

(путем пункции селезенки) установлено наличие в селезенке костномозгового кроветворения, нужно помнить о викарном кроветворении в случаях остеосклероза и нужно—путем рентгенологического исследования—исключить возможность такого процесса. В противном случае возможна с.-э., печальный исход которой отмечен в литературе.

Не останавливаясь на заболеваниях, которые подлежат больше ведению хирургов: разрыв селезенки, абсцесс, эхинококк и другие кистовидные опухоли селезенки, саркомы и т. д.—считаю нужным два слова сказать о с.-э. при „так назыв. изолированном“ туберкулезе селезенки. Если в литературе можно найти сообщения, которые говорят о благоприятных результатах с.-э., то с другой стороны не трудно указать и факты, свидетельствующие об обострении и генерализации процесса после с.-э. Отмечают и возможную трудность удаления селезенки из-за сращений.

Сообщаемый Е. М. Сосунцовой случай может служить иллюстрацией к занимавшему нас вопросу. Резко выраженная и достаточно типичная клиническая картина; спленэктомия с послеоперационным периодом, богатым разнообразными тяжелыми, даже угрожающими, то же в значительной мере характерными, осложнениями и, наконец, выздоровление, превратившее тяжелую, казалось, неизлечимую б-ую в цветущую девушку.

Литература. На рус. яз. 1) Белоногова. Н. С. Тер. арх. т. VII. вып. 6. 1929. 2) Владос Х. Х. Вопросы клин. и эксп. гемат. вып. 1. 1931. 3) Глигсберг Е. С. тер. арх. т. XI, вып. 4. 1933. 4) Горяев Н. К. Каз. Мед. Ж. 1931, № 11—12. 5) Кост Е. А. Геммор. диатезы. 1928. 6) Кузнецкий Д. П. Нов. хир. арх. 1928, т. 14. стр. 381. 7) Левит С. Г. Гемор. диатезы. 1929. 8) Труды IX съезда терап. СССР. 1926. 9) Фаерман И. Л. Болезни селезенки 1928. 10) Он же. Клин. Мед. т. X. № 1—2, 1932. *На иностр. яз.* 11) Aubertin. Nouveau Traité de Med. IX. 1927. 12) Banti. Fol. haem. X, 1910. 13) Eppinger. Die hep.-lien. Erkr. 1920. 14) Evans. Lancet. 1929. 9/II. 15) Frugoni. Pr. méd. 1929 № 3 и 63. 16) Gänsßlen. Klin. Woch. 1927. № 20. 17) Gregoire et E.-Weil. Pr. méd. 1929. № 24 18) Langeron и др. Pr. méd. 1929. № 69. 19) Lecène et Aubertin. Pr. méd. 1928. № 4. 20). W. J. Mayo. Ann. of Surg. 1928. V. 88. № 3. 21) Там-же Edwin Beer. 22) Morawitz. Klin. Woch. 1928. № 16. 23) Mühsam. Med. Kl. 1929. № 15. Kl. Med. 1929. № 21. 24) Naegeli. XL. Kongr.—d. deut. Ges. inn. Med. 1928. 25) Mc Nee Lancet 1931. 2/V, 9 V и 16/V 2) Он же. Brit. med. j. 1932. 4/VI, 11/VI, 18/VI. 2) Nisseu u Schilling. Klin. Woch. 1932. № 13. 28) Ranzi. D med. W. 1914. № 7.—Там-же Seefisch и W. Türk. 32) Rosenthal. JMA. V. 84. 32) V. Schilling. Kl. Woch. 1922. № 16. 33) Он-же. D. Med W. 1932. № 17. 34) XIX Congr. franc. de Méd. Pr. méd. 1927. № 86. 35) XLI Congr. Assoc. Fr. Chir.—Pr. méd. 1932. № 82. 36) Welt, Rosenthal a. Oppenheimer. JAMA. V. 92. № 8. 37) E.—Weil et Grégoire. Pr. méd. 1927. № 60.

Из Госпитальной терапевтической клиники Казанского госуд. медиц. института. Директор проф. Н. К. Горяев.

Случай симптомокомплекса Banti.

Д-р Е. М. Сосунцова.

