

лочка снимается с некоторым трудом, но поверхность равномерно гладка. Корковый слой утолщен, серовато-красного цвета, на разрезе совершенно гладкий. Местами небольшие беловатые участки без резких границ. Пирамиды почти не различимы. Лоханки без особых изменений. *Селезенка*. (Длина—17,0, ширина—7,0, толщина—4,5) увеличена и срощена верхней половиной с брюшиной. Капсула непрозрачна, гладка, напряжена; на передней поверхности клиновидный участок покрыт жировой тканью. Паренхима серо-красного цвета, плотна, на месте клиновидного участка уплотнена, бледна; в средней части втянутый участок, где имеется плотная фиброзная ткань. Трабекулы многочисленны в виде белых нитей. *Железы внутренней секреции*. Зобная железа отсутствует. Щитовидная железа увеличена, плотна, желтоватого цвета, на разрезе гладка. Надпочечная железа слева уплотнена, в виде трехгранного шнура; корковый слой буро-серого цвета, мозговой—белого цвета.

Epicrisis: Oedema piae matris. Hydræmia. Splenitis chr. Infarctus organisatus lienis. Perisplenitis chr. adhaesiva. Dilatatio cordis, precipue ventriculi sin. et hypertrophia ventriculi sin. Stenosis ostii ventriculi sin. gradus levis. Endocarditis verrucosa chr. et insufficientia v. aortae. Endocarditis ulcerosa incipiens v. mitralis. Thrombus parietales multiplices ventriculi dextrae (vegetationes globulosa). Infiltratio adiposa myocardii (тигровое сердце—начальная степень). Pleuritis chr. adhaesiva dex. partialis et sin. totalis. Induratio fusca pulmonum. Ascitis. Catarhus ventriculi chr. Induratio cyanotica hepatis. Glomerulo-nephritis subchronica.

Анамнез больного, обнаруженные при объективном исследовании и дальнейшем течении симптомы: эндокардит с поражением аортального и митрального клапанов, лихорадка, анемия, симптом ARL, геморрагии и пустулезные высыпания в кожу, увеличение селезенки, гломерулонефрит без повышения кровяного давления (очаговый гломерулонефрит) и, наконец, обнаружение в крови *streptococcus viridans*,—не оставляли никакого сомнения в том, что мы имели случай *endocarditis lenta*, что подтвердилось и на вскрытии. Касаясь процесса в области кожи, лица, головы и верхних конечностей, следует указать, что мы имели дело с двумя типами экзантем: с фолликулярными и пустулезными высыпаниями. По характеру эффоресценций данное поражение кожи не может быть отнесено ни к одной из нозологических единиц первичных кожных заболеваний. С другой стороны, отчетливо выраженная связь первого высыпания с подъемом температуры (первое обильное высыпание совпало с резким подъемом температуры до 39,2°), дальнейший толчкообразный характер высыпания на различных частях лица, головы и конечностей, заставляют рассматривать все явления со стороны кожи, как результат вторичного ее заболевания. Учитывая все это и принимая во внимание особую наклонность *endocarditis lenta* к эмболическим процессам во все органы, в том числе и в кожу, а также имея в виду имеющиеся в литературе указания на то, что при септических метастазах в кожу явления поражения кожи совпадают с подъемом температуры (Stahl), мы считаем правильным оценивать все наблюдавшиеся нами изменения кожи, как результат множественных септических метастазов.

Литература: 1) R. Stahl—*Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheil.* Bd XXV, 1924.—2) Th. Gorder—*Lancet*, № 5354.—3) Fr. Hess—*Münch. med. Woch.* № 6, 1925.—4) С. С. Зимницкий—*Терап. т. IV*, вып. 6, 1926.—5) Н. Д. Стражеско—*Ibid.*—6) М. М. Невядомский—*Ibid.*—7) Н. А. Скульский.—*Ibid.* 547—563.—8) С. С. Миндлин—*Врач. дело*, №№ 9 и 10, 1927.

Из Хирургич. клиники Гос. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани. (Зав. проф. В. Л. Боголюбов).

Случай обизвествленного эхинококка брюшной стенки.

Ассистента А. Г. Мусина.

