

быть компенсирована компенсаторной гипертрофией правого предсердия, но является, по видимому, таким пороком сердца, что она в комбинации с митральным пороком может гарантировать компенсацию на более продолжительное время, больше чем это было бы возможным без сопровождающего стеноза (в нашем случае 34 года). Это благоприятное влияние на больное левое сердце кажется нам важным критерием для дифференциального диагноза стеноза трехстворки против недостаточности<sup>1)</sup>. Длительность заболевания (поражения) того или иного отверстия в случае Hilleг'a точно не установлена; нам кажется, что его понимание роли стеноза трехстворки далеко не является бесспорным. Rombег считает компенсацию стеноза и недостаточности трехстворки невозможной.

Мы в своих случаях не знаем ни одного с тройной клапанной кардиопатией, где бы была возможна достаточная компенсация. Все наши больные были прикованы к постели, а если некоторые из них выписывались из клиники, то они принуждены были вновь сравнительно быстро возвращаться, и жизнь их обрывалась.

*Литература:* 1) Терапевт. архив, 1928 г., т. VI, вып. 5.—2) Deut. Arch. f. kl. Med. Bd. 147, 25.—3) Иркут. мед. журн., т. V, № 6, 1927 г.—4) Казан. медиц. журнал, 1926 г., № 3.—5) H. Vaquez. «Болезни сердца», русск. перевод, 1927 г.—6) W. Osler. «Руководство по внутренней медицине», русск. перев., 1928 г.—7) F. Külb. «Болезни сердца и кровеносн. сосудов», русск. перев. 1916 г.—8) J. Mackenzie. «Болезни сердца», русск. перев., 1911 г.—9) H. Sahli. «Учебник клинич. методов исследов.», русск. перев., 1911 г.—10) К. Буйневич. «Руководство к изучению внутр. б-ней», 1914 г.—11) E. Rombег. «Руководство к практической медицине», под редак. W. Ebstein'a и J. Schwalbe, 1900 г.—12) Hoffmann. «Funk. Diagn. u. Therap. d. Erkr. d. Herz. u. d. Gefässe», 1911 г.—13) Hochhaus-Liebermeister. «Die Krankheiten des Herz. u. d. Gefässe», 1922 г.—14) P. Schrumpf. «Болезни сердца», 1925 г.—15) С. С. Зимницкий. «Лекции по сердечным болезням», 1923 г.—16) Н. Котовщikov. «Руководство к клинич. метод. исслед. внутр. болезней», 1891 г.—17) Д. Ф. Ланг. «Клинич. диагностика», под редак. Левина и Плетнева, 1928 г.—18) M. Mathes. «Учебн. дифференц. диагностики внутр. б-ней» перевод Лызлова, 1924 г.

Из Пропедевтической терапевтической клиники Казанского гос. университета.  
(Зав. прив.-доц. А. И. Бренинг).

## Случай венозного шума у основания мечевидного отростка<sup>1)</sup>.

Ассистента В. Ф. Янимова.

Исключительная редкость звукового феномена, наблюдаемого у больной нашей клиники, нам кажется вполне достаточным поводом для оглашения этого случая в печати. Знакомство с литературой по данному вопросу еще более побудило нас к сообщению, так как в имеющейся в нашем распоряжении литературе, как это будет видно из дальнейшего, вполне аналогичного случая мы не нашли.

Больная А. М., 26 лет, девушка, крестьянка, поступила 10/XI 28 г. в клинику без определенного, ярко очерченного анамнеза, с удовлетворительным общим состоянием. Все жалобы больной сводились к резкой давящей боли в эпигастриальной

<sup>1)</sup> Доложено в Каз. общ. врачей с демонстрацией больной 18/XII 28 г.

области после приема пищи, к колостью в левом подреберье и болям внизу живота, главным образом во время ходьбы. Кроме этого больная отмечает еще слабость, которая якобы стала развиваться незадолго до поступления в клинику, одышку и сердцебиение при ходьбе. Никаких диспепсических расстройств не отмечается.

Больной считает себя около 4-х лет, когда впервые появились приступы малярии, продолжавшиеся с месяц. Боли в животе, по словам больной, якобы усилились после малярии, приняли более постоянный характер. Под влиянием хинина приступы исчезли, но боли остались. В этот период больная впервые заметила у себя опухоль в левом подреберье, которая медленно увеличивалась, а с ее ростом усиливались боли в животе. Настоящих размеров опухоль, по словам больной, достигла год назад. Из ранее бывших болезней, кроме малярии, отмечает корь и оспу. Менструации начались на 22-ом году, были обильные и продолжительные по 10—7 дней. Родителей не помнит. Имеет 2-х братьев, один из них, по словам больной, лечится в тубдиспансере.

