

по Шиллингу: баз. 10%, пал. 9%, сегм. 70%, лимф. 10%, мон. 10%, РОЭ 45 мм в 1 ч, по Панченкову. Паразиты трехдневной малярии от колец до гамет.

Моча (190 см³)—уд. вес 1,016, белок 10‰, уробилин—слабо положительн, лейкоциты 10—15 в п/з; эритроциты сплошь в п/з; мелкозернистые цилиндры.

Через три дня после поступления в клинику состояние больного резко ухудшилось. Внезапно появились сильные боли в правой подвздошной области, кровотечения из десен и носа усилились, испражнения стали дегтярными. При осмотре геморагическая сыпь по всему телу, правая подвздошная область выпячена, при пальпации отмечается резкая болезненность и *defense musculaire*, симптомы Менделя и Блюмберга. Положение больного вынужденно-полусогнутое. Назначен лед, хинин 0,5 три раза в день. После назначения хинина приступы и кровотечения прекратились, сыпь стала бледнеть. Боли подвздошной области стали меньше беспокоить больного.

Через декаду (хинизация) больной выписался с явлениями нерезко выраженной гипохромной анемии и с нормальным составом мочи.

В нашем случае легко можно было подумать о присоединении острого аппендицита, за что говорили: тошнота, резкая болезненность правой подвздошной области, *defense musculaire*, симптомы Менделя и Блюмберга, но учитывая у больного малярию с геморагиями и характер температурной кривой, мы остановились на диагнозе забрюшинной гематомы. В нашем случае обычные кровоостанавливающие средства были беспомощны, и только противомаларийное лечение (хинин) оказал быстрый эффект, стало быть, кровоточивость была вызвана самой малярией. Здесь мы с уверенностью могли установить малярию геморагической формы с высыпаниями. За это говорили: типичные приступы, характер температурной кривой, увеличение селезенки, нахождение в крови *pl. vivax*, строгая зависимость кровотечений и кожных высыпаний от приступов и успешное лечение хинином.

Кровоточивость и геморагические высыпания мы ставим в зависимость от изменения состава и свойства крови (уменьшение тромбоцитов) и от изменения порозности стенок сосудов под влиянием малярийного токсина.

Поступила в ред. 27. I. 1939.

П. И. ШИЛОВ

Случай chylothoracis 4-летней давности

Из поликлиники (директор Я. И. Вановский) Ново-Липецкого металлургического завода

Ввиду крайней редкости случаев chylothorax, описанию данного „заболевания“ уделяется очень мало места даже на страницах капитальных пособий по внутренним болезням. В периодической же литературе описание случаев chylothorax является большой редкостью.

Впервые данное „заболевание“ описано Бартоле в 1663 г., и по настоящее время под названием chylothorax имеются в виду случаи накопления в полости плевры жидкости молочного вида, по своему составу равнозначущей *chylus'y*. Chylothorax нельзя рассматривать, как „заболевание“ (почему и взято в кавычки), так как является следствием свища лимфатического сосуда или же обуславливается (по Ослеру) обратным течением хилезной жидкости по легочным и плевральным лимфатическим сосудам вследствие механических препятствий в *ductus thoracicus*. С другой стороны, это и не плеврит, так как воспалительные явления плевры при этом отсутствуют.

В отличие от чистых chylothorax Чистович и др. отмечают хилезные плевриты, при которых выход лимфы в полость плевры зависит от хронического плеврита, обуславливающего местное расстройство циркуляции лимфы. Кроме того (по Ослеру и Чистовичу) существуют еще псевдохилезные плевриты, экссудат при которых мутный от множества жирно-перерожденных и распавшихся лейкоцитов и эндотелиальных клеток. Приведем краткое описание нашего случая:

Больной Ч., 21 г., направлен из соседней поликлиники (где он проходил медицинский осмотр) для консультации с просьбой „обратить внимание на левую плевру“. Ч. никаких жалоб не имеет, считает себя вполне здоровым. Мать жива, здорова. Отец умер в возрасте 60 лет от неизвестной болезни. В детском возрасте перенес корь. В последних числах декабря 1933 г. (в возрасте 17 лет) появились сильная одышка и стеснение в груди, что и заставило больного обратиться за помощью в поликлинику. Последняя направила б-ного в больницу.

За первые 30—35 дней пребывания в больнице ему „семь раз откачивали из левого бока жидкость, похожую на молоко“. Количество удаляемой жидкости колебалось от одного до полутора литров, а время между удалениями жидкости равнялось 4—6 дням. Явления одышки и стеснения в груди, постепенно уменьшаясь, исчезли примерно через месяц пребывания в б-це. Почувствовав себя удовлетворительно, б-ной в середине февраля 1934 г. выписался из б-цы по собственному желанию. Точных дат поступления и выписки б-ной не помнит, поэтому только примерно можно сказать, что он пробыл в больнице около 50 дней.

