

## К казуистике дифтерии носа и кожи.

Д-ра И. И. Ходанова (г. Кайнск).

В начале октября 1931 г. нам пришлось наблюдать редкий случай сочетания дифтерии носа и кожи у пятилетнего ребенка в Кайнской городской амбулатории.

2/X 1931 г. на амбулаторный прием по детским болезням гр-ка III. доставила из деревни своего ребенка, Фердинанда, мальчика 5 лет 4 мес. в очень тяжелом ступорозном состоянии. Из анамнеза выяснилось, что ребенок первоначально заболел насморком с почти полным закладыванием носа 5—6 дней тому назад, т. е. приблизительно 26—27 сентября. В дальнейшем у ребенка появилось кровянистое истечение из носа, с неприятным запахом. С самого начала болезни, по словам матери, ребенок, бывший до того веселым и резвым, начал слабеть и впадать в спячку; затем появилась опухоль шеи. 30 сентября в левом паху появилась краснота и припухлость на месте бывшей опрелости. Состояние ребенка стало ухудшаться, исчез аппетит, а воспалительный процесс из паха стал распространяться на бедро.

*St. praesens:* мальчик слабого телосложения, пониженного питания, бледен, вял, сонлив, с утомленным выражением глаз, слабо на все реагирует,  $t^o$  38,2—38,3. Дыхание через рот, одутловатость шеи. Ноздри совершенно заложены. Выделение из носа очень скучное, слизисто-гнойное, с примесью крови. Имеются ссаднения кожи по краям наружных носовых отверстий, переходящие в поверхностный струпик на верхней губе. Рот все время полуоткрыт; голову ребенок имеет наклонность запрокидывать назад, отчего одутловатость шеи выступает еще резче. При ощупывании шеи обнаруживается болезненность подчелюстной области и в верхних боковых шейных треугольниках. Прощупать лимфатические железы не удается из-за чувствительности шеи и отечности. При глубокой пальпации ребенок стонет и дергается. (По Romberg'у в подобных случаях, вследствие внедрения инфекции в более глубокие слои ткани развивается сильный воспалительный отек у углов нижней челюсти и на шее, а иногда также и на лице; причем лимфатические железы сильно набухают и не всегда могут быть прощупаны, как и в нашем случае).

В зеве и гортани у ребенка ничего особенного не обнаружено. При оттягивании мягкого неба [задняя риноскопия] в хоанах на слизистой оболочке на красном фоне видны белые валеты. Дыхание частое, поверхностное, до 30 раз в минуту. В легких обычное пурпурное дыхание. Пульс еле прощупывается и не сосчитывается. Тоны сердца очень глухи. Живот большой, вздутый. Со стороны органов живота ничего ненормального не обнаружено. На левом бедре ниже пахового сгиба имеется омертвевший участок кожи красновато-буроватого цвета с незначительным серозно-кровянистым отделением и с гнилостным запахом, занимающий область почти всего Скарповского треугольника. Вокруг омертвевшего участка наружные покровы несколько отечны, бледны, без воспалительной красноты и плотности. Ниже: на бедре, на голени и стопе не обнаружено следов лимфангоита и никаких признаков местного воспалительного-гнойного процесса—первичного очага инфекции, поразившей область Скарповского треугольника.

Так как в г. Кайнске произвести немедленно необходимое бактериологическое исследование в данный момент было невозможно, и так как картина заболевания производила впечатление несомненной первичной дифтерии носа, то мною консультативно с доктором медицины В. И. Каманиным было решено тотчас же вприснуть ребенку 5000 единиц дифтерийного антитоксина. (По Молчанову, „врач должен помнить, что ответственность за правильное распознавание и своевременное лечение при дифтерии лежит на нем, а не на лаборатории, и поэтому он должен уметьставить диагноз на основании клинической картины болезни“).

Относительно гангренисцирующего участка кожи на бедре нами было высказано предположение, что это есть вторичное поражение кожи тем же болезнестворным вирусом дифтерии, так сказать, своего рода *gangrena posocomialis*. На область омертвевшей кожи наложена влажная суплемовая (1:5000) повязка.

3/X. Самочувствие ребенка лучше: ребенок стал веселее и живее.  $T^o$  37,2. Появилось желание есть. Пульс 130 в минуту. Отделения из носа сделались обильнее и ниже. Повязка на бедре промокла. Отделение из раны розового цвета.

По снятии повязки обнаружено, что омертвевший участок кожи побелел; увеличилась припухлость со стороны окружающей здоровой кожи, увеличилась ее плотность, и появилось некоторое ее покраснение.