*St. graesens.* Больная низкого роста, 138 см. Подкожная клетчатка развита удовлетворительно. Мышцы дряблы; кожа и слизистые бледны. На коже груди незначительное расширение поверхностных вен; такое же легкое, едва заметное расширение кожных вен, идущих снизу из правой подвздошной области к подмышечной впадине. Склеры субиктеричны. Мягкое небо с желтоватым оттенком. Со стороны костного скелета: седловидно запавший нос, *geni valgum*, нерезкое вдавление грудины в нижней ее трети. Лимфатические железы, за исключением подчелюстных, не прощупываются. Со стороны легких: приглушение в правой верхней доле, повышение нижней границы приблизительно на одно ребро, ограничение подвижности нижнего края как справа, так и слева; жесткое дыхание с продолжительным выдохом повсюду.

*Сердце:* Сердечная тупость незначительно расширена вправо и влево (за *lin. mamillaris*). Верхушечный толчок в 5-ом межреберье, кнаружи от соска. Легкое заглушение звука на *manubr. sterni*. При аускультации у основания грудины выслушивается резкий, дующий, непрерывный шум, похожий на шум завывания ветра в трубе, усиливающийся с фазой вдоха, независимый от фаз сердечной деятельности. Шум этот слышится лучше в горизонтальном положении и проводится вверх до *fossa jugularis*; в вертикальном положении шум этот хуже слышится и проводится только до 3-го межреберья. Шум этот вниз распространяется очень незначительно, на 2—3 см.; вправо проводится по реберной дуге и левой доле печени до *lin. mamil. dextra*, правда, в очень ослабленном виде. При легком прикосновении к коже в области основания мечевидного отростка мы можем пальпировать этот непрерывный шум, причем более сильное надавливание в этой области ведет к исчезновению шума как в смысле пальпации, так и аускультации. К такому же исчезновению шума ведет смещение печени вверх, отдавливание кзади. Мы считаем необходимым отметить, что надавливание на брюшную стенку с силой до прижатия ее к задней стенке по *lin. alba*, в области ниже края печени до пупка, абсолютно не влияет на шум. Шум у мечевидного отростка настолько силен, что он покрывает все звуковые явления в сердце. При вышеуказанном прекращении непрерывного шума начинают выслушиваться интракардиальные звуковые явления. На верхушке ясный систолический шум, на аорте свой самостоятельный систолический шум. На *vena jugularis* слева выслушивается ясный шум волчка, исчезающий при надавливании на печень. Кров. давл. 90/55/64).

Рентгеноскопия грудной области дает следующую картину: «Правый купол диафрагмы стоит высоко, подвижность диафрагмы хорошая, синусы свободны. Сердце расположено срединно, увеличено вправо и влево. Сосудистый пучок растянут. Сердечные сокращения напоминают движения качелей. Левое предсердие увеличено умеренно».

Со стороны органов брюшной полости можно отметить выпячивание живота, несколько больше слева; при пальпации прощупывается слева селезенка, нижний край которой при вертикальном положении больной не доходит на два поперечных пальца до лобка, передний край заходит на один-два поперечных пальца за *lin. alba* вправо, консистенция очень плотна; край несколько закруглен, поверхность мелко бугристая; в верхней трети переднего края имеется намек на вырезку, при дыхании тело смещается. В правом подреберье при очень глубоком дыхании можно прощупать плотный край печени и намек на вырезку; левая доля хорошо прощупывается, плотной консистенции, не совсем гладкой поверхности с острым краем, выступает на 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> поперечных пальца из-под ребер по *lin. alba*. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Со стороны носоглотки отмечается *rinitis*

atrophicans, pharyngitis chronica, гипертрофия IV-го миндалика. Исследование желудочного содержимого дало значительное понижение кислотности: OSK—14, своб. HCl—следы, крови нет. В осадке дрож. клетки, лейкоциты единичные. Неоднократное исследование кала на кровь было всегда отрицательным, только незадолго перед выпиской, после введения накануне тонкого зонда появилась резкая реакция на кровь в кале. Реакция на уробилин в моче, билирубин и желчные пигменты всегда были отрицательны.

RW—отрицательна. Реакция V. d. Berg'a прямая—замедлена, непрямая—быстрая. Резистентность эритроцитов 0,33%. Морфологич. исследование крови: Hb=47%, Er=5.100.000, L=1150, S=42%, St=20%, Lymph=29%, M=9%, Eos=0%. Anisocytosis, Poikilocytosis.

