

На основании этого, правда, очень скромного по количеству материала, мы позволим себе сделать следующие выводы:

1) При лечении гравиданом отосклеротиков, страдающих отосклерозом менее 10-ти лет, получается очевидное улучшение.

2) Отосклероз застарелый, — свыше 10-ти лет — никакого улучшения не дает.

3) Гравидан прекрасно действует при хроническом катарральном отите.

4) Улучшение слуха у больных отосклерозом и катарральным отитом получается за счет улучшения общего состояния при лечении гравиданом.

Две другие группы слишком малочисленны, чтобы придти в отношении их к какому-либо выводу, кроме того, что и здесь некоторое изменение в сторону улучшения слуха дает улучшение общего состояния больных.

Из терапевтического отделения б-цы им. Мечникова в Ленинграде (зав. проф. О. В. Кондратович)

К вопросу о патогенезе гангрены легких¹⁾

Д. М. Гутерман (Ленинград)

В связи с ростом числа гангрен легких за последнее время, представляют значительный интерес некоторые клинические и анатомические черты этого заболевания.

Если просмотреть распространенные руководства и статьи в периодической литературе о гангренах легких, то всюду можно встретить основное положение, что наиболее встречающейся формой гангрены легких является бронхогенная форма; согласно этому воззрению, развитие гангрены легкого происходит вследствие распространения инфекции по дыхательным путям; поводом же к развитию бронхогенной гангрены, по многим авторам, является попадание в легкие органических чужеродных тел, в особенности пищевых частиц при поперхивании, при аспирации (Strümpel). То же самое мы находим и в новейшем руководстве по внутренним болезням под редакцией профессоров Ланга и Плетнева, где в статье профессора Гранстрема о гангрене легких сообщается, что „...легочная гангрена встречается чаще в виде осложнения при заболеваниях, при которых нарушена функция глотательных мышц и вследствие этого легче и чаще происходит попадание частиц пищи, слизи и слюны из рта в дыхательные пути“. Другие авторы, как русские, так и иностранные, также придают аспирации большое значение в происхождении гангрены легких, причем указывают, что предрасполагающими моментами являются истощение организма, вследствие голода, сахарного диабета, старости, алкоголизма и т. д. Гангрены, имеющие место в результате пневмоний, также относятся авторами к разряду бронхогенных. И только в тех случаях, когда гангрена развилась при наличии септического очага в

¹⁾ Доложено на заседании Научного о-ва врачей при б-це им. Мечникова 17/V 1932 г.

организме (септический эндофлегит, тромбфлебит, остеомиелит и т. д.) говорят о гематогенной (эмболической) гангрене легкого.

В вопросе о наличии полости, почти все авторы также сходятся на том, что полость — это необходимый элемент гангрены легкого и, если она не определяется клинически, то находима при исследовании легких рентгеновыми лучами, представляясь в виде просветления на фоне темных бронхопневмонических очагов, часто с горизонтальным уровнем жидкости; распознавание полости считается весьма существенным для диагноза.

Интересуясь вопросами гангрены легких, мы обследовали протоколы вскрытый за 1928-30 гг. в количестве 50 случаев с анатомическим диагнозом „гангрена легких“. Это были лица в большинстве случаев в возрасте до 50 лет (34 из 50), активно работавшие. Мы не нашли на этом материале подтверждения взгляду о преимущественном заболевании гангреной легких лиц старых, истощенных голодом, с параличами глотания или заболеваниями головного мозга; ни в одном случае не было обнаружено ни инородного тела, ни частиц пищи в дыхательных путях — полное противоречие со взглядами авторов на аспирацию, как основной патогенетический фактор. Инородное тело, как причина гангрены легкого — явление редкое, эти случаи исчисляются у отдельных авторов единицами и описываются, как представляющие казуистический интерес. С другой стороны, далеко не все инородные тела, даже при длительном нахождении их в дыхательных путях, ведут к гангрене легкого. В случае *Фельдмана* — кость, находившаяся в бронхе 3 г. 4 мес., не вызвала гангрены; этот же автор, говоря о длительном нахождении инородных тел в дыхательных путях, указывает, что известны случаи, когда инородные тела пролежали 15, 18 и больше лет. Он приводит следующее мнение *Джексона*, крупнейшего бронхоскописта нашего времени: „...необычайно быстрым выздоровлением характеризуются все легочные процессы, развившиеся на почве инородных тел. И в этом отличие этих легочных процессов от легочных процессов, развившихся на другой почве“... Во всех протоколах вскрытый больных, умерших от гангрены легких, мы находим заключение прозектора: „катарральная бронхопневмония с исходом в гангрену“, „фибринозная, фибринозногнойная пневмония с исходом в гангрену“, „легкое повышенной плотности, безвоздушно с расплавленными участками“ — во всех случаях основное первичное явление — пневмония, а не аспирация и не инородное тело. Авторы все еще говорят о значении аспирации, инородных тел и т. д., совершенно игнорируя весьма значительный рост гриппа, гриппозных пневмоний и гангрены легких за последние годы и их взаимную зависимость, выявленную точными статистическими данными *Mosing'a*, *Busse*, *Marchand*, *Frenkel*, *Tixier*, *Dorendorf'a* и др.

