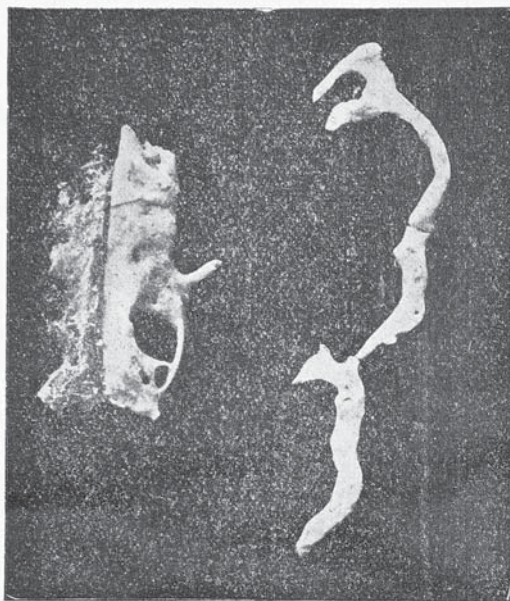


случаи окостенения послеоперационных рубцов брюшной стенки и могут быть истолкованы с точки зрения длительного раздражения соединительной ткани апоневроза мышц живота шелковыми швами, за что, до известной степени, говорят и форма костных образований (см. рис.).



Наши случаи наблюдались у 2 больных, оперировавшихся в Ардатовской больнице по поводу желудочных заболеваний (язва желудка и рубцовый стеноз привратника) один в 1927, а другой в 1928 г. В текущем 1929 году они одновременно явились в б-цу—один с рецидивом язвы, а другой с жалобами на боли в области рубца, в особенности при физической работе в наклонном положении. При осмотре и ощупывании рубцов обнаружено: рубцы как у того, так и другого едва заметны, никаких поверхностных разражений и изъязвлений нет; при пальпации у обоих больных прощупываются плотной консистенции инфильтраты, неправильной формы, располагающиеся глубоко в подкожной клетчатке. Первый больной совершенно не чувствовал образовавшейся кости и вообще никаких болезненных явлений со стороны рубца кроме определенных жалоб на желудочное страдание. Форма образовавшейся и удаленной путем операции кости представлена на снимке (см. рис. слева, отпрепарована и отвернута надкостница). Размер кости: длина 7 сант., ширина 1,2 сант.

Второй же больной явился с жалобами на боли в рубце, которые причиняла ему, несомненно, кость, имевшая неправильную форму с острыми концами и шипами (см. рис. справа). Размер ее: длина 9 сант., ширина 0,5 сант. При операции кости были обнаружены по средней линии и располагались между кожей и предбрюшинной клетчаткой; надкостница интимно спаяна с апоневрозом широких мышц живота.

Из патолого-анатомического отделения б-цы в Память 25 Октября
(завед. проф. Ф. Ф. Сысоев).

Случай образования кости в легком.

Д-ра Т. Четчуевой.

Развитие костной ткани в легком встречается довольно редко, особенно редко встречается ветвистое образование кости. Чаще всего развивается кость

стенения бронхиальных хрящей при бронхоэктазиях, то в виде настоящих костных опухолей (*osteoma*, *osteosarcoma*, *osteochondroma*), то, наконец, в виде ветвистых образований, к которым относится и описываемый случай.

Ветвистое образование кости впервые описал *Luschka*. Оно обыкновенно встречается в пожилом возрасте, захватывает различные отделы легкого в виде ветвящихся костных балок и пластинок различной величины, свободно лежащих в паренхиме легкого. Маленькие кости часто соединены друг с другом фиброзными тяжами, напоминая «бусы, нанизанные на нити». С течением времени эти фиброзные тяжи постепенно подвергаются окостенению и превращаются в костную балку.

