

индифферентная чужеродная сыворотка, отсюда и морфологическая картина в основном тех же процессов может быть отличной. Но вместе с тем мы также думаем, что это направление еще не получило окончательного обоснования—еще не доказано, что изменения, возникающие в результате введения белка, являются признаком аллергии, как повышенной чувствительности, возможно, они являются лишь следствием нарушения белкового обмена клеток активной мезенхимы, ибо они получаются лишь при введении больших доз белка, тогда как для анафилактизации достаточно незначительное количество. Затем состояние раздражения активной мезенхимы при анафилактизации было наиболее резко получено у мышей, как раз у этих животных анафилаксия очень слабо выражена, с другой стороны у свинок, которые подвержены анафилаксии в сильной степени, подобных явлений не удалось отметить (Зееман). Все же, если сравнивать аллергическую теорию острого ревматизма с такого же рода теориями других инфекций, то у ней окажется больше доказательств, чем там.

Из пропедевтической терапевтической клиники Казанского государственного медицинского института. (Директор проф. А. Г. Тергулов).

К клинике однокамерного эхинококка печени.

Ассистент кл-ки Д. М. Асанбаев.

При современном состоянии наших знаний распознавание однокамерного эхинококка печени вообще не представляет особых трудностей, тем не менее клинический опыт заставляет нас возвращаться к этому вопросу, отчасти потому, что в отдельных случаях распознавание представляет большие трудности и отчасти еще потому, что он может протекать под флагом какого-либо другого заболевания и привести к ряду тяжелых осложнений, борьба с которыми уже представляет трудную, а иногда и непосильную задачу.

Однокамерный эх-кк представляет довольно распространенное заболевание. Районы заболевания, главным образом, Кавказ, Южная полоса Союза и Сибирь.

По данным Казанского патолого-анатомического института по степени поражаемости населения эхинококком Татареспублика занимает не последнее место и приближается к Сибири (Васильев). Так на 10000 патолого-анатомических вскрытий однокамерный эх-кк был найден в 0,61% и многокамерный в 0,41% всех случаев. Обе формы эхинококка по Татареспублике составляют вместе 1,02%, в то время как Сибирь 1,54% (Скрябин, Шулц)¹⁾. По заключению проф. Васильева степень заболевания населения Сибири и Татареспублики значительно выше, чем г. Москвы, где по данным Давыдовского на 38959 патологоанатомических вскрытий однокамерный эхинококк был найден только в 0,1% и альвеолярный в 0,005%. Однако степень поражаемости эхинококком населения Татареспублики нужно признать более высокой, имея в виду не опубликованный материал, проходящий через хирургические клиники и больницы.

Заболевание встречается, главным образом, среди лиц, соприкасающихся с собаками, с животными, рабочих-скотобоев, пастухов, крестьян; в национальном разрезе в пределах Татареспублики, гл. образом, среди русских (Васильев) наоборот по материалу нашей клиники процент поражаемости падает, гл. обр., на татар.

¹⁾ Цит. по Васильеву.

По степени поражаемости органов на первом месте стоит печень. По Dèvè составляет 74,90%, по Тер-Нерсесову 74,10%, Finsen'y 690%, Алексинскому 530% всех эхинококковых заболеваний человека.

Симптомы заболевания, а равно и особенности течения эх-кка печени весьма разнообразны и определяются рядом различных моментов: локализацией, направлением роста, количеством, размерами, состоянием самого паразита, вызываемыми им местными и общими расстройствами.

Эхинококк, развивающийся в „молчаливой“ зоне, т. е. там, где он еще не вызывает функциональных и механических расстройств со стороны печеночной паренхимы, сдавления желчных ходов или сосудов,— протекает клинически бессимптомно.

Эх-кк, достигающий поверхности печени, при определенных размерах становится доступным для распознавания. В этих случаях бросается в глаза изменение конфигурации правого подреберья в виде выпячивания и там же прощупывается округлой формы безболезненная, гладкая, флюктуирующая опухоль. Край печени выступает из подреберья и имеет закругленную форму.

