

мнением по пониманию отношения Naegeli к лейкоцитозу, возникающему под влиянием телесных напряжений. А. П. Егоров относит Naegeli к числу авторов, считающих этот лейкоцитоз распределительным. Хотя в книге Naegeli „Blutkrankheiten“ (издание 1923 г., стр. 223—224) и имеются поводы к такому пониманию (см. ссылки Егорова), но вместе с тем он пишет: „Wohl fast alle Autoren (Z. B. Liberow) erblicken in dieser neutrophilen Leukozytose eine myelogene, auf bestimmte Reize gebildet, aber nur zum Tele von Muskelsubstanzen veranlasst, womit ja vortrefflich stimmt, dass nach Gräwitz diese „myogene“ Leukozytose fehlt, bei bereits bestehender entzündlicher Leukozytose und bei schwerer Erschöpfung. Dann ist eben der Reiz auf das Knochenmark unter dem Schwellenwert der schon vorhandenen Reize“. По нашему мнению, приведенная цитата заставляет относить Naegeli к авторам, считающим указанный лейкоцитоз не распределительным, а истинным миэлогенным.

Мы лишиены были возможности исследовать кровь до звездного пробега и произвели первое исследование крови через 3 дня после прихода из него, но полученные нами результаты в общем укладываются в рамки нормальных цифр. Может быть при производстве второго исследования после соревнования через $1\frac{1}{2}$ —2 часа, а не через 3, как это сделано нами, мы получили бы еще более резкие отклонения, чем это имело место на наших случаях, но нас интересовала картина крови непосредственно после пробега, а повторное исследование по сложившимся условиям (митинг, раздача призов и пр.) возможно было только через 3 часа.

ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Терапев. клиники им. проф. Р. А. Лурия госуд. Ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина. (Директор проф. Р. А. Лурия).

Об Endocarditis lenta с множественным септическим поражением кожи.

Э. Р. Могилевского.

Одной из наиболее постоянных и весьма важных особенностей в клинической картине endocarditis lenta является, как известно, склонность к появлению эмболий в различных органах. Эмболы могут быть занесены током крови в различные органы: селезенку, почки, мозг и проч., в результате чего и получается сложный симптомокомплекс с участием ряда органов, который так характерен для клинической картины затяжного септического эндокардита. Эмболия в какой-нибудь орган и вызванные ею симптомы являются часто причиной тех жалоб, с которыми больной впервые обращается к врачу, нередко же эмболия в важные для жизни органы, наприм., мозг, служит тем последним ударом, который обрывает жизнь этих больных. Из многочисленных работ, посвященных в последние годы этиологии, клинике и патолого-анатомической картине endocarditis lenta (Hess, Stahl, Зимницкий, Невядомский, Миндлин, Th. Horderg и др.), видно, что чаще всего наблюдаются эмболии в селезенку и почки, реже в мозг, конечно же, ретину и очень редко в кожу. При этом участие кожи в картине заболевания сводится, главным образом, к наличию геморрагий, которые и являются существенным симптомом этой клинической формы. Эти геморрагии в кожу и в слизистые оболочки стоят в тесной связи с имеющимися при данном заболевании ток-

сическими изменениями сосудов, влекущими за собою их легкую ранимость (Зимницкий, Стражеско, Скульский, Миндлин), а не зависят, как думали раньше, от бактериальных эмбол (Stahl). Настоящие же септические метастазы с образованием множественных гнойных очажков в самой коже наблюдаются, очевидно, чрезвычайно редко. По крайней мере, в доступной мне литературе не удалось найти ни одного такого случая. В виду этого, наблюдавшийся нами в клинике проф. Лурия случай множественного септического поражения кожи при *endocarditis lenta* представляет, как нам кажется, известный клинический интерес.