4/X. Т° 36,5; из носа выделение без запаха, обильное, серозное; выделяются беловатые пленки. Ребенок легче двигает шеей. Дыхание 18–20 в минуту. Ребенок стал проявлять интерес к окружающему; аппетит усиливается. Повязка на бедре сильно пропиталась серозным отделиением. По снятии ее обнаружилась демаркация на границе здоровой кожи с мертввой тканью. Омертвевший участок беловато-сероватого цвета занимает всю область Скарповского треугольника.

5/X. Отделение из носа резко уменьшилось; стало появляться носовое дыхание.

6/X. Носовое дыхание восстановилось через обе ноздри. Одутловатость шеи исчезла.

7/X. Начинают отторгаться (при помощи пинцета) участки омертвейной кожи и подкожной клетчатки.

9/X. Полное отторжение омертвейной ткани на бедре. В нижнем углу Скарповского треугольника имеется частичное омертвение ткани лимфатической железы. Выявила картина, как в анатомическом атласе, расположения мускулатуры в этой области (m.m. sartorius adductores). Вверху под сохранившейся фасцией заметна пульсация arteriae femoralis.

11/X. Удалены последние омертвевые участки лимфатических желез. Обнаружена подрытость кожного края вверху, в паховом сгибе, на месте перехода кожи с бедра на живот. Местами у краев и на дне появились грануляции бледно-розового цвета. Отделение чистое, серозное, в незначительном количестве. Кожные края раны потеряли подвижность.

13–14/X. Дно раны покрылось грануляциями, и анатомическая картина исчезла. В нижнем углу грануляции почти сравнялись с кожей; подрытость кожи у верхнего края исчезла. Гранулирующая площадь уменьшается с краев.

15–16/X. Полость бывшего омертвения всецело выполнилась грануляциями; площадь которых уменьшилась почти вдвое, вследствие стягивания краев раны и надвигания эпидермиса. Отделение серозное, ничтожное.

19/X. Площадь грануляций уменьшилась почти втрое; с краев быстро идет эпидермизация. Является опасение за возможность расстройства кровообращения в нижней конечности после полного заживления бывшего омертвевшего участка кожи и подкожной клетчатки вследствие стягивания рубцом и сдавления вен в области foraminis ovalis fasciae latae.

На этом наше наблюдение закончилось вследствие вынужденного отъезда пациента в деревню.

Если представленный нами случай является банальным как первичная дифтерия носа, по легкости диагноза не требующая даже бактериологического исследования, то последовательная гангрена кожи и подкожной клетчатки на бедре под паховой складкой относит нас невольно к тем мрачным временам, когда Н. И. Пирогов в своей военно-полевой хирургии описывал несколько видов госпитальной гангрены со всем возможными оттенками и переходами одной формы в другую, и когда он при входе в гангренозное отделение в Севастополе, где умирали и все раненые, и вступившие в гангренозное отделение сестры милосердия, велел начертать надпись из D ante: „Lasciata ogni speranza, voi qu'entrate“.

Професор В. П. Миролюбов, а также и Теребянский госпитальную гангрену считают бичем госпиталей в добактериологический период медицины. А. Д. Павловский подчеркивал в свое время [в 1915 г.], что большинства гнойно-гнилостных заражений, описанных Пироговым, теперь нет. И все это благодаря мощным успехам антибиотики, асептики, бактериологии и серотерапии<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> В последние годы войны в германских лазаретах и во время голодных лет частота дифтерии кожи резко повысилась, по Landé до 20%.

Наш случай дифтерии носа, кожи и подкожной клетчатки на бедре, помимо редкости, вследствие столь быстрого выздоровления может служить ярким примером эффективного серотерапевтического вмешательства при заболевании почти безнадежном. Сам терапевтический эффект подтверждает точность и подлинность нашего этиологического диагноза.

Фактом, подтверждающим этиологическую связь в нашем случае гангрены кожи и клетчатки на бедре с первичным поражением носа, является также быстрота распространения гангренозного процесса (три дня) вглубь и по периферии без соответственной воспалительной реакции окружающих здоровых тканей, что обычно бывает при резко выраженной некротизирующей способности бактерийного токсина (В. Подвысоцкий).

По Finkelstein'у и Meuer'у при норме, являющейся осложнением дифтерии, на границе со стороны здоровых тканей наблюдается только отечное прищухание, но никакой, или крайне незначительной воспалительной реакции. В нашем случае воспалительная реакция появилась со стороны здоровых тканей только после применения антидифтерийной сыворотки как первичный лечебный эффект, за которым быстро последовало отторжение омертвленных частей и обнажение мускулатуры. Подобное обнажение мышц, сосудов, нервов, можно иногда наблюдать при неме, когда последняя распространяется на щечную область (Борнгаупт).