В отдельных запущенных случаях, когда он достигает громадных размеров, занимая весь живот, может симулировать панкреатическую кисту, асцит или туберкулезный перитонит (Naegeli). При дифференциальном распознавании подобных случаев важно установить непосредственный переход печеночной тупости в тупость, образуемую эхинококком.

Симптом дрожания гидатид, несомненно, имеет диагностическое значение, но он встречается редко. По нашему материалу, обнимающему 12 случаев, мы не могли установить его ни в одном из случаев эхинококка печени.

При физическом распознавании флюктуация опухоли представляет наиболее ценный признак, но вместе с тем нужно помнить, что ее могут дать в отдельных случаях также кистообразные опухоли печени или как в нашем одном случае, осумкованные перитониты.

Эхинококк, развивающийся в сторону верхней поверхности печени, т. н. субдиафрагмальный, при перкуссии дает высокое дугообразное выпячивание верхней печеночной тупости при нормальной подвижности легких.

По Naegeli при распознавании этих форм не лишено диагностического значения установление симптома *Chauffard'a* „flot transthoracique“, заключающегося в том, что левая рука, приложенная к правой подлопаточной области, воспринимает своеобразную ундуляцию—волнообразные движения—при одновременном постукивании указательным пальцем правой руки спереди на высоте 5—6-го ребра.

Однокамерный эх-кк встречается обычно одиночно, хотя по Напалкову множественные встречаются чуть ли не в 50%. Можно думать о наличии множественного эх-кка, когда имеется флюктуация в 2-х местах, отделенных друг от друга здоровой печеночной тканью—симптом *Ewald'ta* или дрожание гидатид тоже в различных местах—симптом *Fiaschi*, хотя и недостаточно надежный (Naegeli).

Так дело обстоит в типических случаях. Особенностью атипических форм является то, что они протекают под видом какого либо другого типического заболевания печени.

Так, центральный эх-кк в отдельных случаях, вызывая явления сдавления паренхимы, капсулы печени и крупных желчных ходов, сопровождается болевыми припадками и различной степени желтухой. При недостаточно внимательном отношении они легко могут дать повод к ошибочным распознаваниям гепатита, холецистита или желчно-каменной

болезни. В таких случаях только дальнейшее течение или недействительность применяемых терапевтических мероприятий заставляет думать об эх-кке печени или суть дела выясняется случайно на операции. (Напалков, Ильин).

Так, в одном случае мы имели типические припадki желчно-каменной болезни и где, казалось, примененный нами метод лечения сопровождался полным успехом и только дальнейшее течение болезни заставило нас убедиться в ошибочности распознавания и лечения: эхинококк был распознан только на операционном столе.

Больной А., 31 г., татарин; около $\frac{1}{2}$ месяца типические припадki желчно-каменной болезни в сопровождении желтухи и лихорадки.

Объективно: умеренная желтушная окраска кожи и склер; *défense musculaire* правого верхнего квадранта живота; резкая болезненность в области желчного пузыря; печень не прощупывается; симптомы Ortner'a, Mussy, Сквирского; зона гипералгезии в области желчного пузыря и в виде полупояса в правой половине грудной клетки. Кровь: L—15000; формула по Schilling'y S—55%, st—18%, Ly—10%, Mn—8%, Eos—3%. Диагноз: Cholecystitis calculosa. Антикаменное лечение; t° постепенно спала; желтуха исчезла; обратное развитие симптомов со стороны желчного пузыря. Больной выписан в хорошем состоянии.

Через две недели после выписки жесточайшие боли в правом подреберьи. Операция; оказался однокамерный эх-кк желчных путей; желчный пузырь и шейка без изменений.

Запущенный эх-кк, больших размеров, особенно при слабости реакции со стороны окружающей ткани и истончении капсулы, под влиянием ряда воздействий—грубой пальпации, физического напряжения, а иногда спонтанно, прорывается в соседние полостные органы—в желудок, кишки, желчный пузырь, почечную лоханку или в соседние серозные полости—в плевральную, брюшную или в субдиафрагмальное пространство. При этом перфорация, вызывая наводнение организма гидатидной жидкостью, сопровождается бурными явлениями анафилактического шока, крапивницей. Иногда, шок может отсутствовать и только крапивница в анамнезе говорит о бывшей перфорации. Крапивница не есть обязательный симптом прорыва, т. к. она может отсутствовать независимо от того, сопровождается прорыв шоком или не сопровождается.