Помимо этой редко наблюдающейся ветвистой формы окостенения ткани легкого описываются и другие формы как туберозная и диффузная. При первой наблюдаются лежащие отдельно, свободно расположенные, различной величины, участки кости, при второй, которая, повидимому, является дальнейшим, более поздним стадием развития ветвистого окостенения (*Cohn*), или туберозной формы—кость представляет одно целое, не будучи разъединена на отдельные островки. Вопрос о патогенезе кости, об ее формальном генезе еще не разрешен. Нет общего всеми принятого взгляда на происхождение костной ткани.

Большинство исследователей (*Luschka*, *Boström*, *Arnsperger*, *Riediger* и др.) думает, что в основе развития кости лежит интерстициальное воспаление легочной ткани, причем, по мнению одних авторов, это воспаление и дальнейшее образование кости происходит в интерлобулярной и интеральвеолярной соединительной ткани (*Luschka*, *Arnsperger* и др.), по мнению других, в периваскулярной ткани (*Riediger* и др.). Наконец, третья группа авторов (*Seemann*) ставит развитие кости в ткани легкого в генетическую связь с тромбом, который организуется, превращается в плотную, гиалинизированную соединительную ткань. Последняя в дальнейшем превращается непосредственно в костную ткань при участии остеобластов, развивающихся из фибробластов.

Настоящий случай относится к 54 л. женщине В. М. с клиническим диагнозом: *dementia arteriosclerotica*; *enterocolitis chronica*. Больная находилась во 2-й психиатрической больнице. Анамнеза нет. Клинических явлений со стороны легкого не было обнаружено. Кость в легком была лишь случайной находкой на секционном столе.

На вскрытии (произведенном 3/X 28 д-ром М. Мандельштамом) было обнаружено следующее: Атеросклероз аорты, венечных и мозговых сосудов. Хронический интерстициальный миокардит. Острый катаральный энтероколит и хронический язвенный колит. Хронический катаральный гастрит. Катаральный ларингит. Гнойный бронхит. Левосторонняя катарральная пневмония. Кость в нижней доле левого легкого. Гиперплазия селезенки. Артериосклеротическая сморщенная почка. Жировая инфильтрация печени. Геморрагический пахименингит. Отек мягкой мозговой оболочки.

Макроскопическая и микроскопическая картина легкого: левое легкое спаяно на всем протяжении с грудной клеткой, правое частично. Ткань правого легкого равномерно нерезко уплотнена, но везде содержит воздух, серовато-розового цвета. В нижней доле левого легкого имеются нерезко ограниченные, плотные фокусы серо-красного цвета, между которыми лежат костные пластинки, большей частью ветвящиеся. Длина их от 1—2 мм. до 2—3 см. Встречаются пластинки и вблизи бронхов. Плевра левого легкого немного утолщена, отечна.

Микроскопически в некоторых участках альвеолы расширены, наполнены воспалительным экссудатом, состоящим главным образом из полиморфноядерных лейкоцитов; в других местах альвеолы или спавшиеся, или наполненные отечной жидкостью с единичными клетками альвеолярного эпителия. Бронхи в большинстве случаев изменены: их просветы заполнены полиморфноядерными лейкоцитами, эпителий местами слущен, стенка инфильтрирована лимфоидными клетками и полиморфноядерными лейкоцитами; в окружности бронхов разросшаяся соединительная ткань. Железы, окружающие бронхи, также разрастаются. Капилляры и мелкие вены расширены, переполнены кровью. Интима многих сосудов утолщена, просвет сужен. В интима некоторых крупных сосудов нередко наблюдаются отложения извести. Угольный пигмент располагается неравномерно в ткани легкого, гл. обр. в окружности бронхов. Помимо этих совершенно нехарактерных изменений в легком наблюдались своеобразные изменения, которые состояли в развитии соединительной ткани и костей, лежащих, с одной стороны, свободно среди соединительной ткани, с другой стороны—в стенке бронха среди гиалинового