Feegeg отмечает, что дифтерия кожи, особенно, если целость последней нарушена, нередко развивается вторично в связи с дифтерией в обычных местах тела, и, как пример, приводит поражение верхней губы рта при дифтерии носа. Последнее, помимо эллекционного поражения кожи на экзематозном или определенном месте в пахо-бедренной складке, наблюдалось и в нашем случае.

К с.т. проф. А. В. Виннёвского.

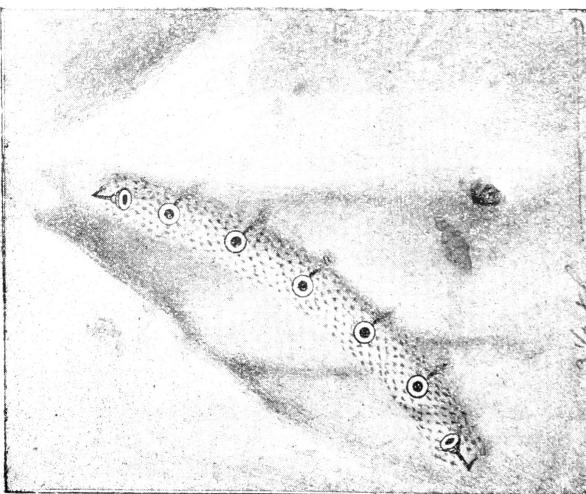


Рис. 1. Кожный желвак по линии предполагаемого разреза и пропитывание подкожной клетчатки до апоневроза.

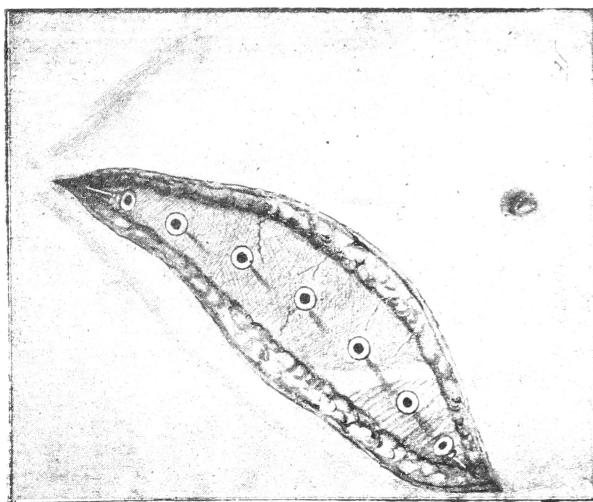


Рис. 2. Инъекция под апоневроз и в мышцы.



Рис. 3. M. rectus пересечен. В нижнем наружном углу раны надрезаны водяные. Вскрыто влагалище прямой мышцы. Пропитывается предбрюшинная клетчатка инъекциями под заднюю стенку влагалища.



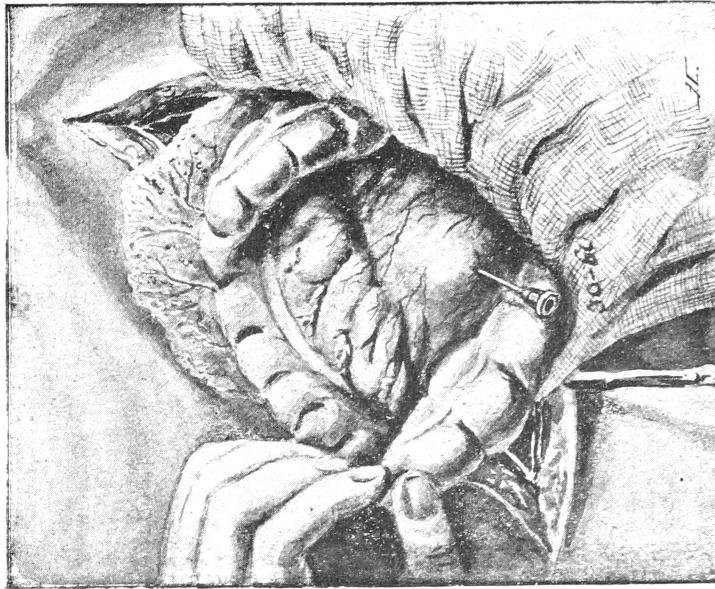


Рис. 5. По вскрытии брюшной полости и по окончании анестезии юношины извлечена петля fl. herpisticae coli для пропитывания этого отдела брюжекки.