По Kingreen'y все случаи эхинококка брюшной полости, малого таза должны быть отнесены за счет диссеминации, а не первичного эх-кка того или иного органа брюшной полости; исходным пунктом для таких случаев служит печень или селезенка.

Симптомокомплекс перфорированного однокамерного эх-кка весьма разнообразен. Симптомы развиваются в зависимости от того—в какой орган эх-кк прорывается и также от состояния самого паразита—живой, мертвый, нагноившийся.

Эх-кк при прорыве в желудок дает внезапную рвоту массой дочерних клеток; при прорыве в кишку—с каловыми массами выводятся дочерние пузыри; в желчный пузырь, в желчные ходы—явления закупорки, сильнейшие колики, коллапс, желтуха; при прорыве в почки или в почечные лоханки—почечные колики и с мочей выделяются крючья или дочерние пузыри; в брюшную полость—диссеминация сальника, брюшины, иногда в сопровождении асцита; в плевральную полость—явления выпотного плеврита или пиопневмоторакса при нагнаивании эх-кка с газообразованием; при прорыве в бронх, в легкие—припадki удушья, асфиксия, отхаркивание мокроты дочерними пузырями и крючьями или развиваются явления пневмонии.

Распознавание осложненных случаев представляет далеко не легкую задачу. В этих случаях ценны указания больных на внезапное исчезновение опухоли в правом подреберьи, а также анамнестические указания на явления анафилактического шока, крапивницу.

В этом смысле весьма демонстративным является один из наших случаев.

Б-ная X., 23 л., тат., шорница. За несколько дней до наблюдения, выходя на работу, почувствовала сильнейшие боли в животе и одновременно с этим обнаружила внезапное исчезновение опухоли в области правого подреберья, которую она чувствовала в течение ряда лет. В течение 2-х дней нестерпимые боли в животе; живот стал сразу увеличиваться; никаких указаний на крапивницу и другие явления шока.

За последние годы врачи находили постоянно увеличенную печень. В прошлом особых заболеваний не отмечает.

Объективно: кожные покровы бледны с легкой желтушной окраской; питание понижено, легкие и сердце без изменений, живот увеличен; форма асцитическая; при пальпации зыбление; слабый Блюмберг. Печень и селезенка не определяются. Моча—слабо положительная реакция на уробилин.

Кровь: L—14800; формула по Schilling's S—39%, st—4%, Ly—14%, Eos—38%, Mп—2%. Реакция Weinberg'a, Ghedini и p. Casoni Botteri положительны.

Пробная пункция брюшной полости: добыта мутная жидкость с желтушной окраской с примесью желтых творожистых масс; под микроскопом—крячья эх-кка и единичные лейкоциты.

Диагноз: прорыв однокамерного эх-кка печени в брюшную полость.

Операция: удалено из полости живота и из печени большое количество эхинококковых пузырей; послеоперационное течение гладкое, заживление со свищем.

При нарушении питания и вторичной инфекции эх-кк печени нагнаивается и протекает под видом абсцесса печени, а при прорыве гноя в соседние полостные органы под диафрагму, в полость плевры, в брюшную полость или, как в нашем одном случае, даже наружу, протекает под видом субдиафрагмального абсцесса, эмпиемы, гнойного перитонита, периостита или перихондрита. Описаны случаи прорыва эх-кка печени в перикард, сердце и большие сосуды со смертельным исходом. (Bergmann, Naegeli).

Наконец, осложненный эхинококк может содержать газ, вследствие вторичного гниющего разложения или при сообщении с полостным органом. Клинически получается картина субдиафрагмального пиопневмоторакса или просто пиопневмоторакса при прорыве в плевральную полость.

