

20/VIII операция под общим наркозом. Разрез по средней линии. По вскрытии брюшной полости: кишки вздуты, багрового цвета. Брыжжейка тонких кишек отечна, и в ней имеется участок величиной в ладонь, темнобагрового цвета с несколькими гематомами; кишка на протяжении, соответст. этой части брыжжейки, приблизительно на протяжении метра, темнобагрового цвета, местами черная. Перекручивания кишек нет. В брюшной полости окрашенная кровью жидкость в небольшом количестве. Явление перитонита. При осмотре сосудов брыжжейки становится ясно, что необходима обширная резекция тонких кишек, так как гематома сдавила сосуды на большом протяжении, и кишки были лишены питания. Резкое падение сердечной деятельности у больного не позволило приступить к резекции. Брюшная полость закрыта. Смерть 21/VIII в 2 часа дня.

Случай № 2. Больная А. Б. 12/X поступила в пропедевтич. хир. клинику с диагнозом—острый аппендицит. 13/X в 6 часов утра почувствовала сильную боль в животе, больше справа. Отмечает тошноту и рвоту.

Объективно: пульс учащен, язык обложен. При пальпации резкие боли и резкое напряжение мышц живота в правой илеоцекальной области.

13/X операция под местной анестезией. Разрез Riedel'я с присоединением (потом) срединного разреза. По вскрытии брюшной полости большое количество мутного экссудата. Это побудило к осмотру верхней части живота—желудка, осматривены и придатки. В них изменений не обнаружено. В сальнике явления острого воспаления. Исходный пункт перитонита не обнаружен. Отросток оказался измененным незначительно. Смерть через 2 суток.

На вскрытии было установлено: тромбоз сосудов брыжжейки на протяжении 20 сантиметров. Место тромбоза на $1\frac{1}{2}$ метра от места впадения тонкой кишки в слепую.

В обоих из наших случаев мы на операционном столе столкнулись с перитонитом, развившемся на почве тромбоза сосудов брыжжейки. В литературе имеются указания, что тромбоз мезентериальных сосудов в конечном итоге может повести к гангрене брыжжейки с последующим перитонитом. Перитониты такого происхождения редки и о них особенно следует помнить при экстренных операциях, когда исходная причина заболевания неясна. Наши случаи заставляют нас принять к руководству, что при наличии острого начала и бурной клинической картины, протекающей по типу илеуса и перфорации органов брюшной полости—следует подумать о тромбозе артерий брыжжейки, и что перитониты, исходный пункт которых не удастся выявить во время операции, могут оказаться перитонитами на почве тромбоза сосудов брыжжейки, что всегда следует иметь в виду.

Глазная клиника Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани. (Директор проф. В. Е. Адамюк).

Evulsio nervi optici¹⁾.

А. Б. Коленько.

7-го февраля с/г. на амбулаторный прием Глазной клиники Казанского ин-та усовершенствования врачей был доставлен из Ижевска больной Г—рин, 21 года, телеграфист, для коечного лечения.

Из расспросов больного удалось выяснить: 14 декабря 1928 года около 3 ч. дня больной с целью самоубийства выстрелил себе из револьвера нагана в правый висок. Сейчас же после выстрела больной якобы „видел“ наган, упавший из

¹⁾ Доложено на заседании Казанского офтальмомолгич. об-ва с демонстрацией больного 16 февраля 1929 г.

руки на пом. Больше он ничего не видел и не чувствовал, хотя со слов окружающих передает, что он все же отпер двери комнаты, в которой он стрелялся, и только за дверью окончательно потерял сознание. Сутки был в бессознательном состоянии; потерял много крови. Последующие 5—6 дней отмечались сильной слабостью, которая временами переходила в бессознательное состояние. Придя в себя больной отметил полное отсутствие зрения, сильный отек век обоих глаз. Боли в глазах ни справа, ни слева не чувствовал, даже несмотря на то, что правый глаз выдавался, по словам больного, на $\frac{3}{4}$ вершка вперед. О состоянии левого глаза больной ничего отметить не может. Раны на висках зажили через 1— $\frac{1}{2}$ недели без нагноения.

