

Из Пропедевтической хирургической клиники Днепропетровского гос. медицин-
ин-та (Директор проф. В. Н. Деревенко).

Случай столбняка после ожога стопы.

Ассистента В. Я. Мачан.

23. VIII 1925 в 10 час. вечера в Пропедевтическую хирургическую клинику был доставлен больной М. Ч., 35 лет, по поводу ожога правой стопы.

Б-ной - рабочий доменного цеха на большом металлургическом заводе. Во время своей обычной работы б-ной нечаянно вступил правой ногой в застывающую, но все же еще очень горячую массу чугуна и получил ожог.

После этого б-ной, прикрыв ногу тряпкой, поспешил на пункт первой помощи при заводе. Здесь после соответствующей обработки ему наложили мазевую (ungt. dermatoli) повязку. От момента повреждения до наложения повязки прошло не более четверти часа. Затем б-ной был отправлен каретой скорой помощи в клинику.

При осмотре дежурным врачом (автор) обнаружено: б-ной выше среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Т° 37.1°, Р. 82 в 1. хорошего наполнения и напряжения: aequalis.

Органы грудной и брюшной полости без особых изменений. Перевязка. Ожог I-II-III степени в области правого голеностопного сустава, стопы и пальцев. На тыльной поверхности области правого голеностопного сустава и стопы имеется несколько различной величины пузырей, наполненных прозрачной жидкостью.

В окружности пузырей — заметная гиперемия и припухлость кожных покровов; несколько меньших по величине пузырей на медиальном крае стопы. На тыльной поверхности всех пальцев местами пузыри, местами темно-коричневого, почти черного цвета струны.

На подошвенной поверхности стопы значительные покраснение и припухлость. Вся обожженная поверхность и окружность ее чисты и покрыты тонким слоем дерматоловой мази (перевязка на пункте первой помощи)¹⁾. Пузыри надрезаны у основания; наложена повязка с ungt. dermatoli.

Б-ной во время перевязки спокоен; изредка стонет и жалуется на боль.

24 VIII. Т° 37.4° утром. Жалобы на сильную боль в ране. Повязка — сухая. Перевязка. Влажная (Sol. Kalii hypermang. 5%) повязка. К вечеру Т° 39.8°. 25. VIII. Т° 37.2°—37.3°. 26. VIII. Т° 36.8°—39.0°. Перевязка St. idem. 28. VIII. Т° 37.4°—37.9°. Повязка — сухая. Перевязка. Обильное гнойное отделяемое в области обожженной поверхности; II-ой и III-й пальцы, а также и III-я фаланга IV-го пальца почернели; поверхностная чувствительность отсутствует; глубокая сохранена, отделяемого здесь не имеется; гнилостного запаха нет. Sol. Kalii hypermang. 5%. Перевязки через день. 1. IX. Т° 38.0°—38.6°. Перевязка. Омертвевшие участки на пальцах постепенно отслаиваются и удаляются. Рана постепенно очищается и гранулирует. 2. IX—5. IX. Т° постепенно достигает N. Перевязка. Рана хорошо гранулирует; отделяемого немного. Ungt. dermatoli. Общее состояние и самочувствие б-ного хорошие. Часов в 11 вечера у б-ного внезапно появились жалобы на невозможность открыть рот. Зубы стиснуты; Т° N; Р. 84, хороший.

6. IX. Т° 37.2°—37.3°. Risus sardonicus; trismus. Резкая ригидность мышц шев. Opisthotonus. Клонические судороги лица; очень частые. Тонические судороги мышц верхних и нижних конечностей через каждые 10—15 минут; при оклике б-ного и приближении к койке судороги усиливаются и учащаются. Б-ной все время кричит и корчится. Пульс 96 в 1, напряженный, ритмичный. Перевязка St. idem. Усиления воспалительного процесса в области обожженной поверхности не видно. Введено внутривенно 3.000 А. Е., подкожно 3.000 А. Е. Sol. magnes. sulfur. 25%—20.0 внутривенно. Sol. Morphini muriat. 1% 2.0. Chloral-hydrat. per os (2 раза по 2.0 на сахарной воде) и в клизмах (Chloral-hydrat 4.0. Mucil. gummi arab., aq. destil. ad 50.0). Питательные и очистительные клизмы. Мочится самостоятельно.

