

Из Терапевтической клиники имени проф. Р. А. Лурия Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани.
(Директор клиники—проф. Р. А. Лурия).

Случай слипчивого медиастинита.

Д-ра Т. А. Засориной.

13 марта 1930 года в Терапевтическую клинику Института поступила больная Б., 47 лет, почта.лон.

Жалобы больной сводились к тому, что каждый прием пищи вызывает у нее тотчас вслед за глотанием приступы кашля, заканчивающиеся рвотой съеденным. Кашель наступал и вне приемов пищи приступами и отличался резкостью и особой звонкостью. Иногда с кашлем выделялось небольшое количество жидкой и светлой мокроты. Так как приступы кашля со рвотой во время еды весьма изнуряли больную, то, боясь их, она почти совершенно перестала есть, тем более, что и аппетит у нее пропал.

Болезнь развилась после падения на спину; сначала в течение нескольких дней была резкая гиперестезия кожи всего туловища, боли в мышцах спины, а через неделю присоединились вышеописанные явления кашля и рвоты. Больная лечилась у местных врачей, получала миндальное молоко, морфий, опий, чувствовала себя несколько лучше, но кашель и рвота не исчезали. Больная по-прежнему боялась есть, очень похудела и ослабела. За время болезни жара и озноба не замечала и до последнего времени была на ногах.

Из прошлых заболеваний отмечает в 1927 году крупозное воспаление легких, после которого она долго кашляла, в 1929 году было какое-то раздражение слепой кишки. Других заболеваний не помнит. Вдова, имеет двух здоровых детей.

Объективное исследование:—больная ниже среднего роста, питание ослаблено, бледна, имеется увеличение щитовидной железы. Лимфатические железы нигде не прощупывались.

Сердце—норма. Легкие—ослабленное дыхание в правой подмышечной впадине, едва заметное укорочение перкуторного звука справа спереди в области 4—5 межреберий. Других отклонений от нормы в легких нет. Какие-либо изменения со стороны органов пищеварения отсутствуют. Печень слегка опущена. Селезенка не прощупывается. Данные лабораторного исследования:—понижение кислотности:—св. к. 23, общ. к. 36; Hg—76° Eг—3.690.000, нормальный лейкоцитоз и формула, в моче ничего патологического не обнаружено, в мокроте ВК и эластических волокон нет, RW отрицательна, RS—15%.

Таким образом тщательное лабораторное обследование не проливало никакого света на это своеобразное заболевание. Клинические данные заставляли склониться к мысли, что у больной имеется какой-то процесс в mediastinum: за это говорил ее кашель характера приступов, особо звонкий, ее рвота и стойкая анорексия, так как все три явления сопутствуют раздражению n. vagus и являются одним из компонентов того синдрома, который французы называют медиастинальным. Больная была подвергнута тщательному рентгеновскому просвечиванию в рентгенологическом отделении института (доц. Г а с у л ь) и оказалось, что в среднем поле правого легкого имеется резко контурированная интенсивная тень, ограниченная линией, идущей от hilus'a книзу и сливающаяся с сосудистым рисунком паравerteбральной зоны, принимая форму равнобедренного треугольника с вершиной латерально. При повороте в 1-ом косом положении эта тень еще более четко выступает, занимая всю среднюю треть заднего средостения. При наполнении пищевода определяется перетяжка в его средней тени на высоте описанной трети. Заключение:—медиастино-интерлобарная спайка с ретракцией пищевода. Сердце и легкие норма.

Видные клиницисты Epstein и Schwalbe высказали свое мнение, что фиброзные медиастиниты бывают гораздо чаще, чем мы думаем, но они трудно диагностируются, и очень часто обнаружение их является случайной находкой. В нашем случае предположения о процессе в mediastinum оказались правильными. Сказать, какого происхождения был у больной медиастинит, конечно, весьма трудно. Он мог в свое время явиться следствием перенесенной пневмонии, еще вероятней,

что он явился как «forme fruste» tbc-медиастинита, которая характеризуется образованием фиброзных спаек между органами mediastini и плеврой и неясностью клинической картины. Интерес нашего случая заключается в том, что больная не испытывала последствий от имеющейся у нее post медиастинальной шварты и, несмотря на перетяжку пищевода, никогда не замечала у себя каких-либо расстройств глотания, но стоило ей упасть за 1½ месяца до поступления в клинику, и травма вызвала, по всей вероятности, реактивное воспаление медиастинальной клетчатки, давшее рефлекс на vagus, следствием которого явились описанные явления кашля, рвоты и анорексии; могла сыграть известную роль и психическая травма—испуг при падении—на дальнейшее течение болезни, так как настойчивое убеждение больной, что она имеет здоровый желудок и может все кушать помогло наладить питание больной. Вскоре она начала хорошо есть, появился аппетит, исчез кашель, рвота не появлялась, и 3-его апреля, через 20 дней после поступления в клинику, больная выписалась с отличным самочувствием, с прибавкой в весе—2 кило и без всяких болезненных явлений. Никакого медикаментозного лечения за исключением бромидов и горечей больная не получала.

Из амбулатории Факультетской хирургической клиники Днепропетровского мед. института (директор—проф. А. А. Абражанов) и Хирургической амбулатории поликлиники № 23 «Кусткредит» (старший врач А. И. Фельдман).

О поранениях химическим (чернильным) карандашом.

Д-ра С. И. Ризваха.

Посвящается 30-летнему юбилею
научно-врачебной деятельности
проф. Н. Н. Петрова.

В русской литературе этому виду поранений уделено очень мало внимания. Мне удалось найти всего 2 статьи, в которых этот вопрос трактуется. В руководствах по общей и частной хирургии, как переводных, так и оригинальных, нет указаний на действия анилиновых карандашей на ткани человека. Ничего не сказано об этом даже в крупнейших русских монографиях по лечению ран (Тринклера, Петрова). Между тем поранения, вызываемые химическим карандашом, благодаря своеобразному течению их и нередко даже тяжелому исходу имеют, несомненно, большой практический интерес. Это побуждает меня сообщить о двух случаях такого поранения, наблюдавшихся мною в разных лечебных учреждениях почти в одно и то же время.

Случай 1.—5/XI—1929 г. в амбулаторию Факультетской хирургической клиники Днепропетровского мед. института обратился больной М. П. 14 лет, ученик 5-го класса Одинокской трудшколы и рассказал следующее: три дня тому назад во время „переменки“ в школе он поссорился со своим товарищем. Между ними началась борьба. В это время товарищ сильным ударом всадил ему в правое предплечье имевшийся у него в руках химический карандаш. Кончик карандаша при этом обломился и остался под кожей. Никаких болей при этом в тот день и в последующие дни не чувствовал. Кровотечения из раны не было. Через час нельзя было даже заметить место ранения. О случившемся больной рассказал своему учителю только на третий день после ранения. Последний направил его к нам.

При объективном осмотре обнаружено: на наружной поверхности правого предплечья, на три поперечных пальца ниже локтевого сустава, заметна легкая припухлость. Кожа без особых изменений. Если хорошо присмотреться, можно видеть в центре этой припухлости черную точку—след укола. Пальцами удается нащупать в этом месте тело формы пшеничного зерна. При надавливании—легкая болезненность.

Под местной анестезией был тотчас же сделан разрез кожи, длиной в 3 см. соответственно месту укола карандашом. Края раздвинуты крючками. Кожа оказалась отслоенной от подлежащей ткани. Дно и края раны окрашены в темно-