Переходим к следующему штриху в картине гангрены легкого — полости. Мысль о наличии полости, как необходимом условии для диагноза гангрены легкого, настолько прочно укоренилась в умах врачей, что в случаях пневмонии с отделением гангренозной мокроты, но без клинически или рентгенологически определяемой полости, говорят о бронхоэктазиях, о пневмонии с гнилостным бронхитом и т. д. — диагноз же гангрены легких отвергается. Из приводимых нами 50 случаев гангрены легких, в 20 случаях патологоанатомом не отмечено полости; протокол гласит, что, на

фоне воспаления, в легком определяются очаги гангренозно измененной ткани; патологоанатом видит бурую или грязно-серую, расплывающуюся под пальцами гангренозную массу, не удаленную из инфильтрированного пнеймоническим процессом легкого и не образовавшую, следовательно, полости, несмотря на давность заболевания, иногда в 3—3½ месяца и более. Под влиянием интоксикации, а также значительного воспалительного отека интерстициальной ткани, нарушается перистальтическая функция бронхов, последние сдавливаются и гангренозная масса может задержаться в месте своего образования—полости не будет.

Знакомясь далее с протоколами вскрытий, мы обратили внимание на один чрезвычайно важный факт—увеличение селезенки: в 33 случаях из 50 отмечено увеличение селезенки с частой характеристикой патологоанатома: „септическая гиперплазия пульпы“, „острая гиперплазия пульпы“, „ткань селезенки дряблая, с большим соскобом пульпы“—такие изменения, находимые, как в более поздних, так и в ранних случаях гангренозных пнеймоний указывают на наличие в организме активной гематогенной инфекции; ряд других черт—высокая лихорадка, ознобы, увеличение печени, лейкоцитоз, нередко альбуминурия, резкие явления общей интоксикации, глубоко потрясающие организм и проявляющиеся с самого начала развития гангренозной пнеймонии—дополняют картину гематогенного заболевания.

Нам хотелось бы остановиться еще на одном вопросе, вопросе о сочетании гангрены легких и туберкулеза. Среди многих врачей распространено мнение, что гангрена и туберкулез легких являются антагонистами вследствие антагонизма туберкулезных бацилл и спирохет, которых все еще многие продолжают считать возбудителями гангрены легкого. У Nicol и Schröder'a читаем „... одновременность туберкулеза и гангрены наблюдается чрезвычайно редко. Мы лично встретили только два подобных случая“. По Тушинскому, „активный tbc легких обычно не способствует развитию гангрены легкого“, „но при рубцевании туберкулеза легкого, на таком потерявшем воздушность участке, может развиваться гангренозный процесс“. На нашем материале из 50 случаев гангрены легкого—в 8 был обнаружен одновременный продуктивный туберкулезный процесс и катарральная пнеймония с исходом в гангрену, причем в 4 случаях процессы разыгрались в одном и том же легком.

Ряд фактов, приведенных нами, стоит в противоречии с существовавшими до сих пор воззрениями на гангрену легких, как на бронхогенное заболевание; гангрена легких, сопровождаясь увеличением печени и селезенки, а также другими явлениями общего инфекционного заболевания, должна быть рассматриваема, как гематогенный, пнеймонический процесс.