Больной Я.-В., 43 лет, крестьянин, поступил в клинику с жалобами на отеки, одышку, сердцебиение и боли в ногах. Считает себя больным около 4-х месяцев, когда он впервые стал чувствовать боли в икроножных мышцах. Боли наступали только при движении и переходили с одной ноги на другую через промежутки в 10—15 дней, так что больной поочередно хромал, то на одну, то на другую ногу. За последние $2\frac{1}{2}$ месяца боли в ногах стали постоянными и беспокоят не только при движении, но и в покое. Наиболее интенсивны они по ночам. Одновременно с болями появились отеки на ногах, причем отеки носили такой же перемежающийся характер, как и боли, будучи сильнее на той конечности, в какой в данное время имелись боли. Тогда же появилась одышка при малейших физических напряжениях и постоянные мучительные сердцебиения. В течение всего заболевания чувствовал познабливание и небольшие подъемы температуры. В последние дни появился сухой кашель. Аппетит удовлетворительный, диспептических явлений нет; стул ежедневный. Мочеиспускание нормальное. Сон из-за болей в ногах нарушен. Из перенесенных заболеваний отмечает сыпной тиф в 1922 г. Женат, имеет одного ребенка. У жены было два выкидыши. Со стороны наследственности ничего не отмечается. Не пьет, не курит, венерические болезни отрицают.

Объективное исследование. Больной выше среднего роста, правильного телосложения, лихорадит. Цвет кожи бледный. Лицо одутловато. Отеки на дистальных частях нижних конечностей. На коже передней поверхности голени геморрагии величиной от булавочной головки до горошины. Пальцы в виде барабанных палочек. Ногти очень отчетливо выраженной формой «часового стекlyшка». Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Железы не увеличены. Симптом ARL++. *Органы дыхания.* Нижние границы легких слегка опущены. Подвижность легочных краев несколько ограничена, больше слева. Небольшое приглушение перкуторного звука над обоими верхушками, больше справа. Ниже угла левой лопатки единичные мелкие влажные хрипы. *Органы кровообращения.* На шее и под ключицами видна резкая пульсация сосудов («плакса сосудов»). Периферические артерии склерозированы. Пульс характера *celer*, несколько напряжен. Приглушение за грудиной около 5 сант. Границы сердца: верхняя—3-е ребро, правая—*l. sternal. dext.*, левая—на 3 пальца книзу от *l. mamill.* Сердечный толчек в 6 межреберье. На верхушке выслушивается первый тон, систолический и диастолический шумы. По мере продвижения к основанию систолический шум ослабевает, а за серединой грудины появляется систолический шум другого тембра, усиливающийся по направлению к аорте и резче всего выслушивающийся во 2-межреберье справа. Диастолический шум, наростая к основанию, лучше всего выступает во 2 межреберье справа. Систолический шум проводится в крупные сосуды.

Исследование крови 23/IV: L—3.700; E. 2.820.000, Hb—50%, Ind.—0.8; формула J—1%, St—9.5%, S—71.5%, Mn—20%, Ly—16%, 8/V: L—4.550; формула: St—3%, S—76%, E—0.5%, Mn 3.5%, Ly—17%. Плазмодий не обнаружено, RW—отрицательна. При посеве крови во время подъема температуры обнаружен *Streptococcus viridans*. *Органы пищеварения.* Язык чист, живот несколько вздут. Болезненность при пальпации по всему ходу colon. Печень увеличена, плотна, болезненна. Край—острый, выступает из-под реберной дуги на $3\frac{1}{2}$ пальца. Селезенка не прощупывается, перкуторно значительно увеличена. *Моча.* Уд. вес 1012, белок—1,2%, сахара, желчных кислот и пигментов нет, уробилин++++, диазореакция отрицательна, в осадке эритроциты 3—5 в поле зрения, трипльфосфаты. *Рентген.* Значительное расширение сердца влево и право, а также диффузное расширение аорты. Усиленная пульсация типа *celer*.

Выдержи из течения болезни. 23/IV 27 г. На щеках и кончике носа появилась фолликулярная сыпь; темп. 39,2°. 25/IV. Колич. эффоресценций увеличилось, появились новые на верхней губе. Местами на верхушке эффор. пустул. Отдельные пустулы сливаются между собой. Темп. 38,6°. 27/IV. Появились