Особо следует отметить, что за все время пребывания в б-це у больного ни разу не было подъема температуры. За истекшие, после выписки из б-цы, 4 года самочувствие б-го было хорошее и он считал себя здоровым.

Объективно: Б-ной среднего роста, правильного телосложения, хорошо упитан. Левая сторона резко отстает при дыхании, межреберные промежутки слева сглажены. Слева: перкуторный звук, начиная с вершины, притупленный, на уровне второго ребра на передней стенке и 3-го грудного позвонка на задней переходит постепенно в полную тупость. В области полулунного пространства Траубе тупость. Аускультативно в области притупленного звука дыхание проводится плохо; начиная от второго ребра и книзу—совсем отсутствует. Голосовое дрожание слева отсутствует. Сердце смещено вправо; правая граница его на правой 1. medio-clavicularis. Верхушечный толчок в области мечевидного отростка. Тоны сердца слегка приглушены. В области правого легкого нормальный перкуторный звук, дыхание везикулярное. В остальном отклонений от нормы не отмечается. Температура за время наблюдения нормальная.

Рентгеноскопия: справа—без изменений. Слева—сплошное интенсивное равномерное затемнение всего легочного поля. Сердце резко смещено вправо.

Пробная пункция подтвердила присутствие жидкости в полости плевры. Данные исследования: цвет серовато-белый, консистенция полужидкая, реакция щелочная. Реакция Ривальта на экссудат—отрицательная. Белок 1,45% (уд. вес из-за недостаточного объема установить не удалось).

Микроскопия: свежая капля—лейкоциты густо покрывают поле зрения (жировое перерождение); эритроциты единичные в поле зрения; много мелких жировых капель (окраска суданом III). ВК не обнаружены; микрофлоры нет. Других клеточных элементов нет. Лимфоцитов—98%, нейтрофилов—2%.

При анализе мокроты никаких отклонений от нормы не отмечается, ВК не обнаружены. Анализ крови (по Шиллингу). Эритроцитов 6640000. Лейкоцитов 9700. Гемоглобин 63%, индекс 0,5. Формула: баз.—0, эоз.—3, миелоциты—0, юные—0, пал.—0, сегм.—53, лимф.—35, мон.—9%, РОЭ по Панченкову—18 мм в 1 час.

Учитывая как отсутствие жалоб со стороны б-ного, так и отсутствие каких бы то ни было заболеваний за последние четыре года, мы поставили имеющееся состояние в прямую связь с теми явлениями, с которыми б-ной находился в б-це в январе—феврале 1934 г.

Возможность наличия новообразования в данном случае исключается. во-первых, быстрым накоплением жидкости (удаляли через каждые 4—6 дней по 1—1½ литра), во-вторых, 4-годичной давностью заболевания при отсутствии в данный момент даже намека на кахексию и, наконец, в третьих—в плевральной жидкости отсутствуют клеточные элементы (раковые клетки, перстневидные клетки и др.), встречающиеся при опухолях.

Эхинококк плевры исключается как формой затемнения, так и результатами исследования плевральной жидкости.

Ревматический плеврит и плеврит, вызванный гноеродными микробами (стафилопневмо-стрептококками), исключаются анамнезом, в котором повышения температуры отсутствуют. Этим же моментом исключается и болезнь Гочкина, при которой в плевральной жидкости всегда отмечается большое количество лимфоцитов.

У нашего б-го можно лишь заподозрить наличие холодной эмпиемы, вызванной ВК, так как только данный вид плеврита часто довольно длительно протекает с нормальной температурой и при удовлетворительном общем состоянии (Эйнис). Ряд авторов (Весг, Васпиистер, Зимницкий, Глинчиков) считают туберкулезными те плевриты, при которых в экссудате наблюдается нарастание количества лимфоцитов и эритроцитов. Это отмечает также Богдатын, Полубояринов, Соловьев и другие. Но и холодную эмпиему туберкулезной этиологии мы вправе по ряду соображений исключить: 1) быстрое накопление жидкости в полости плевры в начале заболевания; 2) отсутствие туберкулезных поражений в правом легком и других органах при 4-годичной давности; 3) значительное количество лимфоцитов в плевральной жидкости характерно лишь для начальных форм плевритов туберкулезной этиологии (Маттес); 4) нет ядерного сдвига, которому Шиллинг придает при туберкулезе большое значение.

