

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-

раженного шанкра. Помимо этих экспериментальных данных встречаются, очень редко, и клинические факты, доказывающие возможность развития гематогенного сифилиса и у человека.

Случай, который наблюдался в нашей клинике относится к этой же категории. Дело идет о больном, З., 26 лет (машинист), поступившем в клинику 29.IX 36 г. с жалобами на сильную головную боль, усиливающуюся по ночам и сыпь по всему телу. Из анамнеза выяснилось, что 7.VII 36 г. у него была травма мочеиспускательного канала (сходя с паровоза оступился и ударился о подножку лестницы паховой областью), после которой появилось кровотечение из мочеиспускательного канала. По поводу этого явления он обратился в железнодорожную больницу, где его положили на стационарное лечение. Согласно копии истории болезни 19.VII ему было введено внутривенно 50 см³ крови от донора Р. гр. I (у б-ного гр. III). 5.IX, со слов больного, по всему телу появилась сыпь, сопровождавшаяся общим недомоганием, сильной головной болью и опуханием шейных желез.

Status praesens. Б-ной высокого роста, правильного сложения, полижевного питания. Костно-мышечная система—норма. При ощупывании лимфических желез отмечается повсеместное увеличение, причем шейные достигают величины с лесной орех, подмышечные, кубитальные и паховые с крупную горошину; желез плотные, безболезненные, легко подвижны. Видимые слизистые нормальной окраски; в зеве небольшая гиперемия, со стороны внутренних органов не отмечается ничего патологического. На коже груди, живота, на внутренней поверхности обеих плеч имеются бледно-розовые пятна, не выступающие над уровнем кожи, округлого очертания, в диаметре от просыного зерна до чечевички и несколько больше. Сыпь располагается симметрично, исчезает при надавливании. На внутренней поверхности бедер сыпь такого же характера, но несколько возвышающаяся над уровнем кожи. Сыпь не вызывает каких-либо субъективных ощущений. Наружные половые органы без видимых изменений.

Трехкратное исследование крови на RW давало резко положительный результат. 27.IX назначено специфическое лечение: инъекции *bijectio* и введение Neos. 11.X активные явления сифилиса исчезли. Больной выписан 5.XI по окончании курса специфического лечения в хорошем состоянии. Принял *bijectio* 43,0 и Neos. 4,35.

Когда диагноз сифилиса у больного З. был установлен, стали искать источника заражения. Сам больной случайные половые связи категорически отрицает. При обследовании его жены объективных явлений лю.са не было обнаружено, RW—отрицательная. Тогда внимание было направлено в сторону донора. В качестве последнего была санитарка больницы Р., от которой больному З. было передано 50 см³ крови.

13.X донор Р. была вызвана в клинику для обследования, где у нее были обнаружены активные проявления сифилиса: *papul. genital. circa anum et periaurales*. RW.—резко положительная.

Донор Р., 25 л. Из анамнеза выяснилось, что мать умерла от родов, отец жив и здоров. Половой жизнью начала жить с 19 лет. С мужем жила 6 лет, после чего с ним разошлась, от мужа остался ребенок 4 лет, который родился в срок. В настоящее время Р. беременна на 5-м месяце. О своей болезни больная „ничего не знала“, от сифилиса никогда не лечилась.

Факты заражения сифилисом во время переливания крови встречаются, и зависят они главным образом от того, что врачи, переливающие кровь, забывают о возможной передаче с кровью и бледной трепонемы. Описываемый случай подтверждает необходимость обратить сугубое внимание при обследовании доноров, в отношении выявления у них сифилиса. Этот вопрос приобретает особое значение.