

При исследовании найдено: матка увеличена соответственно 9-недельной беременности, мягковата. Справа прощупываются несколько увеличенные придатки, безболезненные. Слева—придатки увеличены до грецкого ореха, болезненны при пальпации. В остальном изменений нет. 8/XII под спинномозговой анестезией больной было произведено выскабливание: абортангом были извлечены совершенно ясно сформированные части плода с оболочками и последом. Полость матки смазана иодом. На 3-й день больная вышла из больницы здоровой. 25/XII больная вновь обратилась к нам с жалобами на вновь появившуюся непрерывную рвоту, боль в левом паху и на быстро растущую опухоль в нижней половине живота слева. При исследовании обнаружено: матка несколько увеличена, плотная, в anteversio-fleu, слегка болезненна при пальпации, отодвинута несколько вправо. Зев закрыт плотно. Правые придатки несколько увеличены, плотны, безболезненны. Слева, через несколько выпяченный свод прощупывается опухоль величиной с куриное яйцо, эластической консистенции, слегка болезненная, неподвижная и тесно спаянная с левым углом матки. Температура 37,6°. Был поставлен диагноз—воспаление левых придатков. Больной было применено амбулаторное рассасывающее лечение: горячий душ, иктиоловые тампоны и диатермия в течение двух недель. Какого-либо улучшения не наступало. Опухоль быстро прогрессировала, появились запоры. Температура все время 37,6—37,8°, при хорошем общем состоянии. Ни кровотечений, никаких либо других расстройств не отмечалось, менструация отсутствует. Coitus после выскабливания больная отрицает. Исследование крови на RW—отрицательное. 10 января 1933 г. при рентгеноскопии нижней половины живота обнаружено: слева в большом тазу—скелет плода, лежащего свободно в брюшной полости. Больная была положена в отделение. Пункция заднего свода дала отрицательный результат. РОЭ резких отклонений от нормы не дала, моча норма. Френикус симптом отрицательный. Вагинальная флора второй степени чистоты по Гэрлину. Объективно: опухоль величиной с большой мужской кулак, температура 37,4, непрерывающаяся рвота. Нами было предположено наличие эктопической беременности. Больной предложена операция. 28/I 1933 г. под спинно-мозговой анестезией—операция; разрезом по средней линии вскрыта брюшная полость; обнаружено: левая подвздошная впадина наполнена большой опухолью розоватого цвета, резко инъецированной, величиной с большой мужской кулак. Опухоль эластической консистенции, плотно спаяна с кишечником. Основание опухоли исходит из левой широкой маточной связки. Левые придатки в пределах нормы. Правый яичник кистозно перерожден. Матка маленькая, плотная. Опухоль, выделенная из спаек с кишечником и из широкой связки, убрана. Труды перевязаны и отсечены. Брюшная полость запита наглухо. Опухоль вскрыта—вполне сформированный плод 3½ месячной давности. Стенки опухоли, оказавшиеся плодоместительцем, толсты, полость наполнена околоплодной жидкостью. Основание опухоли представляло сформированную плаценту. При исследовании левой отсеченной трубы обнаружено: перерождение мерцательного эпителия и резкое сужение устья трубы. На 10-й день больная была выписана.

Из поликлинической практики.

П. А. Бадюл.

25 апреля на поликлинический прием явился больной П., 24 лет, слесарь, с жалобой на сильные ломящие боли в левом надплечьи и руке, резкое ограничение подвижности руки из-за болевых ощущений и слабости. Из анамнеза выяснилось, что первые признаки заболевания относятся к 25 февраля с. г. Появились мозжающие боли в плечевом и локтевом суставах левой руки. В последующие дни ломящие боли усилились и распространились на всю руку; особенно беспокоили больного после физической работы и в ночное время. В середине марта рука начала слабеть, нельзя было работать. Боли были очень интенсивны, отдавали во всю руку и сопровождалась парестезиями в форме ползания мурашек. В конце марта появились чувство сведения в пальцах и фибриллярные подергивания в левой руке. В середине апреля фибриллярные сокращения стали наблюдаться и в правой руке.