Числа 5—6 января к больному был приглашен окулист, который заявил, что правый глаз „вытек“ и предложил операцию удаления остатков глаза, которая и была сделана на следующий день. Левого глаза врач не осматривал. Сейчас же после операции соединительная оболочка верхн. века и свода правого глаза начала вываливаться в виде валика. Была сильная опухоль века. Швы сняли недели через 2 из-за сильного отека. Первый раз окулист осмотрел левый глаз в начале февраля и направил больного в Казань.

St. praesens. Больной высокого роста, правильного телосложения, хорошо физически развит. Никаких отклонений от нормы не отмечается. На правом виске по середине его имеется синевато-коричневый, слегка втянутый, подвижной рубец звездчатой формы 3—4 мм. в диаметре. На левом виске в центре, более книзу и кзади, чем справа—выходное отверстие—тоже пигментированный рубец, почти круглый 2—3 мм. диаметром.

Oc. dextr. Кожа век нормально розовая. Соединительная оболочка верхн. века и верх. переходной складки вываливается из глазной щели в виде валика $1\frac{1}{2}$ —2 сант. высотой. Она гиперемирована, гипертрофирована, неровная, не вправляется на место. Лежит она на коже нижн. века, которое изменений не представляет. В глубине конъюнкт. мешка видна плоская культи¹⁾ *Oc. sin.* Вски. conjunctiva, роговица, передняя камера и хрусталик отклонений от нормы не представляют. Рисунок радужки выражен хорошо, зрачек несколько расширен, круглый, на свет не реагирует. Глаз ограниченно подвижен во все стороны (меньше всего кнаружи). Глазное дно видно хорошо. V=0.

Картина глазного дна в обратном виде такова: место, соответствующее соску зр. нерва, представляется слегка вытянутым овалом сероватого цвета, в центре и слегка кнаружи в нем находится пятно темно-серого цвета. От этого темного пятна идут почти в горизонтальном направлении два тоненьких сосудика, которые обрываются у края овала. Вокруг него имеется широкое серовато-белое поле, по которому, несколько отступя от места, соответствующего соску зр. нерва, видна мелко-петлистая сеть сосудов, образующих почти замкнутое кольцо, шириной от 0,5 мм. сверху и кнаружи, до 2 мм. снизу и кнутри. Сверху мм. на 1,5 от края овала серо-белое поле резко обрывается, переходя в темно-аспидного цвета участок, шириной около 1 мм., по которому проходят идущие с периферии сосуды. Они обрываются у края белого поля и дают резкий параллакс. В наружно-верхнем квадрате, приблизительно в 1,5 мм. от края овала, как бы из под белого поля высыпают неправильной формы и различной величины красно-бурого цвета свежие кровоизлияния. Еще периферичнее отдельные неправильной формы глыбки пигмента (следы бывших кровоизлияний). Книзу серо-белое поле расширяется до 3-х мм. и от него отходит вниз и наружу как бы отросток такого же цвета до 4-х мм. длиной с резкими слегка пигментированными краями; внизу этот отросток как бы разделяется бухтой около 2-х мм. длиной с нерезкими краями. Крайняя периферия более или менее нормальна; на ней разбросаны разной величины глыбки пигмента, как при рассеянном хориоидите. Разница в уровне центрального серого овала и остального глазного дна = 3.0D. Рентгеновский снимок (Рентгеновское отделение ин-та—рентгенограмма № 3383). В области решетчатой кости дефект величиной 2×3 мм. (фронтальное положение), за стенкой орбиты просветление, ограниченное сверху прерванными контурами основания черепа спереди и сзади неровными линиями стенок сфеноидального синуса. Повидимому перелом основания черепа над орбитой.