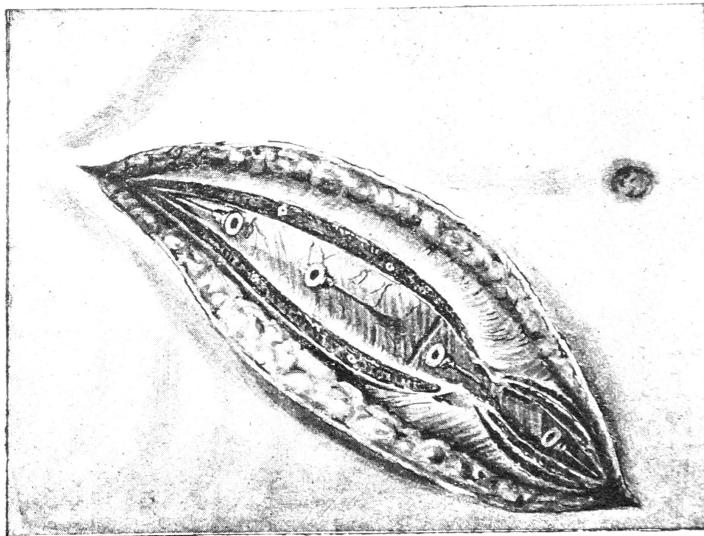


Рис. 4. По рассечении в нижне-наружном углу раны m, обliqui interi более чистельно пропитывается предбрюшинная клетчатка.



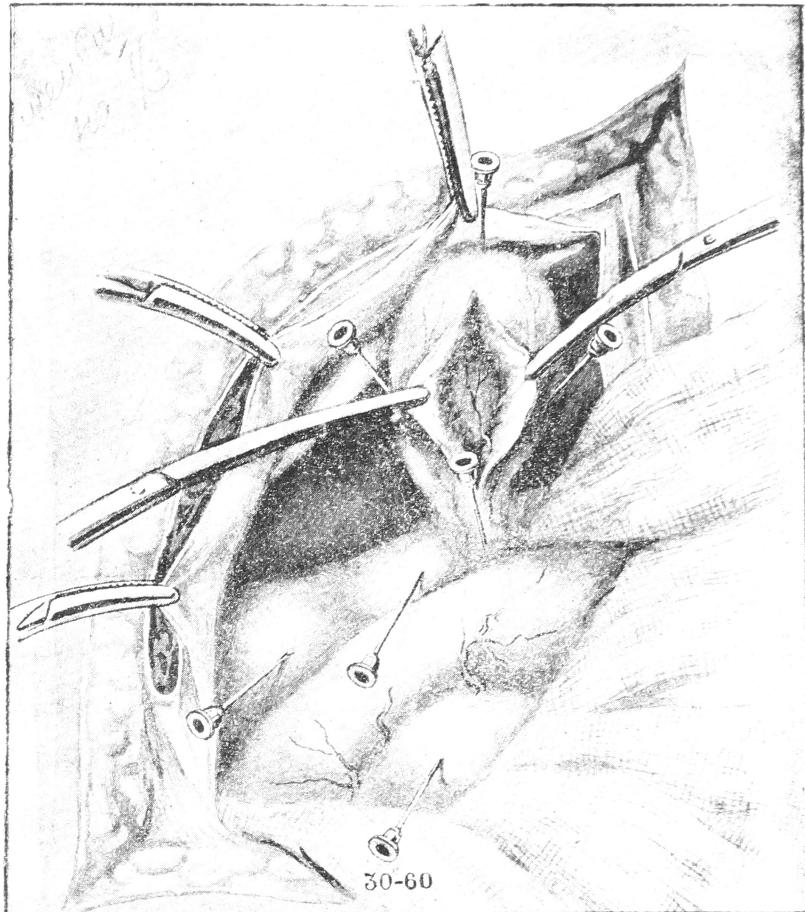


Рис. 6. Инфильтрат брыжейки *fl. coli hepaticae* виден в верхнем этаже живота у рукоятки duodenum, просвечивая здесь через верхнюю пластинку брыжейки. Повторными инъекциями под нижний край duodeni он увеличивается с расчетом сообщить ему продвижение к области *pl. solarii*. Инъекция верхнего края duodeni посыпает жидкость в состав образования того же инфильтрата. Подсерозное пропитывание пузьря и разрез серозной оболочки вначале эктомии. Вся картина в целом иллюстрирует благоприятную экспозицию области подготовленной здесь заложенным инфильтратом.