29/VI-1930 г. в Еласовский санаторий М. А. О. поступила б-ная Сметаева Татьяна, 22-х лет, крестьянка—марийка, с жалобами на сильную слабость, головокружение, одышку, частые и обильные носовые кровотечения. Из расспросов выяснилось, что б-ая весной 1927 г. перенесла непродолжительное (в течение 7—8 дней) лихорадочное заболевание, после чего у нее появились частые носо-

вые кровотечения, развилась слабость, одышка, прекратились *menses*. В то же время б-ная заметила плотную неболезненную опухоль в левом подреберьи. Все нарастающая слабость, повлекшая за собой полную потерю трудоспособности б-ой, заставила ее весной 1930 г. обратиться в районную Козьмодемьянскую больницу, откуда ее с диагнозом „вторичное малокровие“ направили в Еласовский санаторий для лечения железистой водой Меняшкинского источника. В анамнезе б-ой других заболеваний нет. Венерические б-ни б-ная отрицает. Со стороны наследственности ничего патологического не отмечено.

Б-ная невысокого роста, правильного телосложения, выглядит значительно моложе своих лет. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно. Кожные покровы и слизистые оболочки резко-бледны. Лицо огуловатое; на голених и ступнях ног незначительная пастозность. Лимфатические железы не увеличены. Легкие: ограничение подвижности по I. axil. sin и жесткий выдох на обеих верхушках. Сердце расширено; границы абс. туп. верхняя только—3 межреберье, правая по I. mediana, левая по сосковой. I т. несколько усилен, резкий систолический шум у верхушки, проводящийся к нижнему концу грудины. II тон на сосудах акцентуирован. Живот вздут; в левой половине его сеть подкожных вен. Печень на палец ниже реберного края, плотновата, чувствительна при пальпации. Селезенка занимает большую часть левой половины живота. Она гладка, плотна, неболезненна при ощупывании; верхняя граница ее на уровне 7-го ребра, передняя по I. mediana, нижний край на палец ниже пупка. Над селезенкой ближе к реберному краю отчетливо выслушивается систолический шум. В моче уробилин+. Желуд. сок: отсутствие своб. HCl и наличие кровяных сгустков в желудочном содержимом. Исследовании крови: Hb 180/0, Eг 2.70.000, Fi 0,45; L 1200; retic. 6:1000. Лейкоцитарная формула: С. 23,50/0; П. 440/0, ? 70/0, Л. 1,50/0, М. 80/0. Эоз. при подсчете в камере 0,50/0; в толстой капле и в мазках плазмодий малярии не обнаружено. РОЭ по Панченкову 75 мм. через 1 час.

Б-й было назначено лечение железистой водой, которое вскоре пришлось прекратить из за повторных носовых кровотечений. Самочувствие б-й не улучшалось, слабость нарастала. Hb после последнего носового кровотечения 15/VIII упал до 120/0. Б-й было назначено *ferrum hydrogen red*, после чего состояние б-ой несколько улучшилось, особенно после того как стали применять комбинированное лечение железом и одновременно железистой водой. Через 11 дней после назначения железа Hb увеличился до 360/0; Eг до 3.5 5.000. Fi 0,5. Retic. 19:1000. РОЭ 53 мм. через 1 час. 28/VIII б-ная была выписана из санатория и направлена в Госпит. терап.-клинику КГУ.

В клинику б-ая поступила 15/IX в сравнительно удовлетворительном состоянии. Общее самочувствие значительно улучшилось; б-ная чувствовала себя бодрее; одышка уменьшилась, губы порозовели, огуловатость лица исчезла. Сердце несколько сократилось; границы абс. туп.—верхний край 4-го ребра, правая между I median. I. stern. sin., левая по сосковой. Печень и селезенка прежних размеров. В моче уробилин+. Исследование крови 18/IX: Hb 400/0, Eг. 4.100.000. Fi 0,5; L. 1500. С. 3 0/0. П. 32,50/0 Л. 22,50/0, М. 90/0 Эоз. 0,5 (по сч камере). Тромбоцитов 49.000. В толстой капле плазмодий малярии не обнаружено. В мазке анизотитоз, пойкилоцитоз, полихромазия, кольца Sabot'a. Продолжительность кровотечения 4 мин. Свертываемость крови по методу Фоньо-Стефана 8 минут. Симптом Rumpel—Leede отрицательный. RW отрицательна. Рентгеноскопия: в легких изменений не обнаружено. Сердце несколько расширено во все стороны. От пункции селезенки и грудины отказались ввиду нервного состояния б-ой.