¹⁾ По сообщению дежурного врача пункта первой помощи рана была прикрыта грязной тряпкой; земли и песка на обожженной поверхности не было.

7. Т° 36,6°, 37,6° Р. 110—120 в 1', очень напряженный. Судороги значительно чаще, иногда с промежутком в 2—3 мин. Троекратная попытка интралумбального введения Sol. Magnes. sulfur. не удалась в виду того, что из позвоночного канала не показалось ни капли спинномозговой жидкости. Интравенозно введены Sol. Magnes. sulfur. 25% — 20,0 и 3,000 А. Е. Морфий и хлорал-гидрат. Сердечные, солевые вливания. Перевязка. Рана уменьшилась в размерах, энергично гранулирует; никаких омертвевших тканей на пальцах не имеется. В 9 час. веч. и в 12 ч. ночи—тяжелые приступы судорог продолжительностью до 1/2-часа. Ингаляции хлороформа. Морфий. Хлорал-гидрат per os и в клизмах. В 4 часа утра снова приступ сильнейших судорог.

8. IX. Т° 37,8°. Пульс очень частый; плохо сосчитывается; слабого наполнения и напряжения. Дыхание поверхностное. Тоны сердца глухи.

В 8 час. 45 мин. утра при явлениях быстро прогрессирующего упадка сердечной деятельности—*exitus letalis*.

Из приведенной истории болезни видно, что у нашего б-ного столбняк развивался через 13 дней после ожога. Смертельный исход в данном случае несколько идет в разрез с общепризнанным положением о влиянии продолжительности инкубационного периода на исход заболевания. Обычно принято считать, что в очень тяжелых и летально заканчивающихся случаях столбняка инкубационный период не превышает 10 дней. В нашем же случае, несмотря на инкубационный период в 13 дней, столбняк протекал очень остро, тяжело и на 4-ый день привел к смерти.

Что касается генеза инфекции, то мы на основании истории болезни склонны думать, что грязная тряпка, которой б-ной прикрыл обожженную ногу, послужила исходным пунктом внедрения столбнячных палочек. Подобный путь инфекции представляется наиболее вероятным тем более, что бактерии столбняка встречаются довольно часто на различных частях одежды (исследования Нееккера, Uhlenhuth'a и Haendeler'a у солдат).

Наконец, данное предположение подкрепляется еще фактом отсутствия в нашем случае загрязнения обожженной поверхности землей, навозом и т. п.

Столбняк в обстановке мирного времени представляет вообще довольно редкое явление. В особенности же редко он наблюдается после ожогов, хотя опасность подобного заражения не исключается даже и при самых небольших ожогах II-ой и III-ей степени. Несколько более богата наблюдениями казуистика столбняка после отморожений. Так, Шубин (Вестник хирургии и пограничн. обл. Т. IV, кн. 19—11, 1924) описал 2 подобных случая и собрал еще 3 случая из русской литературы. Walter Fuhse¹⁾ ("Tetanus nach Erfrierungen" Inaug. Diss., München, 1927) собрал из литературы свыше 30 случаев и прибавил к ним 1 собственный случай: смертность, по данным Fuhse, 95%.

Что касается появления столбняка после ожогов, то в новой литературе сообщен случай Förster'a (Münch. med. Wochenschr. 1921, № 51, S. 1655), где столбняк, развившийся через 14 дней после ожога обеих кистей и плеча сильным электрическим током, в течение 2-х дней привел к смерти. В этом случае, так же как и в нашем, столбняк появился как раз тогда, когда раны очистились и гранулировали.

Чрезвычайно большой процент смертности от столбняка, развившегося после отморожений посл. ожогов, находит свое объяснение в том, что эти повреждения тканей, вызывая ряд местных и общих расстройств в организме, понижают защитные силы данного организма, ослабляют его и тем самым создают наименее благоприятные условия для преодоления и без того тяжелой инфекции. В нашем случае, несмотря на относительно небольшую тяжесть повреждения, такие неблагоприятные условия также имели место (напр., омертвление мягких тканей на пальцах).

