

тбк определенно говорит лейкоцитарная формула. Сдвиг даже при резком усилении (93% всех нейтрофилов) ограничивается лишь палочкоядерными. Меньший процент лимфоцитов в экссудате тоже указывает скорее на тбк.

Таким образом, по совокупности перечисленных данных, следовало бы склониться к тбк, даже и при отсутствии ВК и поражения второго легкого. Но тут вклинивается одно смущающее обстоятельство. Мы имеем в виду указание, и повторное, на присутствие эндотелиальных клеток в экссудате. Нельзя сказать, что эндотелиальных клеток не находили в экссудатах туберкулезного происхождения. Но, конечно, несравненно чаще они встречаются при опухолевых плевритах. Затем, противоречивы были показания РОЭ¹⁾.

Аускультативные явления над экссудатом, т. е. в самых верхних отделах сдавленного легкого, целиком могущие зависеть от биомеханических причин, в этом, как и в первом случае, — не были приняты во внимание при дифференциальной диагностике.

В итоге, диагноз тбк кажется более вероятным, хотя и не покидает тень сомнения.

Что касается поликлинического диагноза, то последний мог быть поставлен лишь в качестве альтернативы („либо тбк, либо опухоль“).

Секция показала фибро-казеозно-кавернозный тбк правого легкого с незначительными изменениями в левом и с поражением кишечника.

Из Саратов. туб. ин-та (дир. А. Михайлов)

Случай гнойного плеврита.

Проф. Л. Коробков и В. Чернышев.

Больная Б, 33 лет, доставлена в консультацию Саратовск. тубинститута 15/IX 1936 года. Краткий анамнез и физикальное исследование указывают на правосторонний экссудативный плеврит. Произведенное амбулаторно рентгеновское исследование это подтверждает и отмечает специфические изменения в свободном легком справа (сверху до диафрагмы диффузное интенсивное затемнение. Слева усиленный легочный рисунок и в подключичном пространстве несколько неинтенсивных очагов. Сердце и сосуды весьма значительно оттеснены влево). Состояние больной требует стационарного лечения. Диагноз туберкулеза не вызывает сомнений, он подкрепляется заявлением больной о частом нахождении у нее в мокроте ВК.

Больная помещена в стационар тубинститута. Анамнез. Боли в правой половине грудной клетки. Одышка. Кашель с мокротой. Высокая температура. Слабость. Ночные поты. Б-ная, повидимому, с неуравновешанной психикой, многословна. В прошлом травматический невроз. В течение продолжительного времени болела психастенией. Муж болел легочным туберкулезом, от которого и умер в 1935 году. У самой больной легочный туб. процесс с 1924 года, неоднократно находили в мокроте ВК. Лечилась амбулаторно и стационар-

¹⁾ Это не нашло себе объяснения; температура была высокой до смерти больного.