В первом случае у б-го появляются боли в правом подреберье, припадки кашля, икота в силу вовлечения в процесс п. phrenici (Ortner, Senator); перкуторно в области первоначальной печеночной тупости определяется полоса ограниченного тимпанического звука, меняющая свою форму и локализацию в зависимости от положения б-го; рентгеноскопически симптом Dévé—смещение газового пузыря в зависимости от изменения положения б-го—расположение пузыря спереди и у диафрагмы при лежачем положении, под диафрагмой с горизонтальным уровнем жидкости при вертикальном положении; в области эпигастрия в положении на правом боку и латерально справа на левом боку.

Во втором случае, при прорыве газа и гнойной жидкости в плевральную полость, получается картина пиопневмоторакса, отличающегося от пиопневмоторакса другого происхождения тем, что здесь обращает на себя внимание несоразмерная величина и низкое стояние печени. Случаи осложнения эх-кка печени субдиафрагмальным пиопневмотораксом описаны в литературе; случаи же комбинации субдиафрагмального пиопневмоторакса с прорывом в плевральную полость встречаются, повидимому, редко; описание соответствующих случаев мы не могли найти.

Однако, такого рода осложнения мы имели возможность наблюдать.

Б-ная С., 30 л., тат., крестьянка, продолжительность заболевания 8 м-цев; поступила с жалобой на боль в правом боку, одышку и лихорадочное состояние.

Резкое исхудание. Справа симптомокомплекс гидропневмоторакса. При рентгеноскопии справа свободно подвижная жидкость с горизонтальным уровнем на высоте 4-го ребра; правое легкое сдавлено; смещение сердца влево; левое легкое без особых изменений. Печень резко болезненна при пальпации; нижняя граница определяется на $2\frac{1}{2}$ пальца ниже линии пупка. Кровь: L—13000; S—56%, st—10%, j—1%, Ly—24%, Mn—5%, Eos—4%. R. Casoni-Batteri резко положительна—краснота и инфильтрация заняла всю волярную сторону предплечья. Пробная пункция в 6-м межреберья справа—гной. Под микроскопом дегенерированные лейкоциты; крючья не обнаружены. Диагноз: субдиафрагмальный, нагноившийся. газовый однокамерный эх-кк печени с прорывом в плевральную полость.

Операция: подтверждение диагноза.

Распознавание эх-кка складывается из изложенных физических симптомов, рентгеноскопии исследования крови и иммуно-биологических реакций.

Диагностическое значение рентгеноскопии ограничено. Можно думать об эх-кке, если имеется необычно высокое стояние диафрагмы при субдиафрагмальных эх-кках и вообще при эх-кках правой доли, достигающих большой величины. Эхинококк левой доли не дает характерную картину. Все же по Kingreenу не лишено диагностического значения установление экстрагастального дефекта наполнения контрастной массы соответственно контуру опухоли при простукивании ее у нижней поверхности печени.

Сравнительно с прямой рентгеноскопией по данным Rautenberg-Goetze, Kingreen'a и др. осторожное применение пневмоперитонеума дает иногда весьма ценный результат, позволяя производить ранее распознавание эх-кков на поверхности печени даже небольших размеров. Так как ту же самую картину могут давать кистообразные опухоли другого происхождения, то, само собой разумеется, рентгеноскопические данные пневмоперитонеума представляют ценность только при сочетании с данными исследования крови и биологических реакций.

По Bergmann-Stroebe можно иногда получить конкретное представление о размерах, локализации и количестве пузырей технически хорошо проведенной гепатографии.

Эозинофилия представляет один из наиболее ценных признаков однокамерного эх-кка, но она встречается непостоянно, в среднем в пределах 45—55% (Sahlі, Wagner, Weinberg, Dévé, Беляев и др.). Причина наличия или отсутствия эозинофилии объясняется согласно установившемуся взгляду состоянием жизнедеятельности паразита и поступления в кровь токсических веществ. Она налично при повышенной жизнедеятельности паразита, при обильном размножении дочерних пузырей (Шилтов) и, наоборот, отсутствует или слабо выражена при умирании, нагноении, небольших размерах его или непроходимости стенок пузыря, вследствие утолщения, обшивствления (Weinberg). Эозинофилия обычно не достигает высоких цифр, в среднем она держится в пределах 6—12%. Высокая эозинофилия характерна для случаев осложнившихся перфорацией. Так, в случае Wagner'a эозинофилия после разрыва эх-кка была установлена в 64%, тогда как до разрыва она отсутствовала. В одном из наших случаев перфорации эх-кка в брюшную полость эозинофилия была 38%, а в другом случае—обширной диссеминации сальника 40%. Как известно, сама по себе эозинофилия не представляет обязательного признака эх-кка, так как она может быть и другого происхождения (глисты). Она имеет значение только при наличии физических признаков эх-кка печени. Одновременно не следует упускать из виду, что если в крови имеется эозинофилия и нет других причин для объяснения происхождения ее, то тогда она является первым признаком эхинококкового заболевания организма, в частности печени, еще тогда, когда физические признаки являются неясно выраженными.