¹⁾ 11/II проф. В. Е. Адамюк подтянул выпавшую слизистую 4 Спеленовскими лигатурами, которые были завязаны над валиками на коже верхнего века.

Судя по входному и выходному отверстию пули, можно сказать, что она шла справа налево, несколько спереди назад и сверху вниз. На своем пути она очевидно разможила правое глазное яблоко и произвела тяжелое повреждение в левом. Присутствие в левом глазу на месте зрительного нерва темного пятна, хотя от времени и заполнившегося уже соединительной тканью, присутствие участка, лежащего ниже поверхности остального глазного дна (параллактическое смещение), внезапная потеря зрения—все это, подкрепленное анамнезом, позволило нам остановиться на диагнозе *evulsio nervi optici, rupturæ retinae et chorioideae oc. sin.*

Повреждение глаза часты, значительно реже повреждения зрительного нерва и особенно огнестрельные ранения его. Приведем некоторые цифры: % травматических повреждений глаза колеблется от 0,3% (Киев) по отношению ко всем глазным больным до 30% (Бонн). За К. Корелицкая⁶⁾ (Таганрог) почти на 30 тыс. глазных больных отмечает травматические повреждения около 8% (1.898 сл.), из них ранения 4%. Ранений зрит. нерва ни одного. По данным глаз. клиники С.К.Г.У. за 7 лет⁴⁾ на 27 тыс. первичных больных было травматических случаев около 8%; из них огнестрельных ранений в среднем 7%; ранений зрит. нерва ни одного. Чистяков считает, что 13,3% всех повреждений глаза падает на ранение зрит. нерва. По данным С.П.Б. лечебницы этот % поднимается даже до 14,4% (цатир. по Глагольеву¹⁷⁾). Целый ряд авторов приводит близкие к этим цифры, причем процент повреждений поднимается в промышленных районах и падает в земледельческих (Масленников⁵⁾).

Переходя ближе к данному случаю, необходимо отметить, что при выстреле в висок по данным Nicolai, Berlin'a и Zürich'a смерть наступает только в 43%, а 57% остаются живы, причем из них 29% бывают слепы на 1 глаз и у 1 была двухсторонняя слепота. Приблизительно тоже сообщает и Hirschberg⁹⁾ в своей статье „Das Auge und der Revolver“. Более 50% всех стрелявшихся в висок остаются в живых. Из них около 30% теряют зрение правого глаза, в отдельных случаях обоих; т. е. при выстреле в висок больше шансов остаться живым, но получить тяжелое физическое увечье (слепоту). Не безынтересный факт отмечает Fick, что оставшиеся в живых, ставши слепыми, приобретают даже относительную жизнерадостность и, как правило, не повторяют своих попыток.

Каково действие пули в орбите?—На этот вопрос нам дают ответ экспериментальные работы Curt'a Adam'a⁸⁾ на трупах и на животных. Действие пули на глаз распространяется под прямым углом к направлению ее движения, т. е. при выстреле в висок она действует на верхние и нижние стенки глазницы, на дно ее и на глазное яблоко. Чаще всего дает трещины верхняя стенка, где имеется *foramen n. optici* и *fissura orbitalis super.*, в более тяжелых разрыв сосудистой и обрыв нерва.

В нашем случае после выстрела наступила мгновенная слепота. По Wagentann'u послетравматический амавроз мож. быть: 1) от сжатия зрительного нерва непосредственно инородным телом или осколком костной стенки (в нашем случае пуля вылетела, рентген осколков не показывает), 2) от сжатия его кровоизлиянием (картина глаз. дна в нашем случае против этой возможности) или 3) от разрыва зрительного нерва.