Имеющуюся у б-го в полости левой плевры жидкость, содержащую большое коли-

чество лимфоцитов и жир с небольшим количеством белка (1,45%), но не содержащую каких бы то ни было бактерий и дающую отрицательную реакцию Ривальта на экссудат,—необходимо рассматривать как chylus (правда, несколько видоизмененный, что объясняется большой давностью заболевания).

В понятие chylothorax укладываются у нашего 6-го как ранее бывшие, так и имеющиеся явления. Бывшая в начале заболевания одышка, которая была следствием сжатия левого легкого быстро скоплавшейся хилезной жидкостью (несмотря на частые ее удаления) в полости плевры, постепенно прекратилась как только установился достаточный газовый обмен через правое легкое. Жидкостью, похожей на молоко, при крайне бурном накоплении ее в полости плевры и отсутствии температурной реакции организма, мог быть только chylus. Отсутствие болевых явлений как в прошлом, так и в настоящее время, исключает плеврит.

Увеличение количества эритроцитов, видимо, является приспособительной реакцией организма в ответ на уменьшение дыхательной поверхности легких, а небольшой лимфоцитоз можно объяснять некоторым усилением функции лимфатического аппарата в силу гибели значительного количества лимфоцитов.

Поступила 2.VI.1938.

М. С. ШЛЫКОВ

Редкое инородное тело в полости черепа

Районная больница г. Шадринска, Челяб. области (главный врач Г. А. Малинин, врид. суд. медэксперта М. С. Шлыков)

На секции в полости черепа иногда обнаруживаются различные колющие предметы (гвозди, обломки ножа, иглы). В Шадринской больнице мы наблюдали редкий случай инородного тела в полости черепа—обломок карандаша с обычным металлическим наконечником.

8 марта 1937 г. в глазное отделение больницы поступил колхозник С., 36 л., с травмой левого глаза, которую кто-то нанес ему в ночь с 6 на 7 марта—по словам пострадавшего—ножом, а по словам сопровождавшего его брата—карандашом, который обломился и остался в полости черепа. Сопровождавший был в нетрезвом виде, его словам дежурный врач и врач-глазник значения не придали. Объективные данные: больной правильного телосложения, хорошего питания, сердце в пределах N, тоны глуховаты, на верхушке шум на 1 тоне. В легких разлитые влажные хрипы. Язык обложен, сухой, 2 дня у больного озноб, жар и насморк.

Левый глаз: обширное подкожное кровоизлияние на верхнем и нижнем веках резко выраженный отек. Конъюнктивита глазного яблока и век отека (хемоз).

Обширное кровоизлияние в конъюнктиве глазного яблока и век. Роговицу удалось осмотреть при помощи векоподъемника, оттягивая складки отечной, пропитанной кровью конъюнктивы глаза. Роговица чистая, ранения не обнаружено, эпителий слегка эродирован. Зрачок нормален, реакция зрачка живая. Назначено: лед, колларгол 30%.

10. III. отек верхнего века и конъюнктивы глаза меньше, роговица прозрачна, зрачок слегка расширен, болей нет, t° 38,2.

В легких явления гриппозной пневмонии. Больной, ходивший до этого самостоятельно, лежит, сознание временами затемняется. Явилось предположение о гнойнике в полости черепа.

11. III. Роговица прозрачна, зрачок слегка расширен, радужная нормальная. Бред. В легких обильные влажные хрипы. T° утром 37,2°, вечером—37,4°.

12. III. Ночь с 11 на 12 марта провел беспокойно, бредил, соскакивал с постели. Пульс 88, T° 40°.

12. III. в 15 часов 15 минут больной скончался при явлениях резкого упадка сердечной деятельности. Диагноз: ушиб левого глаза, гриппозная пневмония, гнойник мозга (?).

13. III.—секция. Полость черепа: твердая мозговая оболочка напряжена, инъецирована. По снятии ее—справа в лобной доле гнойник, величиной с копеечную бронзовую монету. При извлечении мозга из полости черепа в лобной впадине обнаружен обломок карандаша с обычным металлическим наконечником. Обломок длиной 7 см. Последний, незначительно повредив левую лобную долю, лежал под углом 45° к мозолистому телу и вошел в правую лобную долю мозга на 2 см.

Вокруг инородного тела нагноение, вещество мозга отечно: карандаш вошел в череп по направлению слева направо, снизу вверх (оставив неповрежденными глазное яблоко, зрительный и обонятельный нервы). Начало раневого канала у наружного угла глаза.

Эпикриз—гнойник мозга, инородное тело, гриппозная пневмония, ушиб левого глаза. Случай своевременно диагностирован не был. Рентгеновский снимок не мог быть сделан по техническим причинам.

Поступила 13.VII. 1938.