

Эмболия правого атрио-вентрикулярного отверстия.

В. А. Бурсановский (г. Мариуполь). Больница Д.П.З.

29-го сентября 1931 года на амбулаторный прием в б-цу явился 6-ной 4-кий 20-ти лет с небольшим фурункулом у левой брови, несколько болезненным, величиною 2×2 см. Больному были рекомендованы обычные согревающие компрессы. Через 3 дня 4-кий снова на приеме—„компрессы не помогают“, болезненность чирья увеличилась, появилась тупая боль во лбу слева. Инфильтрат величиною 3×3 см., плотен, пунцовокрасный, конусообразный с очерченными краями. Процесс затягивается. У больного резко выражено чувство тревоги—боится смерти и с целью психотерапии он был госпитализован.

Роста больной среднего, гипопластический тип, микрополиадения. Под правой ключицей подозрение на каверну. В органах кровообращения, брюшной полости и движения при беглом осмотре уклонений от нормы не заметил. Отправления в норме. Депрессия. Locus morbi отмечен в начале. Терапия—компрессы. Прошло еще 6 дней, болезненный процесс в том же состоянии (st. quo ante). Компрессы из 2-углекислого натрия. На 11 день болезни наметилось размягчение. Б-го просил руками фурункул не трогать и не вздумать его выдавливать, об этом же попросил, в виду его невежества, старосту палаты—одного из наших опытных фельдшеров, занимавшим койку рядом с 4-ким.

На следующий, 12-й день б-лезни, размягчение увеличилось, показалась капля разжиженной клетчатки, выдавленная самим больным. Небольшая пастозность в области инфильтрата, Т. 37,0. Я снова сделал предупреждение и назначение продлил, так как инфильтрат был довольно плотен. На 14-й день болезни (11-е сент.) отчетность верхней трети лица слева, т. 37,3. Немного гнойного отделяемого. Компрессы продолжены. В 4 часа дня больной подымается, чтобы пойти в уборную, и со словами: „Что они понимают!“ отрывает клочок газеты, выдавливая из недостаточно созревшего фурункула содержимое, делает один шаг, вдох, теряет сознание. Подскочивший фельдшер ощущает сильный сердечный толчок без пульсовой волны. Больной умирает и, как сраженный, падает (показание больного фельдшера—старосты палаты Н. Б. Юрьева). Немедленно были предприняты оживляющие меры, но тщетно. Когда я прибыл около 7-ми час. вечера, у трупа была только цианотична голова. Неожиданная развязка подтвердила тревогу¹⁾. Давая заключение, я летальный исход представлял себе на фазе вдоха при систоле от гнойной эмболии. Предположение, что вдавленный гнойный эмбол в венозную сеть головы с током крови быстро прошел в сосуды увеличивающегося калибра, наслаивая на себя по пути фибрин, в течение нескольких секунд давший размеры, превышающие правое атрио-вентрикулярное отверстие или отверстие легочной артерии, трудно было допустимо, поэтому более был заподозрен сосуд, питающий дно 4-го желудочка, нежели венечные артерии сердца, но проникновение туда эмбола было туманно: или частица материи величиною с эритроцит проникла через легочный капилляр с последующим наслаиванием фибрина и прекращением жизни дна 4-го желудочка, или эмболия парадоксальная. Вскрытие на 5-ые сутки после смерти было произведено д-ром Залкинд П. Труп окоченелый, в ветвях внутренних сонных артерий ничего обнаружено не было. (Рассчитывать на инфаркт в мозгу не приходилось, т. к. последний вряд ли мог образоваться, учитывая прекращение кровообращения). В мозгу точки и полоски, вены шеи переполнены темно-жидкой кровью, венечные артерии в своем начале свободны, левые предсердия и желудочек нормального цвета и пусты, все клапаны и отверстия нормальны, в правом желудочке немного темно-жидкой крови, правое предсердие переполнено темно-жидкой кровью, посмертных сгустков нет, в правом атрио-вентрикулярном отверстии ущемлен розовато-белый эмбол, мяг-

¹⁾ Боязнь смерти у 6-го.