Больной Л. В., 38 лет, крестьянин из Чув. области, поступил в клинику 11/X 1926 г. по поводу опухоли и болезненности в нижней части живота. Считает себя больным 2 года с тех пор, как заметил опухоль. Опухоль увеличивалась постепенно и вначале боль была незначительная, но по мере роста ее болезненность

усиливалась, появились запоры и частое мочеиспускание (15—20 р. в сутки). С весны 1926 года больной не в состоянии заниматься физическим трудом. При покойном положении боли отсутствовали. За последнее время, до поступления в клинику, позыв к мочеиспусканию усилился, часто бывает ночное недержание мочи. Больной отмечает сильное похуждение за время болезни. Со стороны наследственности уклонений от нормы не отмечается. Люб, алкоголизм отрицает. С раннего детства любил водиться с собаками. Больной женат, жена и дети здоровы.

Status praesens: больной среднего роста, правильного телосложения, плохого питания. Со стороны органов грудной, брюшной полости уклонений от нормы не наблюдается. В нижней части живота, по средней линии, на 2 пальца ниже пупка имеется опухоль с головку годового ребенка, круглая, малоболезненная, плотная, поверхность бугристая, местами хрящевой консистенции; опухоль легко смещается вправо и влево и совершенно не смещается вверх и вниз. Кожа над опухолью не изменена и не спаяна с нижележащими тканями. Опухоль своим основанием находится в малом тазу и не дает флюктуации. Передняя брюшная стенка спаяна с опухолью. При исследовании per rectum обнаружено наличие плотной опухоли в excavatio vesico-rectalis. Моча прозрачна, нормальн. уд. веса, белка и сахара нет, в осадке ничего не обнаружено. Исследование крови: E—3,800,000, L—6,800, Hb—68, J—3, St—6, S—47; E—4, B—2. Lim—38. 19/X 1926 г. под эфир-хлороформным наркозом проф. В. А. Боголюбовым произведена операция—laparotomia, extirpatio neoplasmae. Разрез по средней линии ниже пупка. Опухоль рубцово сращена с передней брюшной стенкой и брюшиной. Осторожное выведение опухоли. Рассечение спаек вокруг опухоли и удаление. В брюшной полости опухоль оказалась тесно спаянной с петлей тонких кишек. Резекция стенки тонкой кишки и восстановление целостности ее двухэтажным швом. Рана послойно зашита наглухо. Опухоль величиною с головку ребенка, костно-хрящевой консистенции, в центре опухоли имеется полость, выполненная слизе-подобной массой.

Послеоперационное течение гладкое. 31/X заживление per primam intentionem. Сняты швы, 1—10/XI. Больной не чувствует прежней болезненности, аппетит хороший. 10-25/XI. Запоры отсутствуют. Мочеиспускание 5—6 раз в сутки. Общее самочувствие удовлетворительное. Гемограмма: E—4,200,000, L—6500, J—2, St—3, S—65, E—3, Hg—80, Lim—26. Со стороны мочи—норма.

Удаленная опухоль величиною с головку новорожденного, круглой слегка сплюсненной формы. Вес опухоли 800,0. Длина 15 см., ширина—11 см. Наружная поверхность опухоли местами бугристая, местами изрыта и покрыта серовато-красными обрывками ткани (поверхность, прилегавшая к передней брюшной стенке и петля тонкой кишки). В остальных местах поверхность представляется гладкой, ровной, цвета гиалинового хряща и с желтоватым оттенком. Консистенция стенки опухоли плотная, почти костная. Разрезать опухоль ножом было невозможно и только после распила ее пилой опухоль была раскрыта надвое. Сразу стало заметно, что это образование не сплошное, а состоит из толстой неравномерной толщины оболочки (местами толщина доходит от 1/2 см. до 1 1/2—2 см.) и однородного слизистого коллоидного содержимого. Стенка оболочки местами на ощупь и при постукивании имеет характер скорлупы, причем в одних местах стенка опухоли имеет то плотность гиалинового хряща, то твердая как кость. Внутренняя поверхность стенки представляется всюду неровной, крупно-бугристой, местами изъеденной и почти представляет характер как-бы кости. Содержимое опухоли имеет вид слизисто-студенистой массы. Среди этой массы в беспорядке были всюду примешаны и включены молочно-белые, желтоватые комки различной величины. Беловатые же включения, обнаруживаемые в небольшом количестве, после тщательного отделения и отмывания от остальной массы, представляли собой спавшиеся различной величины (до медного пятика) дочерние пузырьки эхинококка.