но— в больнице. В 1935 году был обнаружен правосторонний экссудативный плеврит, который, повидимому, очень быстро принял гнойный характер. Пневмоторакс 6-ной не накладывался, Б-ная не дает также прямых указаний на спонтанный пневмоторакс; боли в боку перед развитием выпота были значительны, но момента, когда появлялась одышка, она точно указать не может. С этим осложнением, т. е. с гнойным плевритом, б-ая лежала в больнице своего городка и в двух больницах одного очень крупного города. Как стационарно, так и амбулаторно делались большой откачивания экссудата. Откачивание приходилось довольно часто повторять. Ток жидкости не всегда бывал равномерным и достаточным, а с внезапными остановками, с другой же стороны жидкость снова быстро накапливалась. Объективное исследование. Исхудание. Бледность. На правой боковой поверхности грудной клетки следы многочисленных проколов. Справа сверху до диафрагмы кругом полное приглушение перкуторного звука и полное отсутствие дыхания. Слева ослабленное жестковатое дыхание, хрипы нигде не прослушиваются. Сердце смещено влево почти до средней подмышечной линии. Тоны чисты. Пульс умеренно учащен, ритмичный, достаточного наполнения, мягкий. Одышка у 6-ной в покойном положении в постели небольшая, но резко усиливается при движениях. Селезенка не прощупывается, перкуторно не увеличена. Печень гладкая, безболезненная, не уплотнена, выступает из подреберья на 2—3 поперечных пальца по сосковой линии. В мокроте при четырехкратном исследовании ни ВК, ни эластических волокон не обнаружено. Моча: р. кислая, уд. вес 1024, урехромогенная реакция отрицательная, следы белка, в осадке—единичные кристаллы шавелевой к-ты, лейкоциты 7—10 в поле зр. Кровь: гемоглобин 75%; РОЭ—43, формула—э. 5,5; пал. 14, с. 53, лф. 22,5, мон. 5% (через 10 дней картина крови та же). Произведенная повторно рентгеноскопия в общем подтверждает данные, полученные при амбулаторном исследовании (перед поступлением 6-ной) за исключением очагов в левой подключичной области, где, лишь можно подозревать небольшие, плотные узелки. Температура у 6-ной, вначале фебрильная, т. е. до 38° с десятиями, постепенно понижается и во второй декаде пребывания становится почти нормальной. В остальном без изменений. По консультации с хирургом решено произвести большое откачивание экссудата. В случае же безуспешности этого намечено наложить дренаж. Больная соглашается на откачивание с большей неохотой, так как этот процесс стал для нее мучительным. Попыток откачивания экссудата было сделано две. Их результаты представляют большой интерес и заслуживают особого внимания. 19/IX 36 г. взято около 500 см³ серозно-гнойного экссудата из правой плевральной полости. Повидимому, в экссудате имеются фибриновые хлопья, т. к. ток жидкости через иглу внезапно прекращается: при проталкивании в обратном направлении—возобновляется. Иначе говоря, наблюдалось то самое явление, на которое б-ная указывала в своем анамнезе.

Исследование экссудата: в каждом поле зрения значительное количество измененных многоядерных нейтрофилов, лимфоциты от 2 до 5 в поле зрения.

25/IX 36 г. Прокол в 4-м межреберье. Первая порция шприцем, 10 см³ чистой прозрачной жидкости, цвета и консистенции воды. Затем жидкость постепенно становится мутнее, с зеленоватым оттенком. Аппаратом Потана и шприцем аспирировать далее не удастся. Через иглу без шприца жидкость выделывается каплями, затем ток жидкости прекращается совершенно и не возобновляется после прочищения мандреном и углубления иглы. Игла извлечена. Этот неожиданный факт получения жидкости, резко отличающейся от серозно-гнойного экссудата, добытого при предыдущей пункции, вызвал некоторое недоумение. Однако путем небольшого рассуждения оказалось возможным быстро прийти к верному решению задачи.

Бывает нередко, что при высоком проколе—в случае гнойного экссудата—добывается серозная или почти серозная жидкость. Причина этого явления заключается в том, что гнойные клетки в силу своего большого удельного веса оседают. Но добытая жидкость совершенно не имела ни присущего серозному экссудату желтовато-зеленого цвета, ни опалесценции, также была иной и самая консистенция жидкости. Более светлой, т. е. бледнее окрашенной, бывает трансудативная жидкость. Наличие тран-

судата у данной больной можно было с известной натяжкой допустить при существовании второй, вполне ограниченной полости (многополостная эмпиема). Однако и трансудат не бывает таким бесцветным и прозрачным. При сравнении добытой жидкости с дистиллированной водой—никаких отличий. Таким образом, путем исключения, получилось приближение к мысли об эхинококке, так как лишь жидкость эхинококкового пузыря имеет такой характер. Исследование жидкости показало отсутствие белка и наличие большого количества хлористого натрия. Диагноз эхинококка стал несомненным. Произведенная вскоре внутривенная проба, давшая слабо положительный результат, не была необходимой и явилась только лишним подтверждением диагноза, равно как и несколько увеличенное количество эозинофилов крови—5,5%. Как известно, верхней границей нормы считается 4% (проф. Горяев и др.). Больной была предложена операция, на которую она, узнав об окончательном диагнозе своей болезни, охотно согласилась.

5/X 1936 была произведена операция (д-р Углов). По местной анестезией резекция 8-го ребра по задней аксиллярной линии. Удалено 10 см ребра. Плевра широко вскрыта. Из плевральной полости выпущено около 5 литров гнойной жидкости, содержащей пузырь эхинококка. В плевру введен толстый дренаж. Повязка.