Место разрыва м. быть: а) у *foram. n. optici*—нормальная офтальмоскоп. картина, резкое расстройство со стороны глазных мышц, часто

общие признаки: рвота, кровотечение из носа и ушей, мозговые явления, в) между входом центральных сосудов *foram. n. optici*—нормальная офтальмоскоп. картина, незначительное или полное отсутствие явлений со стороны глазных мышц, кровоизлияния в *conjunctiv'u* и веки, *exophthalmus*, обыкновенно присутствие сочувственной реакции на свет, с) между глазными яблоком и местом вхождения центральных сосудов (резкие расстройства циркуляции крови в сетчатке—тромбоз, кровоизлияния, эмболия, ишемия и т. п.), д) у *lamina cribrosa*—получается *evulsio n. optici*—на месте соска дыра.

В нашем случае отсутствуют симптомы первых 3-х возможностей, потому остановимся на последней. Механизм действия при *evulsio n. optici* таков (по Натансону⁷⁾: глазное яблоко выпячивается вперед вследствие уменьшения объема глазницы под влиянием пороховых газов и пули. Глазной нерв натягивается кзади и вырывается. *Salzmann* считает, что глазное яблоко остается в относительном покое, а сильно оттягивается назад зрительный нерв и вырывается. Очевидно эти оба фактора, действуя одновременно, дают в результате *evulsio n. optici*.

Evulsio nervi optici *Salzmann* еще в 1903 г. выделил в особую группу заболеваний. Тогда же он в литературе насчитал 7 случаев. Натансон⁷⁾ в 1912 году опубликовал свой случай, который он считает 16-м в мировой и 3-м в русской литературе. Всего в доступной нам русской и иностранной литературе нам удалось встретить только 32 случая полного отрыва зрительного нерва. Из них 4 описаны русскими авторами—Гагарин, Вайнштейн, Натансон и Самойлова (последняя опубликовала свой случай в мае 1929 г.). Наш случай, таким образом, приходится считать 33 в мировой и 5 в русской литературе. Всего же полных и частичных отрывов зрительного нерва насчитывается в мировой литературе 40, из них 17 в результате пулевого ранения. Более чем вероятно, на что особенно указывает *Wagenmann*, что многие из них проглядывались из-за трудности диагностики, когда имелись большие внутриглазные кровоизлияния. В таких случаях правильный диагноз может быть поставлен только после энуклеации, что и было напр. в случае *Liebrecht'a*.

Обрывается ли при этом повреждении *lamina cribrosa* от стенок склерозного кольца целиком, или же только центральная часть ее вырывается вместе со зрительным нервом?—Правильно ответить на это можно только после патолого-анатомич. исследования. *Reis* и *Stöwer* на основании своих патолого-гистологических исследований и литературных данных предполагают, что в большинстве случаев вырывается только центральная часть.

Не безынтересно также, где обрываются оболочки зрительного нерва? На этот вопрос можно ответить также после патолого-анатомического исследования. В случаях *Pagenstecher'a*, *Liebrecht'a* оболочки зрительного нерва были оторваны вместе с нервом от глаза; в случаях же *Hesse*, *Reis'a* и *Stöwer'a* спавшиеся оболочки остались в связи с глазным яблоком.

Характерный признак *evulsio n. optici*—отсутствие соска. На его месте имеется углубление, которое выполняется, как показывают патолого-гистологические исследования, стекловидным телом, либо кровоизлиянием, либо складками сетчатки. Глубина его, по разным авторам, различна. У *Salzmann'a* она равнялась 4 мм., у Гагарина 3 мм., у Ка-

riapath'a существовало не углубление, а неглубокая экскавация. У Nicolai же все углубление было заполнено кровоизлиянием, которое даже выдавалось в стекловидное тело.

И в нашем случае необходимо предположить, что бывшее углубление заполнилось кровью, которая потом и организовалась, не давая сейчас значительной экскавации. Темно-аспидное пятно в центре все же осталось. За наше предположение говорит и разница в уровне центрального белого поля и периферической сравнительно мало измененной части глазн. дна.

Наличие сравнительно хорошего питания на периферии не говорит против нашего диагноза, т. к. коллатеральное кровообращение восстанавливается полностью через 2, max. 3 недели.