При окончательном распознавании эх-кка печени, независимо от того будет ли эозинофилия или нет, оно решается биологической пробой Casoni-Batteri или серологической реакцией Weinberg-Ghedini.

Реакция же преципитивная (Heig-Lisbonne) не получила распространения, т. к. она давала положительный результат только в трети случаев (Weinberg).

Серологическая реакция Weinberg'a производится по типу Вассермановской реакции, только вместо сифилитического антигена берется эхинококковый антиген. Сам Weinberg получал ее в 82%, а Vander Haeden более усовершенств. методом в 90%. В остальных случаях причиной отрицательной реакции является недостаточное накопление антител в крови при эхинококках, имеющих толстую капсулу и она делается положительной после оперативного вмешательства.

Lehmann, Ruhnstruck в целях повышения % положительной реакции пробовали использовать метод обогащения крови специфическими антителами путем повторной интракутанной инъекции эхинококковой жидкости. И действительно, в соответствующих случаях, ими были получены положительные реакции Weinberg'a у эхинококковых больных, у которых до сенсibilизации реакция была отрицательна.

Однако, несмотря на высокую ценность р. Weinberg'a, широкое практическое применение ее встречает препятствие из-за сложности и технических трудностей производства реакции.

P. Casoni-Botteri, как диагностическая проба, имеет наиболее широкое применение. Техника реакции проста, легко и быстро выполняется. Интракутанно в предплечье вводится 0,1-0,5 гидатидной жидкости, пропущенной через свечу Chamberland'a или отцентрифугированной, в другое предплечье для контроля вводится физиологический раствор. Реакция считается положительной при покраснении и инфильтрации кожи в окружности инъекции от 4-6 см. и больше, тогда как контрольное введение физиологического раствора в другое предплечье такой реакции не вызывает. Одно покраснение без инфильтрации не говорит за положительную реакцию, хотя по нашим наблюдениям и Хрущевой это не обязательно. В отношении наших больных установлено, что случаи с применением эхинококковой жидкости, взятой от оперированных больных, всегда дают более отчетливую картину реакции и не вполне отчетливую у б-х с применением эхинококковой жидкости, взятой от рогатого скота. Это совпадает с данными и других авторов (Botteri, Lampiris и др.), считающих причиной отрицательного или неотчетливого выпадения реакции непостоянством состава гидатидной жидкости от животных.

В настоящее время накопившийся материал об интракутанной пробе подтверждает диагностическое значение и необходимость применения ее во всех случаях, где есть малейшее подозрение на эхинококковое заболевание организма.

По Голькину и Хрущевой она выпадает в 100%, Dévé в 90%, Casoni 87%, Lampiris в большом материале имел кожную реакцию в 86,4%, в то время как р. связывания комплемента в 45% и эозинофилию в 24,7%. Deutsch и Trenti имели положительную интракутанную реакцию в 85% при 43% р. связ. комплемента. По материалу нашей клиники положительная интракутанная проба была получена в 100% случаев не нагноившегося эх-кка печени. В случаях нагноившегося эхинококка она редко выпадает резко положительной, чаще слаб положительной или отрицательной. В одном из наших случаев нагноившегося эх-кка печени мы получили красноту, инфильтрацию кожи, занявшую всю волярную сторону предплечья. Причина неодинакового выпадения р. Casoni при нагноившихся эх-кках, по видимому, лежит в недостаточной сенсibilизации организма или в наступлении десенсibilизации его в условиях нагноения эх-кка.

