

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-

фиолетовый, почти черный цвет. Кончик карандаша, длиною в $\frac{1}{2}$ см., удален. Окружающая рыхлая ткань, окрашенная в фиолетовый цвет, очищена острой ложечкой. В рану вставлен марлевый выпускник. 7/XI—перевязка. Нагноения в ране нет. 9/XI—края раны уплотнены, воспалены, гноя нет. Дно раны чистое. Перевязка. 19/XI—выпускник удален. Сухая повязка. Рана окончательно зажила лишь к концу 3 недели, причем рана все время продолжала оставаться чистой.

Случай 2.—Е. С. 18 л., ученица Профшколы „Металлист“, обратилась 14/XII в хирургическое отделение поликлиники № 23 Кусткредит с жалобами на припухлость в верхней части левого плеча и на «чернилотечение» из этой припухлости. Из распросов б-ной выяснилось, что 2 недели тому назад во время купания больная заметила у себя на левом плече небольшую безболезненную припухлость, в центре которой была фиолетового цвета точка. После купания б-ная нечаянно придавила себе эту руку как раз на месте припухлости и из точки в центре припухлости стала сочиться фиолетового цвета жидкость (чернило). Б-ная иголкой выковырнула из ранки маленький кусочек грифеля чернильного карандаша. Каким образом и при каких условиях обломок карандаша мог попасть к ней под кожу плеча, б-ная не помнит. Никаких болей и неприятных ощущений в руке до этого не чувствовала. Через несколько дней это место покраснело и опухло. При малейшем надавливании на припухлость продолжала сочиться жидкость фиолетового цвета. Врач, к которому б-ная обратилась за советом, назначил согревающие компрессы. Хотя краснота и исчезла через несколько дней, но «чернилотечение» не прекратилось, компрессы всегда окрашивались в фиолетовый цвет. Б-ная обратилась к нам. При осмотре обнаружено: в средней трети наружной поверхности левого плеча заметна небольшая припухлость, занимающая участок 6—8 см., в центре которой имеется маленькое свищевое отверстие, окрашенное в фиолетовый цвет. При надавливании на припухлость—из этого свища выделяется каплями жидкость, интенсивно окрашенная в фиолетовый цвет. При ощупывании—определяется под кожей слегка подвижная, нерезко отграниченная от окружающих тканей опухоль упругой консистенции величиной с небольшое куриное яйцо. Кожа над опухолью, кроме описанного хода, не изменена. Общих явлений нет и не было, ¹⁰—все время и в день осмотра—нормальная. Предположив, что в подкожных тканях левого плеча б-ной остался еще кусочек карандаша, который и вызывает все эти явления, мною было рекомендовано ей оперативное удаление его, на что б-ная согласилась. Операция была произведена в тот же день под местной анестезией. Разрезав кожу на месте свища, я попал в небольшую полость, откуда удалось вычерпнуть около десертной ложки фиолетовой жидкости. На дне этой полости лежали 2 маленьких кусочка чернильного грифеля неправильной формы, которые также были удалены. Прилегающая окружающая ткань вся иссечена. Рана тщательно очищена и в нее на два дня вставлен марлевой выпускник. Заживление, как и в предыдущем случае.

Исследование кусков карандашей, удаленных при операции, произведенное в Окр. сан.-бак. лаборатории (зав. д-р М. А. Вульфович), за что выражаю свою благодарность, обнаружило в обоих случаях каменноугольную краску—метил-виолет.

Давно знакомое окулистам сильное действие химического карандаша даже в самом ничтожном количестве (пылинка, очень слабый раствор—чернила) способное вызвать при попадании в глаз наитяжелейшие формы конъюнктивита, кератита, инфильтрацию limbus'a, язвы и некроз роговицы и т. п. заболевания, влекущие за собой нередко весьма серьезные последствия, стало известно хирургам, судя по литературным данным, только в 1914 г., когда Erdheim впервые указал на некротизирующее действие анилиновых карандашей на ткани человеческого организма при подкожном введении его, опубликовав свои 2 случая. К 1920 г. он мог собрать еще 19 случаев и разработать этот вопрос экспериментально. Экспериментальные исследования, предпринятые Erdheim'ом на животных и проверенные потом Тоугаса на морских свинках, Корабельниковым на собаках и Груздевым на кроликах, показали, что химический карандаш, попав под кожу, никогда не инкапсулируется. Понемногу растворяясь, он импрегнирует окружающие ткани, вызывает местный некроз с распадом в центре. Некротическая зона с каждым днем увеличивается в объеме. Вокруг этой зоны развивается воспалительная инфильтрация, состоящая под микроскопом из большого количества лимфоцитов, фибро- и полибластов и единичных полинуклеаров. У морских свинок, по Тоугаса, к этим явлениям часто присоединяются еще явления общего отравления с большими изменениями в паренхиматозных органах.

Клиническая картина вполне сходна с экспериментальными наблюдениями, что подтверждается 21 случаем Erdheim'a, 2 случ. Glass'a, 2 случ. Bull'a, 2 случ. Лубо, описанными в литературе, а также нашими 2 случаями. Интересно отметить в наших случаях то обстоятельство, что б-ные, имея отломок химического карандаша у себя под кожей, не чувствовали все время никаких неприятных ощущений. Даже самое ранение—прокол кожи карандашом, повидимому, не причинил им никаких болей. Наша б-ная (2 случая) не знает даже, каким образом и когда отломок карандаша попал к ней под кожу. Если бы не случайный ушиб и вызванное этим «чернилотечение», б-ная вряд ли обратилась бы так скоро за медицинской помощью. Почти аналогичный случай приводит Glass, у которого через месяц после ранения, которое б-ным даже не было замечено, наступили признаки общего отравления.

Лечение возможно только оперативное и чем раньше будет произведена операция, тем исход болезни будет лучше. Только полное удаление всех пораженных и окрашенных тканей может предохранить б-ного от неприятных последствий и вести к быстрому выздоровлению.

Литература приведена у И. Д. Корабельникова. Казанский мед. журн., № 10, 1925 г., а также: 1) E. Glass. Deutsche m. Woch., № 41, 1922.— 2) P. Bull. Zbl. f. Chirurg., № 42, 1923.— 3) L. Torracca. Arch. per le Scienze med. № 44, 1922.— 4) В. Ф. Груздев. Врач. газ. № 3, 1928.