В настоящем случае, как это видно из изложенного выше материала, мы имели спленомегалию, развившуюся очевидно в результате какого-то непродолжительного лихорадочного заболевания и сопровождаемая обильными носовыми кровотечениями и сопровождаемая анемией, лейкопенией и тромбоцитопенией. Клиническая картина течения б-ни и данные исследования крови позволяли нам притти к заключению, что в настоящем случае мы имели симптомокомплекс Бантинга в 1 его стадии. Длительность и тяжесть заболевания, поведшая к полной потере трудоспособности б-ой, опасность частых и обильных носовых кровотечений и сравнительно незначительный эффект

3-месячного санаторного и клинического лечения—привели нас к мысли о необходимости оперативного вмешательства.

6-ой была предложена операция, на которую она согласилась и 22/IX она была переведена в хирургическую факультетскую к-ку.

Операция была произведена 2 /IX проф. А. В. Вишневым под местной анестезией. В печени при осмотре изменений не обнаружено. Селезенка спаяна с диафрагмой. Сращения разъединены; селезенка удалена. Поверхность слезки гладкая, темно-багрового цвета, консистенция плотная. Размеры 22x13x7. Вес 780 гр. На разрезе выступают Мальпигиевы тельца. При микроскопическом исследовании: капсула и трабекулы утолщены; местами трабекулы расслоены скоплениями форменных элементов крови. Количество фолликулов уменьшено; стенки артерий утолщены; местами наблюдается полная облитерация. Скопления ядер ретикуло-эндотелия, местами угловато-округлых, местами вытянутых, напоминают картины, описанные Эппингером, как спавшиеся синусы, и Любаршем, как разрастание эндотелия в синусах. (По соседству с запустевшими фолликулами единичные очаги кровоизлияний).

6-ная перенесла операцию удовлетворительно. Вечером после операции t° 37,5, самочувствие хорошее. Исследование крови: 2 /IX Hb 32%, Eг 4.000.000, Fi 0,4, L 10.000. С. 40%, П. 51%, Л. 2%, М. 7%, Э. нет. Тромбоцитов 120 000. В мазке полихромазия и много эритробластов. На следующий день однако самочувствие ухудшилось; t° поднялась до 38°,5, появился кашель с ржавой мокротой и пневмониические явления в нижней доле левого легкого. В крови 28/IX Hb 32%, Eг 4.000 000. L 12.000. С. 44,5%, П. 19,5%, Л. 2%, М. 7%, Э. 1,5%, форм. раздр. 0,5. Тромбоцитов 140.000 Эритробласты до 40 на 200 лейкоцитов. Пневмониические явления исчезли к концу недели, t° литически спала, но ввиду крайней слабости и плохого самочувствия 6-ой, она 17/XI была снова переведена в Госпит. терапевтическую клинику. Здесь в течении м-ца 6-ная чувствовала себя плохо: жаловалась на сильную слабость, отсутствие аппетита, задержку стула, приступы болей в левом боку и в животе. По временам бывала тошнота и рвота желчью и пищевыми массами. Состояние 6-ой было все время крайне угнетенное; она сильно похудела и постарела. t° держалась на субфебрильных цифрах. При обследовании в полости левой плевры оказался незначительный выпот, быстро всосавшийся. Сердце прежних размеров. При аускультации легкий систолический шум у верхушки и акцент на аорте. Кр. д. 110-0. Печень на палец ниже края ребер, чувствительна при пальпации. Несколько ниже края печени прощупывался плотный болезненный тяж; иногда наблюдалось напряжение m. recti dex. В моче уробилин++++. В желудочном соке сгустки крови и anaciditas. В то же время Hb постепенно нарастал, L держалось в пределах нормы. Тромбоциты 140 000 в 1 мм³. При подсчете лейкоцитарной формулы умеренный лимфо-и моноцитоз. Клетки Тюрка и эритробласты исчезли.