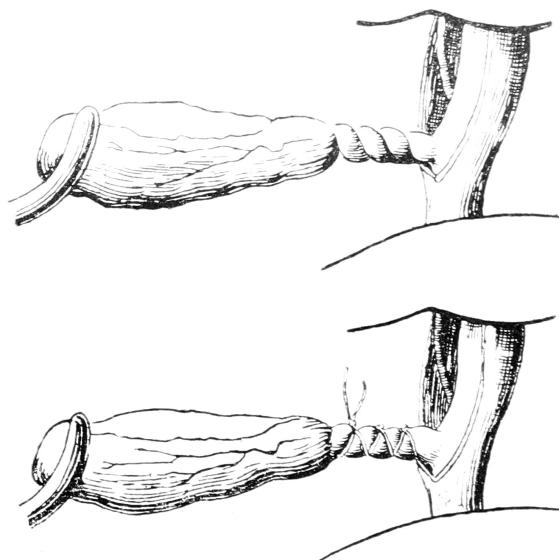


Рис. 7. Скрученный по спирали *d. cysticus* и обработка культи лигатурой.



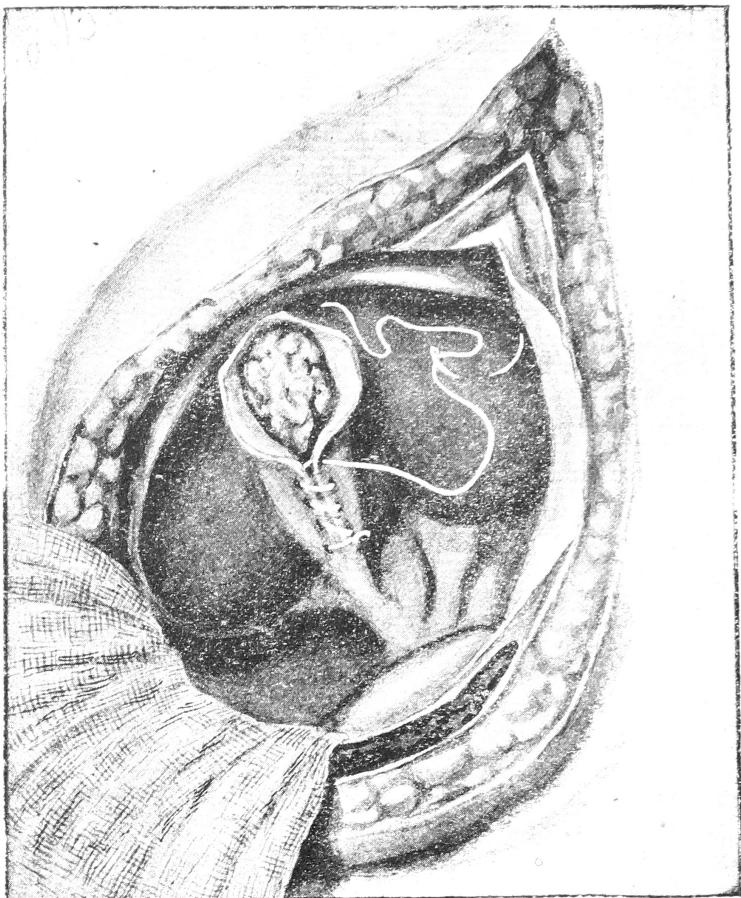


Рис. 8. Имплантация свободного сальника в ложе пузыря и перитонизация его широко оставленной серозной оболочкой.

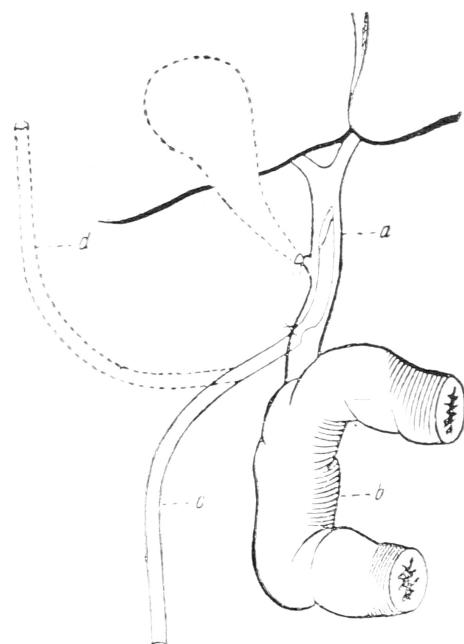


Рис. 9. Дренаж сифон-манометр. а—ductus hepaticus, б—duodenum, с—дренаж-сифон, д—дренаж-манометр.