Менее постоянный признак *evulsio n. optici*—это отрыв сетчатки, который стоит в связи с отрывом нерва, а потому большей частью имеет круговую форму. Приблизительно в $\frac{1}{2}$ случаев сетчатка обрывается не у склерального кольца. Надо думать это происходит от величины смещения нерва кзади—более сильные влекут и разрывы сетчатки. В нашем случае ответить на этот вопрос, где оборвалась сетчатка, сейчас не представляется возможным, т. к. организовавшаяся соединит. ткань покрыла место предполагаемого обрыва сетчат. оболочки. Разрывы же ее и сосудистой оболочки ясно видны и сейчас.

В нашем случае осталось ограничение подвижности глаз. яблока. При травме мышцы В а с ю т и н с к и й различает следующие возможности: только растяжение ее; прижатие к кости; либо ушиб нервных элементов, либо частичный или полный разрыв ее. Мы склонны предположить, что в нашем случае ограничение подвижности произошло от надрывов мышц или сдавления кровоизлиянием.

Диагностические трудности нашего случая заключаются в более чем 2-х месячной давности. За это время процесс организации соединительной ткани сильно пошел вперед, слегка затуманив первоначальную картину. Он идет и сейчас, в буквальном смысле на наших глазах, т. к. еще 8 дней тому назад при первом осмотре больного темное углубление в месте, которое соответствует соску зрнт. нерва, было интенсивнее и резче выражено.

Литература. 1) А в е р б а х М. И. „Промышленные глазные повреждения и основы борьбы с ними“. Арх. офт., т. IV.—2. Р а в и ч Р. И. „Разрыв зрительного нерва“ (демонст.) Арх. офт. т. IV.—3. Ф и р ю к о в а Е. В. „Разрыв зрительного нерва серпом“. Арх. офт. т. III.—4. И в а н о в Н. К. „Профессиональный травматизм глаз по данным глазной клиники С. К. Г. У.“. Доклад на 2-м съезде офтальм. С.-Кавказ. края.—5. М а с л е н и к о в А. И. „Опыт исследования травматизма глаз в сельско-хозяйств. промышленности“. Доклад там же.—6. З а к - К о р е л и ц к а я Р. И. „Травматические повреждения глаз по данным центр. амбулатории Таганрога“. Доклад там же.—7. Н а т а н с о н А н. „К казуистике повреждений зрительн. нерва. Случай отрыва зрительного нерва из склерального кольца“. Рус. врач. № 6; 1912 г.—8. М а к л а к о в А. А. „Глаз и револьвер“. Рус. врач. № 34, 1912 г.—9. Hirschberg. „Das Auge und der Revolver“.—10. Ш и м к и н Н. И. „Повреждение органа зрения в современной войне“. Вест. офтальмол. т. XXXIII, № 2.—11. Ш и м к и н Н. И. „Огнестрельные повреждения глазницы и ее содержимого на войне“. Вест. офтальм. I. XXXIII. № 4—5.—12. Д м и т р и е в. „К казуистике непосредственного ранения зрительного нерва“. Вест. офт. 1925 г.—13) St. Martin. „Вырыв зрительного нерва и глаза. Левосторонняя темпоральн. гемианопсия“. Zent. bl. f. Aug. B. X. H. 10.—14. Hirschwand F. „Zu den „typischen“ Sportverletzungen des Auges beim Schilaufen“. Zeitschr. f. Augenheil. 1917. Bd. 63.—15. П о т е х и н а Е. А. „Частичный отрыв

laminæ cribrosae после контузии глаза". Рус. офт. жур. 1927. № 5—6. — 16. Кац. „Повреждение органов зрения при огнестрельном ранении головы". Рус. врач. 1915 г. — 17. Глагольев. „Случай непосредственного и изолированного ранения зрительного нерва". Вест. офт. 1912 г.