С середины декабря состояние 6 ой начало постепенно улучшаться: t° снизилась до нормы; боли в боку и в животе исчезли; 6-ная почувствовала себя бодрее; губы порозовели; вес прибыл на 800 гр. Такое состояние продолжалось до начала января, и 6-ная была уже назначена к выписке, когда внезапно в ночь на 8/I у 6-ой появился резкий приступ болей в правой половине живота, сопровождавшийся потерей сознания, клоническими судорогами, начинавшимися с левой половины лица и распространявшимися по всему телу. Судороги с небольшими перерывами продолжались около суток. Все это время 6-ная находилась в бессознательном состоянии. На губах кровавая пена, зрачки неподвижны, сухожильные рефлексы живее на правой стороне. При обследовании в нижней доле левого легкого неширокая полоса притупления перкуторного звука, бронхиальное дыхание и влажные мелкие хрипы, быстро исчезнувшие. Со стороны сердца особых изменений не обнаружено. Пульс частый, напряженный. t° 38°. В моче белок в небольшом количестве, кровь и гиалиновые цилиндры. В крови: 8/I лейкоцитоз до 12000, С. 3%, П. 50%, Л. 0%, М. 30%, возинофилов нет. Судороги прекратились после инъекции морфия к вечеру следующего дня, и 6-ая, не приходя в состояние, заснула.

Припадки такого же характера наблюдались еще несколько раз и всегда сопровождались повышением t°, появлением белка в моче, сменявшихся затем обильным количеством уратов и болями в животе. В промежутках между припадками у 6-ой стали наблюдаться спутанность мысли, бредовые идеи; затем 6-ная перестала узнавать окружающих. стала очень беспокойной и 9/II была

переведена в психиатрическую клинику, где проделала еще два аналогичных припадка. Последний припадок, продолжавшийся 2 суток, оставил после себя парез левой руки и ноги. Затем припадки прекратились и б-ная стала медленно поправляться. В мае м-це она была выписана из клиники без каких либо изменений со стороны психики, но с легким левосторонним парезом верхней и нижней конечности. Нам удалось проследить состояние б-ой в течение следующих 2-х лет. Б-ная совершенно оправилась, окрепла, пополнила; носовые кровотечения прекратились припадки судорог не возобновлялись. Исследование крови, произведенное осенью 1932 г. дало: Hb 70⁰/₀. Eг. 4.100.000. Fi 0,85. L 6100. C. 54,5⁰/₀. П. 6⁰/₀. Л. 29,5⁰/₀. М. 6⁰/₀. Э. 4⁰/₀. Б-ная вполне работоспособна, выполняет всевозможные и полевые работы, жалуется только на некоторую слабость левой руки и слегка прихрамывает на левую ногу.

Таким образом, операция в конце концов дала прекрасные результаты, вернув б-ой здоровье и трудоспособность. Наблюдавшиеся же в послеоперационный период тяжелые осложнения со стороны головного мозга, почек и легких, очевидно, следует объяснить развившимся после операции тромбозом сосудов.

Из факультетской хирургической клиники Казанского государственного медицинского института. (Директор, заслуженный деятель науки, проф. А. В. Вишневский).

Новокаиновый блок при острых воспалительных и гнойных процессах.

Ассистенты клиники **В. И. Пшеничников** и **И. Ф. Харитонов**.

В процессе развития и практического применения местная анестезия встретила много противопоказаний и ограничений. Последние основывались как на клинических наблюдениях и экспериментах, так и на априорных суждениях. В особенности считалось недопустимым применение местного обезболивания при острых воспалительных и гнойных процессах. До сих пор еще сильны опасения, что в этих условиях местная анестезия грозит диссеминацией микробов и их токсинов (сепсис, пиэмия). Так, например, Waldarfel, применяя 1⁰/₀ раствор новокаина при флегмонах шеи, наблюдал смертельные исходы как в момент операции, так и вскоре после нее. Начиная с Braun'a и до сих пор многие авторы категорически высказываются против местной анестезии в условиях сколько-нибудь патологически измененных тканей. За последние 2—3 года появилось много работ с описанием различных повреждений, некрозов тканей, плохого заживления ран и даже летальных исходов как бы в результате применения местной анестезии (Boerner, Naak, Heinek и Löwen, Heinicke, Hellström, Gebel, Kirchbach, Koch, Lowen, Makai, Маненков, Franke, Stark, Wagner, Wolfson, Райз и др.).

На фоне такого положения вещей исключительного интереса и внимания заслуживают наблюдения нашей клиники, которые говорят о противоположном; наш материал свидетельствует не только о полной безопасности применения местной анестезии в условиях воспалительных и гнойных процессов, но и о своеобразном воздействии анестезирующего раствора на трофику пораженных тканей и органов.

Это обстоятельство и явилось мотивом настоящей работы.

О сущности воспалительного процесса до сих пор еще не сказано последнего слова. До сих пор оказывается невозможным дифференцировать