кий, эластичный, конусообразной формы с 2-мя длинными белыми более плотной консистенции шнурами от основания обращенными вверх, с обломками на свободных концах. В легких туберкулезные мелкие очаги, под правой ключицей неб. каверна. В мочевом пузыре 500 кубиков светлой мочи. Непосредственная причина смерти и клиническая картина предсмертного состояния понятны, и как будто первоначально отвергнутая мысль ¹⁾ верна, но эмбол белого цвета и останавливаться на его мгновенном образовании не приходится (Sahu, Pitres), поэтому приходим к единственной мысли, что инфекционное начало при первом выдавливании чирья, попав в венозную сеть головы, задержалось у устья верхней поллой вены, дав пристеночный тромб в виде 2-х ножек за 1—2 суток до летальной развязки, вокруг которых на их свободных концах наслонился свободно висящий конический тромб. За эту последовательность говорит большая плотность ножек ²⁾ нежели тела тромба, который при резком движении большого оторвался и своей конической верхушкой почти совершенно закупорил правое венозное отверстие. Из-за имбиции полых вен нельзя было установить мест прикрепления обломанных свободных концов шнуров эмбола. Предполагать о случайном совпадении обстоятельств или об агональном тромбе без намеков на агонию нет основания. Остановливаясь на ст. А. В. Голяева в Казанском медиц. журнале за 1926 г. и на собранных им случаях, видим, что шаровидный тромб в правом сердце представляет довольно редкое явление, его отмечает один лишь Macleod при полной целостности 3-х створчатого клапана, сообщения о полном закрытии какого-либо атрио-вентрикулярного отверстия я не нашел — имеется лишь демонстрация патолого-анатомического препарата круглого тромба сердца д-ром Бельхерд в Кронштадском о-ве врачей (Врач. газета за 1928 г., стр. 1138) к сожалению, без всяких комментариев, и мнение Hertz'a, что подобные случаи возможны и влекут за собой мгновенную смерть. Эту же мысль приводят Aubriet Rimé (по реферату Оречкина из Presse medical за 1926 г. в № 7) что и подтверждается нашим случаем; следовательно, утверждение Reclinghausen о невозможности подобной закупорки венозного отверстия свободным шаровидным тромбом не основательно, если размеры последнего несколько больше диаметра атрио-вентрикулярного отверстия. Что касается предположения Hertz'a об отбачиваемости кровотоком шаровидного тромба сердца с последующим отрывом частиц, то сравнительно легкую хрупкость ножек своего эмбола подтверждаю также как и подтверждается его некоторая эластичность — настоящий тромб несколько подпрыгивает на столе при падении с высоты полуаршина; повидимому, хрупкость и эластичность тромба связаны с большим или меньшим количеством солей кальция и магния, вошедших в состав его образования. Бирх-Гиршфельд в данном вопросе пишет, что время делает тромб в сердце „ломким и сухим“, а строение он принимает луковичное. Данный случай, как и в случаях Фишера, имел своим основанием ножки, но не одну, а две в виде довольно толстых шнуров, как это видно на снимке, и если учесть их длину, то место их образования должно принадлежать скорее всего верхней поллой вене; если к тому же учесть извилистость нашего препарата и связать с болезненным процессом, то можно утверждать, что наш тромб не старше тромба Staue (3 дня), а быть может и моложе. В моментах диагностики к сожалению locus morbi не приковывал внимания к сердечно-сосудистой системе, да и 6-ной ни одним словом не обмолвился о своем субъективном состоянии. Во всяком случае, похолодания конечностей, внезапной одышки, асфиксии, симметрического предгангренного цианоза, тем более гангрены и т. д., как



Рис. 1.

¹⁾ Эмболия правого а-в отверстия.

