

белковый коэффициент и КОД крови обычно понижены, при сулемовых некронефрозах отмечается высокое содержание общего белка в крови, высокий альбумино-глобулиновый коэффициент и повышенное КОД. Это может служить причиной отсутствия отеков при сулемовом некронефрозе, в отличие от нефроза, обычно сопровождающегося большими отеками.

Выводы

1. Отеки не наблюдались ни в одном из 28 случаев сулемового некронефроза.

2. При сулемовых отравлениях наблюдается нормальное содержание белка в крови и чаще всего гиперпротеинемия; белковый коэффициент повышен.

3. Коллоидно-осмотическое давление у этих больных повышено.

4. Гиперпротеинемия, повышенный белковый коэффициент и повышенное коллоидно-осмотическое давление могут явиться одной из причин отсутствия отеков у больных с сулемовым некронефрозом.

5. Наличие указанных факторов не исключает наличия и других причин, обуславливающих отсутствие отеков при сулемовых отравлениях.

Москва, ул. Кирова, 15, кв. 33.

Наблюдения из практики и краткие сообщения

В. Ф. ЗАПОРОЖСКАЯ

Случай флегмоны желудка

Из госпитально-хирургической клиники Башмединститута
(зав. кафедрой доц. А. И. Соркина).

Больной К—лов, Е. И., 39 лет, возчик, 25/X-39 г. переведен из терапевтического отделения больницы одного завода с диагнозом: острый живот. Заболевание началось сразу 21/X в 4 ч. утра с сильного озноба, рвоты после приема пищи или питья и задержки стула, одновременно появились боли в эпигастральной области. Мочеиспускание было свободное и безболезненное, температура 38,7°.

В 1934 г. больной отмечал боли в эпигастральной области, тошноту; обращался в 1-ю Сов. больницу, где после рентгеноскопии у больного поставлен диагноз: язва желудка. После амбулаторного лечения наступило улучшение. Больной курил и часто употреблял алкоголь.

Телосложение правильное, кожные покровы имеют ясную мраморность. Лицо цианотично, пальцы кистей и стоп синюшны. Язык сухой, обложен грязносерым налетом. Временами хрипящее дыхание. В легких всюду разлитые влажные хрипы. При перкуссии укорочение звука, особенно ясно выражено в нижних отделах грудной клетки. Границы сердца расширены во всех направлениях. Пульс част, мал, 120—130 ударов в мин. Сознание ясное. Живот вздут, мышцы живота не напряжены. Верхний отдел живота слегка выпячен и при пальпации болезнен. Печень, селезенка не пальпируются. Больной умер через несколько часов после поступления в клинику при нарастающем падении сердечной деятельности.

Выписка из протокола вскрытия. В полости живота около 300 см³ густой, мутной темнокрасной жидкости. Серозные покровы брюшины тусклые, покрыты фибринозными наложениями. Серозные покровы гиперемизованы, стенка живота утолщена и на разрезе пропитана гноем желтого цвета. Слизистая желудка резко отечна, ярко-красного цвета, бугристая. Содержимое желудка в виде желтого густого гноя. Слизистая тонких и толстых кишок без особых изменений. Миндалины увеличены, на разрезе сероваторозового цвета.

Анатомический диагноз: основное—флегмона желудка. Осложнение—разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Мутное набухание мышцы сердца, печени и почек. Со-

путствующие—гипертрофия стенки левого желудочка. Эмфизема легких, фибринозные спайки в обеих плевральных полостях.

При гистологическом исследовании стенки желудка обнаружено следующее: поверхностные слои слизистой в состоянии некроза. Подслизистая также с участками некроза и резко выраженной полинуклеарной инфильтрацией. Сосуды расширены и заполнены кровью. По ходу некоторых сосудов заметна инфильтрация лимфоцитами. Мышечный слой отечный, волокна раздвинуты; во многих местах и в мышечном слое имеется полинуклеарная инфильтрация.

В нашем случае была диффузная форма флегмоны желудка; как и в большинстве случаев, описанных в литературе, диагноз клинически не был поставлен. В терапевтическом отделении больной шел под диагнозом „острого живота“, в момент поступления в хирургическую клинику можно было предположить тяжелое тифозное состояние.

Лабораторные исследования мы не успели произвести, т. к. больной умер через несколько часов после поступления. Алкоголизм, перенесенное желудочное заболевание могли быть благоприятным фактором для развития флегмонозного воспаления желудка. Входными воротами, можно предположить, были миндалины (макроскопически установлены изменения). Таким образом наш случай следует отнести к первичным флегмонам желудка.

Уфа, Усольская, д. 26.

М. М. БУДЖЕ

Случай дифтерийного поражения желудка

Из инфекционной клиники Самаркандского медицинского института (дир. проф. П. А. Алисов) и инфекционной больницы (дир. И. А. Кусаев)

Предметом настоящего сообщения являются 2 случая дифтерийного поражения слизистой желудка.

1) Больная Б—ва З., ист. бол. № 2363, 3 лет, узбечка; проживает в Самарканде. Поступила под наше наблюдение на 6-й день болезни 13/IX-36 г. в 10 часов утра с жалобами, со слов отца, на небольшой жар постоянного характера, боли в горле, сухой кашель, потерю аппетита, вялость и на затрудненное дыхание в последние два дня болезни.

Из инфекционных заболеваний в прошлом перенесла корь. Больная правильного сложения, удовлетворительного питания. Покровы и видимые слизистые бледны; небольшая отечность в области шеи. Сыпи на теле нет. Дыхание слегка стенолично, но без участия вспомогательных мышц. Шейные железы величиною с крупную фасоль, мягки, подвижны и болезненны. Язык покрыт белесоватым налетом, влажный. Обе миндалины и язычок резко увеличены, отечны и сплошь покрыты плотно сидящим, серовато-белым налетом, выступающим над уровнем слизистой. Голос сильный. В легких отклонений от нормы нет. Пульс ритмичен, 118 ударов в минуту, среднего наполнения. Сердце: правая граница отстоит от правого края грудины на 1,5 см, верхняя — в 3-м межреберьях, левая — на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца глухие. Живот слегка вздут, при пальпации умеренная болезненность в эпигастральной области. Печень по сосковой линии выступает на 2 см, нижний край закруглен. Селезенка — верхний край на уровне 8-го ребра, нижний край выступает на 1 см из подреберья.

При бактериологическом исследовании слизи из зева и носа через 24 часа выделены палочки Леффлера. Диагноз: токсическая распространенная форма дифтерии зева и гортани. Миодегенерация сердца.

Больная через 20 часов после прибытия в больницу, несмотря на немедленное внутримышечное введение массивной дозы (50000 АЕ) дифтерийной антитоксической сыворотки и назначение сердечных средств, скончалась при явлениях резко выраженной интоксикации.

На аутопсии (прот. № 169) было выявлено (проф. С. Ф. Татаренчик) следующее: миндалины резко увеличены и обложены серым налетом. Слизистая в области надгортанника и черпаловидных хрящей утолщена и покрыта серым налетом. Голосовая щель сужена. Слизистая гортани на всем протяжении покрыта толстым серым налетом. Слизистая трахеи в подсвязочном пространстве гиперемирована. Пищевод без изменений. Желудок — слизистая полнокровна, по малой кривизне и на складках, а также частично между ними, имеется зеленоватосерый дифтеритический налет,