В основе образования костной ткани лежит один общий интерстициальный воспалительный процесс, который развивается в окружности бронхов и сосудов интерлобулярной соединительной ткани. Из развившейся соединительной ткани образование костной ткани идет двумя путями: с одной стороны, коллагеновые волокна интерлобулярной соединительной ткани соединяются в пучки, идущие в различных направлениях, набухают и гиалинизируются, а местами и обызвествляются. Наряду с изменениями коллагеновых волокон фибробласты тоже претерпевают ряд изменений, оставаясь замурованными в измененной соединительной ткани: ядро их уменьшается в объеме, красится более интенсивно, протоплазма становится базофильной, приобретает грубое, сетчатое строение; количество протоплазмы уменьшается. Клетка делается маленькой, угловатой и лежит в костной полости. Сама костная ткань увеличивается в своей массе за счет все нового превращения соединительной ткани в костную, что особенно отчетливо выражено на периферии костных образований. Молодые костные пластинки не имеют Гаверсовых каналов. Все пластинки остаются сравнительно тонкими, редко содержат более 2—3 рядов костных клеток. В дальнейшем в костные пластинки начинают вращать кровеносные сосуды вместе с рыхлой соединительной тканью, богатой клетками, и дают образование костно-мозговых полостей, в которых развиваются все элементы костного мозга, благодаря чему отдельные пластинки отдаленно напоминают губчатое строение кости. Наряду с описанными изменениями наблюдаются и явления другого рода: по мере того как происходит вращение сосудов в новообразованную костную пластинку, происходит осложнение ее структуры. В местах внедрения сосудов образуются более резко выраженные углубления, по краям которых скапливается довольно значительное количество клеток, повидимому остеокластов. Вместе с тем среди костных пластинок появляются каналы, содержащие кровеносные сосуды. Вокруг этих каналов располагаются пластинки в виде нескольких concentрических слоев, благодаря чему картина вполне соответствует типичным Гаверсовым системам, свойственным компактной кости. Большинство костных пластинок, встречаемых в препаратах, представляется не вполне сформировавшимися, причем одни из них имеют характер компактной кости, другие, содержащие большие костно-мозговые полости, подходят ближе к губчатой.

Кроме того, можно было наблюдать и другой путь образования костной ткани, а именно развитие ее из хряща бронхов: в стенке больших бронхов происходит разрастание хряща и появление новых участков хрящевой ткани среди разросшейся соединительной ткани. Это новообразование хрящевой ткани идет за счет превращения фибробластов в хрящевые клетки. На некоторых препаратах видно, как соединительно-тканые волокна складываются в пучки, а фибробласты округляются, увеличиваются в размере, ядро делается круглым, светлым и содержит несколько ядрышек; протоплазма увеличивается, клетки лежат теснее; некоторые из них окружаются капсулой и превращаются в типичные хрящевые. Лежащие между ними коллагенные волокна тоже становятся гомогенными, приобретают базофилию, свойственную промежуточному веществу хряща. В некоторых хрящевых клетках изредка встречаются митозы. Большинство имеющихся хрящевых пластинок обнаруживает дальнейшие изменения, ведущие к образованию кости. Часть клеток, расположенных более центрально, обызвествляется вместе с промежуточным веществом хряща. В эти обызвествленные хрящевые участки вращает из окружности соединительная ткань с кровеносными сосудами, по периферии которой происходит образование костной пластинки. В большинстве случаев эта пластинка ясно отграничена от измененной хрящевой ткани, и непосредственного перехода одной в другую установить не удается, что затрудняет решение вопроса в возможном непосредственном переходе хрящевой ткани в костную. Эти пластинки представляются или компактными, или содержащими костно-мозговую полость.

Таким образом описанный случай, представляющий собой случайную находку при вскрытии, должен быть отнесен к ветвистому развитию кости, обусловленному распространенным хроническим воспалением в соединительной ткани. Эта ткань, с одной стороны, дала нам непосредственное образование кости, т. е. кость, преобразованную только соединительной тканью (Lubarsch, Arnsperger и др.), с другой стороны—кость, преобразованную хрящевой тканью (Borst, Roschariskiy и др.). Что касается возможности развития кости из организованного тромба, как это подробно описано Seeman'ом, то такового явления мною не обнаружено.