Какой элемент преобладал в сообщенном случае: элемент ошибки или несчастья? Правда, даже в учебниках (Lexner, Tillmanns) говорится о возможности появления столбняка после ожогов. Поэтому своевременное профилактическое впрыскивание противостолбнячной сыворотки могло бы спасти нашего б-ного. Но, с другой стороны, случаи столбняка после ожогов настолько редки, что мысль о профилактике его в повседневной практической работе даже и не приходит в голову в подобных случаях. Вот почему в данном случае мы склоняемся больше

¹⁾ Приведено по реферату в Ztbl. f. Chir. 1927, № 47, S. 3004.

в сторону несчастья, хотя в полной мере отвергнуть элемент ошибки также не считаем возможным.

В заключение позволим себе напомнить о необходимости подумать о возможности развития столбняка после ожогов и поэтому посоветуем более часто прибегать в соответствующих случаях к профилактическому впрыскиванию противостолбнячной сыворотки (напр., в случаях подобных нашему, где пострадавшие прикрывают обожженные поверхности тряпками, лоскутами, оторванными от белья и т. п., не говоря уже о попадании на раневые поверхности земли, песка и т. п.).

Быть может, это простое и довольно невинное мероприятие избавит какого-нибудь больного от грозных последствий, и тогда наше сообщение найдет свое оправдание.

Из клиники болезней носа, горла и уха Гос. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани (Заведующий — проф. В. К. Трутнев).

Случай первичной рожи глотки и гортани¹⁾.

Ассистента Б. С. Голанд.

В виду редкости заболевания глотки и гортани первичной рожой постановка диагноза первичной рожи гортани и глотки довольно затруднительна, почему считаем нужным сообщить о случае, наблюдавшемся в нашей клинике.

2 января 1928 г. на амбулаторный прием в клинику обратилась крестьянка с. Коргузи, Свияжского кантона, М., 30 лет, с жалобами на сильную боль в горле, невозможность глотать, на сильную боль при движении нижней челюсти, на сильный голос и сильный насморк. Боли в горле начались 31 декабря 1927 г., на другой день утром немного стихли. Затем появился озноб, боли в глотке и гортани усилились, и больная потеряла абсолютно голос, раскрыть рта не может, глотание абсолютно невозможно, дыхание носом затруднено. Указать на какие-нибудь моменты, вызвавшие данное заболевание, больная не может.

При осмотре найдено: дыхание затруднено, но явлений кислородного голодания не замечается, говорит шепотом; больная производит впечатление человека, перенесшего тяжелую болезнь; имеется припухлость и болезненность подчелюстных желез и желез по ш. *sterno-cleido-mastoidens* с обеих сторон; ощупывание гортани болезненно, изо рта неприятный запах. В носовых полостях много корок, легко снимающихся, и гнойные выделения.

В глотке — резкая, ограниченная гиперемия мягкого неба, язычка, передних и задних дужек и небных миндалин; левый миндалик гиперемирован больше правого. Слизистая носоглотки вишнево-красного цвета. Резкая отечность надгортанника; надгортанник сильно деформирован, в зеркале представляется в виде груши; черпаловидные хрящи и ложные голосовые связки отечно припухшие. Истинные голосовые связки не видны; подвязочное пространство не удается осмотреть. Цвет слизистой всей гортани вишнево-красного цвета.

Больная немедленно была помещена в стационарное отделение клиники, где было установлено строгое наблюдение. Все необходимое для трахеотомии было приготовлено. Большой назначили лед на шею, ингаляции, *codein* внутрь и 5% салициловый натр в нос. Вечером 2 января состояние плохое, бессонница. T° — 38,6. назначено впрыскивание *ol. camphorae*. 3 января 1928. Утром T° 37,3. Сильная слабость, больная двигается с помощью сиделки; в глотке краснота немного уменьшилась. Назначения те же. 3—I. Вечером T° 38,9. Общее состояние плохое. 4—I. Утром T° 38,9; вечером T° 39,9. Отечность ложных голосовых связок и черпаловидных хрящей уменьшилась; начинают появляться покрасневшие истинные голосовые связки, плохо смыкающиеся при фонации; голос переходит из абсолютного шепота в шепот. Жалуются на боль и колотье в правом боку. Самочувствие больной плохое. Состояние тяжелое. Назначения те же.

¹⁾ Доложено в Рино-ларинго-отоларингической секции О-ва врачей при Каз. университете 7/III 1928 г.