эффоресценции на внутренней части конъюнктивы левого глаза. Геморрагии на голянках поблекли. 28/IV. На кончике и крыльях носа отдельные пустулы слились между собой, образовав сплошную буро-желтую корку. Прилегающая кожа отечна. Появились пустулы на губах, на внутренней и наружной поверхности левой ушной раковины, на шее, на волосистой части головы. Темп. 37,2°. 29/IV. Консультация дерматолога (д-р С. Я. Голосовкер). На поверхности лица имеется ряд пустулезных высыпаний величиною от горошины до лесного ореха, расположенных раздельно и группами. На поверхности носа, в особенности на крыльях носа, пустулы сливаются между собою, образуя сплошной пораженный очаг, покрытый местами коричневатыми корками, легко снимающимися. Пустулы, сидящие раздельно, имеют гнойное или гнойнокровянистое содержимое и окружены воспалительным ободком. Некоторые из них распаляются: в центре образуется буро-желтая корка, по снятии которой обнажается поверхностное изъязвление. С крыльев носа пустулезный процесс переходит на кожу верхней губы, образуя сплошные пораженные очаги. Верхние и нижние губы несколько увеличены в размерах, отечны. На слизистой губ ряд раздельно сидящих пустулезных высыпаний. Единичные эффоресценции, несколько больших размеров, отмечаются на поверхности лба, щек и шеи и волосистой части головы, причем высыпание различного характера развития: макулезно-папулезные эффор. величиной в лесной орех ярко-красного цвета с воспалительным ободком по окружности, пустулы с гнойным содержимым, покрытые коростами. В особенности густое расположение пустул на поверхности ушных мочек и у наружного слухового прохода (см. снимок ¹). 4/V. Появились новые эффор. на волосистой части головы. Темп. 37,7°. 5/V. На тыльной поверхности обеих рук, в особенности на левой руке и на предплечии появился ряд новых очагов, несколько возвышающихся над поверхностью кожи синевато-красного цвета, плотные на ощупь, величиною с горошину, окруженные воспалительным ободком. В центре инфильтратов видны точечные кровотечения. Ногтевые ложа указательного и безымянного пальца правой руки синевато-красного цвета, по периферии грязно-желтого цвета. Темп. 37,7°. 8/V. Пустулы и синевато-красные инфильтраты на тыльной поверхности правой руки увеличиваются в размере; некоторые стали с боб величиною. Темп. 37,6°. 15/V. Ногтевые ложа указательного и безымянного пальцев правой руки представляют собою сплошные гнойнички с кровянисто-гнойным содержимым; инфильтраты на тыльной поверхности руки подвергаются распаду; поверхность их покрыта коричневатыми корками. Т^о нормальна.

В дальнейшем увеличились отеки, которые перешли на туловище и верхние конечности, появилась резкая одышка и кашель с мокротой, в которой попадалась примесь крови, границы сердца расширились влево и вправо, печень увеличилась, пульс стал мягким и частым, в нижних долях обоих легких появилось много влажных хрипов. 24/V. Exitus при явлениях сердечной слабости.

Выдержи из протокола патолого-анатомического исследования. Органы крово- и лимбообразования. Околосердечная сумка содержит 100 к. с. слегка красноватой жидкости. Сердце: длина 15,5, ширина 16,5, сильно растянуто, особенно за счет расширения левого желудочка. Венозное отверстие сердца пропускает слева с трудом два пальца, справа — свободно. Артериальные отверстия: легочная артерия воду держит, аорта — быстро пропускают. Толщина левого желудочка 1,1, правого — 0,4. Мышцы буро-красного цвета, трабекулы и сосковидные мелко-пестры, утолщены. Полости растянуты, содержат много желтоватых, сочных и темно-красных рыхлых сгустков. Справа между трабекулами видны многочисленные белые плотно-сидящие тромбы от мелкой до крупной горошины величиной. Венозные клапаны двухстворки гладки, утолщены, представляют собой воронку с неподатливыми толстыми краями; у внутреннего угла ее имеется неглубокая язва с чистым дном и невысокими рыхлыми краями; по свободному краю сидят мелкие, слегка упругие разрощения. Полулунные клапаны легочной артерии тонки, неясны. Аорта — передний клапан не нарушен, с небольшими разрастаниями; левый представляет из себя кольцо неправильной формы, плотное, мало податливое; последний по свободному краю усеян крупными разрастаниями до размеров миндалины. Разрастания имеются также выше и ниже клапанов. Сухожильные нити слева сильно утолщены, укорочены; местами парус непосредственно сращен с верхней частью папиллярной мышцы, которая замещена плотной соединительной тканью. Эндокард несколько мутноват на перегородках желудочков; в предсердиях утолщен. Почки плотны, слегка увеличены, равномерно темно-красного цвета. Обо-

¹) По техническим условиям снимок не приводится. Ред.