Из Клиники нервных болезней Казанского гос. университета. (И. д. Директора — доцент И. С. Алуф).

К казуистике общей нервной алопеции¹⁾.

Ординатора Н. И. Федорова.

Случаи общих нервных алопеций очень редки, этиология их недостаточно ясна. Мы приводим два случая, имеющие значительный интерес.

Случай 1. М. В., 56 л., татарин, сапожник. Женат 2-й раз. Из 6 детей от первой жены жив один, остальные умерли в раннем детстве от инфекционных заболеваний. Рос и развивался нормально. Умеренный алкоголизм. Лиес отрицает. Сыпной тиф в 1921 г. В 1927 г. среди полного здоровья у больного появился сильный шум в голове и боль в затылке. Расстроился сон. Спал в это время часа по 2—3 в сутки. Жара не отмечал. Работу не бросал. Шум в голове держался около 3-х недель. В конце 3 недели, перед исчезновением шума, в области кожи головы он почувствовал „чес", и волосы стали выпадать прядями. От солидной шевелюры за три дня не осталось ни одного волоса. Одновременно, его длинные усы легко выдергивались. Ранее сбритая борода не выросла. Выпали ресницы и брови. Исчезли волосы под мышками и на лобке. Все это произошло в течение 3-х дней. Через 3 недели от начала заболевания шум в голове исчез и больше не возобновлялся. Сон стал нормальным. Волосы же до сих пор не выросли.

Одновременно с выпадением волос больной стал замечать и изменение ногтей. Они коробились, были „как бы сожженные" и трескались. Изменение ногтей больной отмечал на протяжении полутора лет. Лечения никакого не применял.

Вскоре после выпадения волос больной стал замечать тикобразное, периодически наступающее подергивание в части мимической мускулатуры лица слева. Появилась общая вялость и ослабление полового чувства.

Объективное исследование: телосложение мускулярно-астеническое, без признаков дисплазии. Лицо со слабой мимикой, выглядит евнуховидным. Кожа тонкая, несколько сухая. На всем теле нет ни одного волоса (в том числе бровей и ресниц). Нет и пушковых волос. Подкожная клетчатка развита умеренно. Ногти мягкие, один из них с трещиной, на туловище и на правом бедре ряд светло-коричневых пятнышек. Радужки выпуклые, причем правая радужка заметно темнее (по словам больного до болезни он имел темные глаза и изменение радужки заметил сам). Легкая анизокория. Зрачковые рефлексы вялые. Периодическое подергивание в части мимической мускулатуры лица слева. Глазное дно Н. Незначительное ослабление слуха. В щитовидной железе ряд узелков твердой консистенции. Testes N. Рефлексы: Д — А — 6(50); Sol. — 6(54); Ortostat. 0(54); Erb + 6(60) + 6. Красный дермографизм (местный и спинно-мозговой) вял при слабой рефлекторной реакции. Белый дерм. N; пилотом. N. Адреналиновая и пилокарпиновая пробы показали вялую реакцию. Потливость на термическое раздражение обильная. Аспириновая проба дала отрицательный результат. Артериосклероз. Кров. давл. 160/90. Моча N; кровь: S = 48%, St 2%, Eos. 1%, L. 44%. Mon, 5%; R.W. в крови отриц.

Случай 2. В. А., 17 лет, девушка, крестьянка, татарка. Обратилась в клинику с жалобой на полное выпадение волос, наступившее у ней в 7-летнем возрасте. По словам больной и ее родственника, волосы выпали после тяжелой инфекционной болезни, которую сельский врач определил как тиф. Больная отмечает, что в продолжение нескольких месяцев после перенесенного заболевания волосы выпадали постепенно. Грибкового поражения волос не было. В настоящее время кожа головы гладкая, блестящая. На затылке всего один черный волос дли-

¹⁾ Доложено в засед. С-ва невроп. и псих. при Каз. ун-в. 28 мая 1930 г.