При объективном исследовании легкое сужение глазной щели слева. Левое плечо несколько опущено по сравнению с правой стороной. Больной стоит с согнутой в локтевом суставе и приведенной к туловищу левой рукой. Объем активных и пассивных движений во всех суставах резко ограничен, гл. обр. из-за болевых ощущений. Сила резко понижена. Динамометрия слева—0. Незначительно пони-

жена сила и в левой ноге. Сухожильные и надкостничные рефлексы с левой руки повышены и очень живые, за исключением р. с треглавой мышцы, где даже наблюдается иногда извращение рефлекса. Коленный рефлекс слева живее. Подопыный р. с этой же стороны ослаблен. Тонус мышц левой руки, особенно сгибателей, повышен. В чувствительной сфере мы находим глубокое нарушение всех поверхностных и глубоких видов чувствительности по сегментарному типу от C_1 до L_5 только на левой стороне. На левой половине лица, ближе к средней линии, наблюдаем просветление чувствительности в форме полулуний. При давлении на всю область пониженной чувствительности—резко выраженная болезненность, в особенности в области точки Э р ба, в над и подключичной ямках и плечевом суставе. Диффузное похужание слева в мышцах груди, надплечья, лопатки и всей руки. Не резкий сколиоз в грудном отделе с выпуклостью влево. Выраженные и частые фибриллярные подергивания в области пониженной чувствительной, в слабой степени фибриллярные сокращения отмечаются и в правой руке.

Итак, в данном случае мы наблюдаем 3 группы признаков: 1. сегментарные симптомы со стороны серого вещества спинного мозга, 2. слабые проводниковые явления и 3. участие в заболевании проксимальных отделов периферической нервной системы. Отчетливые и локализованные фибриллярные подергивания в области левой руки, надплечья, лопатки, в более слабой степени в тех же отделах правой руки, с несомненностью указывают на наличие активного патологического процесса в области клеточных элементов передних рогов серого вещества спинного мозга. Сегментарный тип расстройства чувствительности слева от L_5 вверх до C_1 включительно, с характерным просветлением нарушенной чувствительности в форме полулуний по направлению к средней линии лица, говорит за поражение заднего рога серого вещества и нисходящего спинального ядра тройничного нерва с левой стороны.

Нерезко выраженный парез левой ноги, повышение коленного и ослабление подопынного рефлексов слева объясняются наличием легких симптомов выпадения со стороны проводниковых систем левого бокового столба спинного мозга. Нарушение не только поверхностных, но и глубоких видов чувствительности по сегментарному типу указывает на распространение болезненного процесса из заднего рога серого вещества на задние чувствительные корешки, которые, как известно, проводят все виды чувствительности. Участие задних чувствительных корешков, а возможно и более периферических отделов нервной системы, в процессе подтверждается наличием резкой диффузной болезненности при давлении и самостоятельных болей и парестезий в области пониженной чувствительности, резче в паравerteбральных точках, точке Э р ба, в над и подключичных ямках и в плечевом суставе.

Что касается характера заболевания, то здесь может идти речь или о сравнительно быстро прогрессирующей форме сирингомиелии с участием периферической нервной системы, или о подостром (инфекционном?) воспалительном заболевании плечевого сплетения, с переходом в дальнейшем на корешки и паренхиму самого спинного мозга. Даже без дополнительных методов исследования (пункция) первое предположение является более обоснованным. Столь избирательное и преимущественное поражение главным образом серого вещества заднего рога слева от L_5 до C_1 с участием спинального ядра тройничного нерва типично для сирингомиелии и необычно для воспалительного процесса. Слабые проводниковые симптомы—явление частое при сирингомиелии и объясняется чаще всего не резким сдавлением проходящего вблизи пирамидного бокового пучка, значительно реже распространением первичного глиоза на боковые столбы.

Парез левой руки с атрофией гл. обр. мелких мышц кисти и глубокое нарушение всех видов чувствительности с очень живым характером сухожильных и надкостничных рефлексов на левой руке может встречаться при сирингомиелии, хотя и здесь часто наблюдается понижение или отсутствие рефлексов. При выраженных поражениях периферической нервной системы явления выпадения касаются более или менее равномерно всех исследуемых сфер и отмечаемый разрыв между резко нарушенной чувствительностью и очень живыми рефлексами совсем не обычен для чисто периферического поражения.

Постепенное, хотя и довольно быстрое развитие заболевания, больше свойственно сирингомиелии, а не воспалительным заболеваниям. Если приведенные данные и подтверждают наше предположение о сирингомиелии, то все же нужно заметить, что такое клиническое проявление разбираемой нами болезненной формы, при значительном участии периферической нервной системы, наблюдается не часто, но за то дает иногда повод к диагностическим ошибкам.