Из этих, вкратце приведенных объективных данных можно видеть, что в данном случае имеется комбинация заболевания сердечнососудистой системы с гепатолиенальным синдромом, симптомы которого выступают на первый план.

Что касается шума, выслушиваемого на мечевидном отростке и проводящегося вверх по грудине, то можно без дальнейшего, на основании уже приведенных данных, сказать, что это венозный шум и, как таковой, он скорее может быть связан с гепато-лиенальным заболеванием, чем с имеющимся заболеванием сердечнососудистой системы. За происхождение данного шума в одном из венозных стволов говорят его характер,—беспрерывность, независимость от фаз сердечной деятельности и, наконец, его исчезновение при надавливании на приводящий сосуд.

Венозные шумы вообще явление редкое, но все же иногда они могут наблюдаться не только в *v. jugularis*, но в *v. aponuma*, *v. scapularis*. Несмотря на редкость их, все же в литературе имеются указания на появление венозных шумов и в других местах. Так, проф. Котовщikov<sup>1)</sup> упоминает случай Ра'я, где в правой половине груди выслушивался громкий беспрерывный шум, объясняемый автором наличием или артерно-венозной аневризмы или расширением вены в грудной полости. Секции не было. Во втором подобном случае Ра'я, где выслушивался шум спереди и сзади в верхней доле правого легкого, автором предполагалось сужение и расширение под влиянием ненормальных тяжей и опухших лимфатических желез *v. azugos*. Вскрытие вполне подтвердило это предположение. Vamberger<sup>2)</sup> пальпировал и выслушивал шум в поверхностных расширенных венах живота при циррозе печени. Проф. Н. А. Виноградов<sup>3)</sup> в 1883 году демонстрировал в Казанском обществе врачей случай венозного шума на мечевидном отростке. В поверхностных расширенных кожных венах, идущих от пупка вверх, шум в случае проф. Виноградова не выслушивался, на основании чего автором было сделано заключение о происхождении шума в более глубоких венах, как, напр, в *v. coron. ventr. superior*, расширившихся на почве затруднения портального кровообращения. К этому выводу о локализации шума приводит и резкая ограниченность шума, отсутствие проводимости вниз, влево и вверх; только в правый *hypochondrium* шум несколько проводится. Kurrel и Schelle (приводится по Котовщикову) наблюдали шум

<sup>1)</sup> Котовщиков. Руководство к клинич. методам исследования внутренних болезней, т. V, Казань, 1904.

<sup>2)</sup> Vamberger. Wien. medicin. Wochenschr. 1851, № 9.

<sup>3)</sup> Проф. Н. А. Виноградов. Дневник Казанского об-ва врачей, 1883 г., № 16.

в v.v. paraumbilical. G a m b a r a t t i (прив. по К о т о в щ и к о в у) при циррозе печени и правого легкого слышал резкий шум по всей грудине и над печенью; объясняет его сужением v. cav. inferior в sulc. hepatic. благодаря сморщиванию печени.

Таким образом, из приведенных литературных данных видно, что в некоторых случаях циррозов печени могут наблюдаться и выслушиваться шумы, как в поверхностных венах—случ. B a m b e r g e r ' a , так и в глубоких—случаи В и н о г р а д о в а , K u p p e l ' я , S c h e l l e , G a m b a r a t t i . При этом, по мнению S c h e l l e , этот шум является ранним и верным признаком значительного нарушения кровообращения в воротной системе.

Установить в нашем случае связь венозного шума с затруднением портального кровообращения несколько труднее, чем это было в вышеуказанных случаях. В случаях B a m b e r g e r ' a , В и н о г р а д о в а было резкое коллатеральное кровообращение на передней брюшной стенке в виде венозных стволов, идущих от пупка кверху, в нашем же случае нет намека на расширение вен на передней брюшной стенке; к тому же отсутствие асцита в нашем случае также говорит как бы против нарушения портального кровообращения. Весь симптомокомплекс наблюдаемого нами случая—спленомегалия, субиктеричность, картина крови, пониженная резистентность эритроцитов, уплотнение левой доли печени с явным уменьшением правой—скорее укладывается в рамки так называемых спленомегалических циррозов без желтухи E r r i n g e r ' a <sup>1)</sup>. Правда, отсутствие уробилина не совсем увязывается с диагнозом цирроза печени, но здесь мы можем указать на явление того же E r r i n g e r ' a <sup>2)</sup>, что основание диагноза поражения печени на наличии уробилиногеновой реакции может чаще привести к ошибке, чем к правильному выводу.