Литература. 1) Arnsperger H. Beitr. z. pathol. Anat. Bd. 21, 1897.— 2) Borst Lehrb. d. path. Anat. f. Aschoff. Bd. I, 1923.— 3) Bostrom. Цитиров. по Arnsperger'y.— 4) Cohnheim. Allg. Path. Bd. I, 1782.— 5) Eppinger u. Wagner. Arch. f. inn. Med. Hf. 1; 1920.— 6) Lubarsch O. Verhand. d. deutsch. pathol. Ges. 1900.— 7) Luschka H. Virch. Arch., 10.— 8) Poscharissky. Beitr. z. path. Anat. 1905, Bd. 38.— 9) Rabl C. Virch. Arch. Bd. 245, 1923.— 10) Riediger. Inaug. Diss. Erlangen. 1913.— 11) Seemann. Virch. Bd. 255, 1925.— 12) Virchow. Bd. II, 1864—65.— 13) Ziegler. Lehrb. f. allg. Path. u. path. Anat.

Бродецкая районная больница УССР. (Завед. д-р О. О. Острович).

Двусторонняя трубная беременность¹⁾.

Б. М. Беккера.

Эктопические двойни могут встретиться в виде одновременной маточной и внематочной (трубной) беременности, двойней в одной трубе, одновременной беременности в трубе и яичнике и, наконец, одновременной двусторонней трубной беременности. Комбинации одновременной беременности маточной и трубной, не так редки. Случаи же двусторонней трубной беременности представляют редкость. Так, Werth мог насчитать в мировой литературе до 1904 г. только 6 таких случаев и прибавил к ним 2 собственных. В 1913 г. Малиновский мог насчитать всего 15 случаев. Цейтлин же указывает, что до настоящего времени в мировой литературе насчитываются только 32 случая двусторонней трубной беременности.

Чрезвычайная редкость подобной комбинации эктопической двойничной беременности побуждает меня описать случай двусторонней трубной беременности, встретившийся мне во время моей работы на участке.

Больная С. Г., 33 лет, замужняя, уборщица, поступила в Бродецкую районную больницу с жалобами на жгучие боли внизу живота, особенно в правом паху, боли в пояснице и незначительные кровянистые выделения из влагалища.

Менструации появились в 16 лет, установились сразу через 4 недели, по 6—7 дней и сопровождались иногда болью. После замужества тип и характер менструальных не изменился. Последняя менструация была 20/X—25 г.. Половой жизнью живет с 18-ти лет. Ненормальностей в половой жизни не отмечала. На 19 году наступила первая беременность, которая закончилась срочными родами живым ребенком. После родов болела около месяца. На 20-м году жизни забеременела вторично, роды также закончились в срок живым младенцем, но после родов появились бели и временами резкие боли внизу живота. На 28 году, после шестинедельной задержки мenses, случился естественный выкидыш. С этого момента считает себя больной „какой-то женской болезнью“.

В течение нескольких недель после последней менструации чувствовала временами тупые боли внизу живота, мешавшие ей работать. На 8-й неделе при поднятии тяжести почувствовала вдруг резкую боль внизу живота справа. Когда боли немного стихли, появились кровянистые выделения, продолжавшиеся около недели. Кровотечение сопровождалось приступами интенсивных болей, не раз доводивших больную до обморока. Ряд подобных припадков заставил больную в середине января обратиться к нам.

Больная среднего роста, правильного телосложения и умеренного питания. Костная и мышечная системы уклонений от нормы не представляют. Кожа бледная, с небольшим желтушным оттенком. Видимые слизистые оболочки—бледно-розовые. Со стороны сердца и легких ничего патологического не обнаружено. Грудные железы нормально развиты, молозиво не выдавливается. Живот правильно округлой формы. Правая подвздошная область болезненна при пальпации. Особенно

¹⁾ Доложено на заседании Научно-медицинского общества при Воронежском гос. унив. 20/1 1928 года.