лочка снимается с некоторым трудом, но поверхность равномерно гладка. Корковый слой утолщен, серовато-красного цвета, на разрезе совершенно гладкий. Местами небольшие беловатые участки без резких границ. Пирамиды почти не различимы. Лоханки без особых изменений. Селезенка. (Длина—17,0, ширина—7,0, толщина—4,5) увеличена и срощена верхней половиной с брюшиной. Капсула непрозрачна, гладка, напряжена; на передней поверхности клиновидный участок покрыт жировой тканью. Паренхима серо-красного цвета, плотна, на месте клиновидного участка уплотнена, бледна; в средней части втянутый участок, где имеется плотная фиброзная ткань. Трабекулы многочисленны в виде белых питет. Железы *внутренней секреции*. Зобная железа отсутствует. Щитовидная слегка увеличена, плотна, желтоватого цвета, на разрезе гладка. Надпочечная железа слева уплотнена, в виде трехгранных шиша; корковый слой буро-серого цвета, мозговой—белого цвета.

Epicrisis: Oedema piae matris. Hydramia. Splenitis chr. Infarctus organisatus lienis. Perisplenitis chr. adhaesiva. Dilatatio cordis, precipue ventriculi sin. et hypertrophia ventriculi sin. Stenosis ostii ventriculi sin. gradus levus. Endocarditis verrucosa chr. et insufficiencia v. aortae. Endocarditis ulcerosa incipiens v. mitralis. Thrombus parietales multiplices ventriculi dextrae (vegetationes globulosa). Infiltratio adiposa myocardii (тигровое сердце—начальная степень). Pleuritis chr. adhaesiva dex. partialis et sin. totalis. Induratio fusca pulmonum. Asciitis. Catarthus ventriculi chr. Induratio cyanotica hepatis. Glomerulo-nephritis subchronica.

Анамнез больного, обнаруженные при объективном исследовании и дальнейшем течении симптомы: эндокардит с поражением аортального и митрального клапанов, лихорадка, анемия, симптом ARL, геморрагии и пустулезные высыпания в кожу, увеличение селезенки, гломерулонефрит без повышения кровяного давления (очаговый гломерулонефрит) и, наконец, обнаружение в крови streptococcus viridans,—не оставляли никакого сомнения в том, что мы имели случай endocarditis lenia, что подтверждалось и на вскрытии. Касаясь процесса в области кожи, лица, головы и верхних конечностей, следует указать, что мы имели дело с двумя типами экзантем: с фолликулярными и пустулезными высыпаниями. По характеру эфмолесценций данное поражение кожи не может быть отнесено ни к одной из нозологических единиц первичных кожных заболеваний. С другой стороны, отчетливо выраженная связь первого высыпания с подъемом температуры (первое обильное высыпание совпало с резким подъемом температуры до 39,2°), дальнейший толчкообразный характер высыпания на различных частях лица, головы и конечностей, заставляют рассматривать все явления со стороны кожи, как результат вторичного ее заболевания. Учитывая все это и принимая во внимание особую наклонность endocarditis lenia к эмболическим процессам во все органы, в том числе и в кожу, а также имея в виду имеющиеся в литературе указания на то, что при септических метастазах в кожу явления поражения кожи совпадают с подъемом температуры (Stahl), мы считаем правильным оценивать все наблюдавшиеся нами изменения кожи, как результат множественных септических метастазов.

Литература: 1) K. Stahl—Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheil. Bd XXV, 1924.—2) Th. Horder—Lancet, № 5354.—3) Fr. Hess—Münch. med. Woch. № 6, 1925.—4) С. С. Зимницкий—Терап. архив. т. IV, вып. 6, 1926.—5) Н. Д. Стражеско—Ibid.—6) М. М. Невядомский—Ibid.—7) Н. А. Скульский—Ibid 547—563.—8) С. С. Миндлин—Врач. дело, №№ 9 и 10, 1927.

Из Хирургич. клиники Гос. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани. (Зав. проф. В. Л. Богоявленов).

Случай обизвестленного эхинококка брюшной стенки.

Ассистента А. Г. Мусина.

Больной Л. В., 38 лет, крестьянин из Чув. области, поступил в клинику 11/X 1926 г. по поводу опухоли и болезненности в нижней части живота. Считает себя больным 2 года с тех пор, как заметил опухоль. Опухоль увеличивалась постепенно и вначале боль была незначительная, но по мере роста ее болезненность