Микроскопическое исследование. Кусочки для микроскопического исследования взяты из различных частей стенки опухоли. Микроскопические препараты были окрашены по способу v. Gieson'a и гематоксилин-эозином. Вся стенка опухоли представляется однородной, всюду она состоит преимущественно из циркулярных, а отчасти косорасположенных толстых, окрашенных в ярко-красный цвет толстых волокон. В одних местах волокна прилегают друг к другу, образуя сплошной массив, в котором очень трудно различить пучки волокон, но в котором более отчетливо, чем в других местах видна как бы слоистость стенки; кое-где среди этого массива видны светлые промежутки, в виде овально-удлиненных форм полости (пустоты—lacun'a). В большинстве мест волокна рыхло расположены по отношению друг к другу, почему в этих участках заметно огромное число светлых

разнообразной величины пустот. С внутренней поверхности к этой волокнистой стенке прилежит желтоватая мелко-зернистая масса; повидимому, это распад ткани. Нигде ни в стенке, ни в прилегающих к ней массах распада совершенно не обнаружено ядер клеток, сколексов и крючьев. Препараты, которые подвергались слабой декальцинации, имеют слоистость в виде отдельных тяжей, а также скопления извести, окрашенные гематоксилином Вёгнера в темно-лиловый цвет; при дополнительной окраске эозином кое-где видны в виде узких полос среди тканей тяжи однообразной безъядерной волокнистой ткани. В мазке, сделанном из содержимого дочерних пузырей, крючья и сколексы не обнаружены. В стенке дочернего пузырька под микроскопом различаются: наружный слой, имеющий слабую слоистость и внутренний зернистый слой.

Из Петергофской горбольницы. (Заведующий проф. М. П. Никитин).

Случай одностороннего паралича конечностей с загадочным патогенезом ¹⁾.

А. П. Фридман.

Встречающиеся в клинике нервных болезней различного рода заболевания обычно делятся на две главные категории: органические и функциональные. Это деление имеет огромное не только диагностическое, но и терапевтическое, и прогностическое значение.

Не всегда, однако, легко можно провести демаркационную линию между параличами этих двух родов и установить истинную природу заболевания; на практике часто встречаются затруднения при дифференциальной диагностике заболеваний н. с. Одним из примеров затруднений подобного рода служит моя больная, к изложению истории болезни которой я перехожу.

Больная 31 г., по профессии судомойка-уборщица в столовой. 10-го сентября 1927 г. в 10 час. утра участвовала в похоронах своей тети, и несла гроб рядом со своей сестрой. Недалеко от кладбища почувствовала слабость в левой ноге: она подвернулась и стала волочиться. Сразу же ослабела и левая рука. Едва успев сообщить об этом своей сестре, она упала и дальше продолжать свой путь уже не могла. Сознания при этом она не теряла ни на одну минуту. Затруднения в речи она также не могла отметить. Накануне и с утра б-я сильно волновалась, много плакала. Но, до случившегося с нею, она не замечала каких-либо нарушений в состоянии своего здоровья и ни на что не жаловалась. Окружающие также не наблюдали перемен в б-й до наступления паралича.

Родилась в срок, росла хилым ребенком, перенесла детские болезни: корь, скарлатину и дифтерию. Однако, со времени появления мenses, окрепла и не болела до 1925 г., когда перенесла катарральное воспаление легких. В 1926 г. после психической травмы, покушаясь на самоубийство, выпила нашатырного спирта, пострадала при этом незначительно. Социально-бытовые условия б-й неблагоприятны: у нее тяжелые материальные условия жизни и неблагоприятно в семейном отношении. Menses с 14 лет, правильны, безболезненны. Замужем с 18 лет, имеет 4-х детей, перенесла несколько аборт. Муж и дети здоровы. Выкидышей не имела. Отец был алкоголиком, умер 59 лет от мозгового инсульта. Мать жива, здорова, отличалась всегда нервностью. Брат и две сестры — здоровы.

Status praesens от 10/IX: б-я на вид совершенно спокойна, толково рассказывает о случившемся с ней; утверждает, что совершенно не может владеть левыми конечностями. Доставлена на исследование на носилках. Каких-либо субъективных жалоб (головную боль, головокружение и т. д.) не заявляет.

¹⁾ Доложено в Ленингр. обществе невропатологов 16/II 28 г. и в Научном заседании врачей нервной клиники Лен. мед. ин-та от 10/XI 27 г.