*. Но ввиду того, что со стороны психики также имеются отклонения от нормы, которые можно характеризовать как (*Dementia spinalis spastica*), вышеприведенный диагноз *Lues cerebrospinalis*, по мнению невропатолога, трудно отдифференцировать от *Paralysis progressiva (Массажеровская форма)*.

Интерес данного случая состоит в том, что мы имеем б-ного, у которого в 1924 году был *Lues* с положительной RW. Больной интенсивно лечился, посещая одновременно трех врачей, и таким образом за 1½ года провел 19 курсов полного специфического лечения. После этого в течение 7 лет никаких явлений сифилиса не было. много раз исследовалась кровь и всегда с отрицательным результатом. В 1931 г., т. е. в 27-летнем возрасте, дней через 10—12 после сношения со случайной женщиной, появилась новая язва опять на члене, но на новом месте. Вскоре

появилась пятнистая сыпь на теле. RW стала положительной. Диагноз реинфекции представляется здесь несомненным.

Второй момент, на котором надо остановиться, это уже отмеченное нами необычное лечение: за 1½ года б-ной получил 19 полных курсов. Это показывает, как много может вынести организм. Однако, является ли это совершенно безвредным? Из истории болезни П. Ш. видим, что при вторичном заражении сифилисом последний привел к явлениям раннего тяжелого невросифилиса с совершенно необычным течением. Мы считаем, что эти явления раннего невросифилиса в значительной степени зависят от той травмы нервной системы, которую дал новосальварсан в первые полтора года такого чрезвычайно интенсивного лечения.

Наконец, необходимо отметить в данном случае еще один интересный момент—это развившуюся у больного высокую чувствительность к новосальварсану, достигшую такой степени, что пришлось отказаться в дальнейшем от сальварсанного лечения. Эту сенсбилизацию к новосальварсану мы склонны также связывать с дефектами лечения первого сифилиса.

Через год после лечения в клинике (биохиноль и протеинотерапия) у б-ного было отмечено значительное изменение со стороны нервной и психической сферы в сторону улучшения. Б-ной вновь стал работоспособным. Наступила ремиссия, вероятно, временного характера.

Из кафедры клинической диагностики Казанского гос. ветеринарного института (зав. проф. Г. В. Домрачев).

Определение пигментов крови в моче и кале на фильтровальной бумаге.

Доц. В. Г. Мухин.

Для химического определения кровяных пигментов в кале существует очень много различных проб. Сюда можно отнести бензидиновую пробу, алоиновую пробу, пробу Вебера с гваяковой настойкой, Тевенон-Ролана, Колло, Грегерсена и др. Все эти пробы требуют для своего выполнения значительного времени и посуды, почему в условиях практической работы, и особенно при массовых обследованиях животных, трудно выполняемы.

Еще в конце 1931 г. мы поставили своей задачей найти такую пробу на кровь, которая была бы проста по выполнению, могла бы быть применима при массовых обследованиях животных и отличалась бы значительной чувствительностью. С этой целью мы проделали все известные нам пробы на кровь и, в конечном счете, остановились на пробах Адлеров (бензидиновая проба) и Грегерсена, но технику этих проб изменили.

Предлагаемая нами модификация заключается в том, что мы делаем пробу на кровь на листе белой фильтровальной бумаги.

Для этого мы поступаем таким образом: предварительно надписываем на бумаге №№ проб исследуемого кала, затем под каждым № кладем