30/X 1936 года, т. е. через 25 дней со дня операции, больная выписалась в удовлетворительном состоянии с нормальной температурой. Рентгеновский снимок, сделанный накануне выписки (28/X. 36) показывает следующее: справа сверху до диафрагмы воздух шириною 2—2½ пальца; правое легкое без заметных изменений, между 4—6 ребром диффузная треугольная тень с вершиной кверху (плевральные наслоения). Сердечно-печеночный угол, благодаря сращениям, сглажен. Слева усиленный легочный рисунок, очаговых изменений не заметно. Сердце умеренно смещено влево.

Очень интересно отметить, что получением бесцветной жидкости больная несколько не была удивлена. Она спокойно заявила, что у нее не раз уже получали небольшие количества именно такой прозрачной бесцветной жидкости. Сообщать же об этом больной не нашло нужным и, по ее мнению, на совершенно законном основании. Ведь, врачи этому не придавали значения, стало быть такая жидкость в порядке вещей. Кстати сказать, при дальнейшем разговоре больная в конце изменила свой первоначальный анамнез. Туберкулеза у нее, собственно, не было, его лишь когда-то подозревали и, будто бы, один раз находили палочки в мокроте. Вся ее теперешняя болезнь так и началась, именно, с плеврита. Версию же о туберкулезе она „придумала“ (собственные слова больной) с целью, чтобы ей не отказали в приеме в тубинститут, о котором она имела хорошие сведения.

Не мешает отметить еще некоторые моменты. Внезапные остановки тока жидкости при откачивании стали понятными. Это, конечно, не фибриновые хлопья, а оболочки пузырей, накидываясь в виде колпачка на конец иглы, обрывали ток жидкости.

Диагноз туберкулеза, с которым больная поступила, вскоре взят был под сомнение, благодаря повторно отрицательному рентгену в отношении видимого (т. е. левого) легкого и отсутствию палочек Коха в мокроте. Однако, случай оставался бы

неясным и все же подозрительным на тбк. Ведь вполне допустимы и бывают в действительности случаи, когда из сдавленного легкого ВК не выделяются, второе же легкое свободно от поражения, по крайней мере, при доступной методике исследования. Обычно такие случаи имеют в анамнезе искусственный пневмоторакс. Однако плеврит может возникнуть, конечно, и без этого. Значительно труднее поддавался объяснению гнойный характер экссудата. Но здесь на помощь приходила мысль о спонтанном пневмотораксе (хотя это и казалось мало вероятным), или о предшествовавшей пневмонии.

Увеличенный процент эозинофилов не остановил на себе внимания в силу априорного допущения наличия кишечных глист. Однако этот признак, малоценный сам по себе, все же, при сопоставлении с прочими данными, мог бы иметь значение.

Наконец, случайное получение бесцветной жидкости могло и должно было быть правильно истолковано.

Из Кожно-венерологической клиники Казанского государственного медицинского института (директор проф. И. Н. Олесов).

Случай заражения сифилисом при переливании крови.

М. Л. Осипова.

Под названием *Syphilis d'emblée* в настоящее время понимают такие случаи сифилиса, где не бывает первичного сифилида. Различают две формы сифилиса без шанкра: 1) *Syphilis d'emblée a debut ganglionaire*—криптогенный сифилис, когда при отсутствии шанкра сифилис впервые проявляется в виде опухания регионарных лимфатических желез, 2) *Syphilis gematogene d'emblée*—гематогенный сифилис, когда не удается обнаружить ни шанкра, ни аденита, а первым проявлением сифилиса является вторичная экзантема.

Существование сифилиса без шанкра большинством сифилитологов отрицалось, и только в последнее время пересмотр этого вопроса стал актуальным, в виду накопившихся клинических и, особенно, экспериментальных данных.

Проф. Вельш, который являлся горячим сторонником мнения о существовании сифилиса без шанкра, опубликовал 4 таких случая (из коих один должен быть безусловно отнесен к такого рода сифилису); он признавал доказанным только те случаи профессионального сифилиса врачей, когда у них вследствие случайного укола во время операции на заведомо сифилитических субъектах развивается вторичный сифилис без явлений на месте укола. Уленгуту и Мульцеру в 1909 г. удалось вызвать в 100% общую инфекцию у молодых кроликов, путем внутривенного введения им спирохетосодержащей эмульсии яичка. Этот кроличий гематогенный сифилис объясняет возможность развития у людей сразу гематогенного сифилиса без клинически вы-