²⁾ Шнуры.

отмечают товарищи, ничего не было; имели лишь место смертельный обморок и посмертный цианоз головы. Интересно отметить, что этиологически имеется сходство данного случая со случаями, сообщенными в 80-м заседании Пермского о-за врачом Логиновым, где небольшой нарыв на верхней губе осложнился тромбфлебитом вен лицевой и глазной, и тромбозом пещеристой пазухи, длился 3 недели, 6-ой погиб и случаем Е. Балакшина с 8-мидневым процессом, где, повидимому, на почве ангины произошел гнойный тромбоз пещеристой пазухи. Хотя случаев эмболии правого атрио-вентрикулярного отверстия по доступной нам литературе нет, однако, если мы обратимся к хирургам, в частности, к Бауэру, который в 42% послеоперационного тромбоза констатирует „смертельную легочную эмболию“, и к выводам II-го Всееукр. съезда хирургов, что на 300 ляпаротомий одна смерть падает на эмболию легочной артерии, то ведь с таким же успехом может закупориться одно из последних 2-х отверстий правого сердца при соответствующей его узости и величине эмбола. У нас сравнительно много смертельных эмболий, „паралича сердца“, процент вскрытий (на периферии) ничтожен, а сообщений в медицинскую прессу еще меньше.

Из Акушерско-гинекологической клиники государств. медицинского института Армении. (Директор—проф. Г. Я. Арешев).

Случай произвольных родов при полном поперечном разрыве спинного мозга.

Ассистент А. О. Мурадян.

В акушерское отделение нашей клиники 18/VI 30 г. поступила больная Ф. М., 40 лет, армянка, из сел. Арташат, домохозяйка. Регулы с 16 лет, по 7—8 дней, периодически правильные, умеренные, без болей. Время последних месячных не помнит. В прошлом заболеваний не указывает. Настоящая беременность 7-ая. Последние роды в 1926 г. Предыдущие беременности все окончились срочными родами. Жалуется на невозможность движения в нижних конечностях, произвольного мочеиспускания и дефекации в течение последних 25 дней. Движений плода не чувствует 3—4 дня. Заболела в последних числах мая, после подъема в беременном состоянии на тутовое дерево, откуда и упала.

Объективное исследование: Б-ая среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. t^0 39°, пульс 60, слабого наполнения, дыхание 19. Дно матки между мечом и пупком; положение в постели пассивное; сознание сохранено; движения в нижних конечностях вовсе отсутствуют, в верхних ограничены. Сердцебиения плода не прослушиваются. Предлежащая часть—головка. Размеры таза: d. sp.—23, d. cr.—26, d. troch.—29, conj. ext.—18. Живот вздут, мочевого пузыря наполнен.

Исследование нервной системы.—Кинетическая чувствительность сохранена. Сухожильные рефлексы в нижних конечностях отсутствуют, в верхних—слегка повышены. Рефлекс Babinsk'ого справа резко положительный, слева—слегка положительный. Рефлекс Oppenheim'a—справа положительный. Активные движения в нижних конечностях отсутствуют, пассивные есть, мышечный тонус сильно понижен. В верхних конечностях—в плечевом, локтевом суставах активные движения сохранены; в кистях и пальцах обеих рук—ограничены. Мышечная сила удовлетворительна в верхних конечностях. Тактильная и термическая чувствительность в нижних конечностях отсутствуют. Со стороны черепных нервов—вертикальный нистагм в обоих глазах при крайних положениях глазных яблок.

Лабораторные исследования. Анализ мочи. 12/VI. Моча мутная, реакция кислая, уд. вес—1012, белок—0,06%, осадок большой, реакция на кровь положитель., лейкоциты—почти все поле зрения, единичные эритроциты в поле зрения, бактерий нет. 18/VI. Моча мутная, осадок большой, реакция щелочная, уд. вес—1010, белок—3,96%, эритроциты—1—5 в поле зрения неизмененные и ча-