Т. к. р. Casoni по данным разных авторов в силу недостаточной сенсibilизации или энергии не всегда выпадает положительно, то не лишена интереса идея получения положительной реакции во всех случаях эх-кка путем сенсibilизации организма по аналогии с реакцией Weinberg'a. Для этой цели тот же автор Ruhnstruck производил повторные интракутаные инъекции гидатидной жидкости. При этих условиях отрицательная интракутанная проба сменяется положительной и одновременно сопровождается увеличением эозинофильных клеток крови. Идея эта, будучи логичной и заманчивой, однако, встречает препятствие, т. к. в литературе имеются отдельные указания на опасность наступления бурной реакции анафилактического шока при повторной интракутанной пробе. В этом отношении обращает внимание сообщение Попцовой, где в 2-х случаях при повторной интракутанной пробе были получены явления анафилактического шока со смертельным исходом, а в одном случае даже при однократном применении были бурные явления анафилактического шока. Сообщение это является пока единичным и по данным Попцовой и в иностранной литературе имеется также только отдельное наблюдение.

Исходя из того, что эозинофилия и р. Сасони представляют ответную реакцию организма на накопление продуктов жизнедеятельности паразита—антигенов, многие рекомендуют не ограничиваться только одной интракутанной пробой, а комбинировать ее с исследованием крови. По наблюдениям Хрущевой, Deutsch, Botteri, Grosso, Vacigalupo, Manassei, Ruhnstruck и др. интракутанная проба на следующий день сопровождается увеличением эозинофилов крови от 4 до 15%, тогда как у здоровых этого не наблюдается. Р. Сасони, несмотря на строгую специфичность все же по отдельным недостаточно проверенным наблюдениям выпадает положительно и при не эхинококковых заболеваниях—при раке легких, печени, каверне легких (M a k k a s)¹⁾ и даже у здоровых (Редков). Во избежание неправильной оценки результатов р. Сасони, необходимо комбинировать ее с исследованием крови на эозинофилию. Положительная интракутанная проба у здоровых или при другом заболевании не сопровождается увеличением эозинофилов крови.

Выводы: 1) Ввиду того, что при несвоевременном распознавании эх-кк дает ряд осложнений, угрожающих жизни больных, там, где имеется малейшее подозрение на эхинококковое заболевание печени необходимо широко применять интракутанную пробу.

2. При заболевании печени—гепатиты, холециститы и желчно-каменная болезнь—не следует забывать возможность смешения их с атипической формой эх-кка печени. В этих случаях при наличии каких-либо признаков атипичности заболевания р. Сасони обязательна.

3. Большой процент заболеваемости населения Татареспублики эхинококком диктует необходимость проведения широких профилактических мероприятий по линии санитарно-ветеринарного и медицинского надзора.

Из 3-й терапевтической клиники II Моск. мед. ин-та. (Директор профессор Зеленин В. Ф.).

К вопросу о сущности некоторых форм геморрагического диатеза.

П. Н. Степанов.

Вопросы геморрагического диатеза, и его сущности—„больные“ вопросы патологии: клеточная патология здесь не смогла дать удовлетворительного ответа.

Геморрагический диатез—понятие собирательное. Сюда относятся: гемофилия, „болезнь“ Верльгофа, болезнь *Schönlein-Henoch'a* и скорбут. Кровоточивость—то общее, что объединяет эти заболевания, различные по клиническим проявлениям и, несомненно, по патогенезу. Правда, в связи с развитием учения о витаминах, скорбут выпал из сферы компетенции гематологов и в настоящее время тесно связан с проблемами питания. Но тем не менее каждый клинический случай кровоточивости, особенно сопровождающийся кровоточивостью десен и спонтанными синяками, всегда заставляет клинициста прежде всего исключить скорбут, а потом уже устремить свой взор в сторону остальных форм гем. диатеза. В предлагаемой работе скорбут имеет для нас двойной интерес:

- 1) дифференциально-диагностический и
- 2) исторический. На истории скорбута мы имеем возможность проследить и убедиться, как постепенно, шаг за шагом, от факта к факту, па-

¹⁾ Цитир. по Хрущевой.