Демонстрируемый нами случай не вполне аналогичен также и случаю B a u m g a r t e n ' a (приводится по E r r i n g e r ' u I. c.), описанному в 1906 году, характерным симптомокомплексом которого являются: 1) колоссальная селезенка, 2) малая печень, 3) значительное расширение вен передней брюшной стенки. Клинически случай B a u m g a r t e n ' a шел как m. V a n t i . Секцией весь симптомокомплекс m. V a n t i подтвержден, но патогенез случая был не в первичном заболевании селезенки, а во врожденной задержке роста печени и во врожденном незакрытии пупочной вены. В 2-х случаях E r r i n g e r ' a (I. c.) уже при жизни был поставлен диагноз m. B a u m g a r t e n . В одном из них выслушивался шум на грес. хурһoid., исчезающий при давлении; в другом в области выше пупка пальпировался шум, исчезающий при сильном давлении.

Отсутствие в нашем случае расширения вен на брюшной стенке заставляет нас отказаться от диагноза m. B a u m g a r t e n ' a , для которой самым характерным, налагающим особый отпечаток как на отдельную нозологическую единицу, является именно это колоссальное расширение вен брюшной стенки, как следствие незаращения пупочной вены.

Из других процессов, связанных с описанной картиной гепатолиенального заболевания, можно здесь с большим правом говорить о тром-

<sup>1)</sup> Die Erkrankungen der Milz, der Leber. Berlin, 1920 г. X Kap. S. 385—460.

<sup>2)</sup> Э п п и н г е р и В а л ь ц е в . Болезни печени, гепатолиенальные заболевания. Госиздат, 1927 г., стр. 178.

бофлебитическом процессе селезеночной вены, за который особенно говорит отсутствие уробилинурии. С другой стороны, клиническая картина наблюдаемого случая не вполне увязывается и с этим диагнозом, и здесь с одинаковым, пожалуй, правом можно говорить только предположительно о том или другом указанном выше диагнозе.

Принимая во внимание всю клиническую картину, мы останавливаемся в данном случае на комбинированном заболевании сердечно-сосудистой системы в форме *insuf. v. mitralis et endocarditis*, с гепатолиенальным синдромом в форме Эппингеровского спленомегалического цирроза без желтухи с затруднением портального кровообращения, о чем говорит венозный шум у основания мечевидного отростка.

---

Из 1-ой Советской больницы гор. Брянска (Завед. д-р И. М. Яхнич).

## **К вопросу о влиянии глистной инвазии на желудочную секрецию и секреторные типы по проф. Зимницкому<sup>1)</sup>.**

Ординатора **Н. Л. Водноса.**

В последнее время вопрос о глистной инвазии стал широко дебатироваться в печати, и к настоящему моменту накопилось уже достаточное количество фактов, говорящих о том, что глисты являются социальным бедствием, требующем к себе пристального внимания. Уже давно известно, какие тяжелые расстройства может повлечь за собой глистная инвазия, особенно аскаридная, благодаря способности аскарид заползать во все органы. Не останавливаясь на симптоматологии и клинике глистной инвазии, укажем здесь только, что глисты, кроме чисто механического вреда, вызывают еще разные расстройства, отравляя организм вырабатываемыми ими токсинами.

Мы давно уже обратили внимание, работая в гор. Брянске, на громадное количество желудочных больных, переполняющих местные амбулатории и в большом количестве направляемых в нашу больницу с диагнозом „бескислотный катарр желудка“, и одновременно с этим на большую зараженность населения глистами, особенно аскаридами. Ввиду этого, по предложению д-ра И. М. Яхнича, мы занялись вопросом о возможном влиянии глистной инвазии на желудочную секрецию, пользуясь методикой исследования желудка тонким зондом по комбинированному способу проф. Зимницкого с двукратной дачей алкогольного пробного питья. В желудочном соке определялись: общая кислотность, своб. соляная к-та, хлориды, слизь, кровь, желчь; обращалось внимание и на типы секреции по Зимницкому, которые мы определяли как по кислотным, так и по хлорным показателям.

Для настоящей работы мы пользовались следующей методикой: у больного исследовались испражнения, затем на следующий день исследовался желудочный сок, после чего проводился курс глистогонного лечения; по окончании лечения, больной в течение 3-х дней оставался без всяких медикаментов, на обычной диете, а на четвертый день по окончании

---

<sup>1)</sup> Доложено 7/V в заседании Брянской научной ассоциации врачей.