

но при разъединении кишек внезапно потек в большом количестве дурно пахнущий зеленовато-серого цвета гной.

Полость осушена салфетками от гноя. В глубине полости пальцами нащупаны и были извлечены кости, которые определялись при бимануальном исследовании, а именно черепные (теменная, лобные, височная левая, затылочная), конечностей (большая и мало берцовые) и одно ребро (рис 2). Гной выбран салфетками. Разъединенные кишки в двух спаявшихся отрезках имели пролежни (прободения), потребовавшие резекции отрезка кишки в 40 сант. длиной. Левая труба, вернее остатки ее маточного конца, резецированы. К кюльте в задний Дуглас введен тампон, смоченный колларголом, и выведен в нижний край брюшной раны. 18/II-32 Exitus letalis при явлениях нарастающей сердечной слабости.

III. Б-ная М., 31 г., служащая, доставлена 5/II-32 в 6 ч. вечера в хир. отд. с острым приступом болей в животе. Б-ная в два часа дня, при переноске тяжести в 1½ пуда весом внезапно почувствовала резкую боль в правом паху и около пупка.

М. среднего роста, питанная, месячные с 15 лет, безболезненные и нормальные. Трое срочных родов. Последние месячные около трех месяцев назад. При обследовании—defense musculaire и резкая болезненность в правой части живота внизу.

При бимануальном исследовании матка увеличена соответственно двум месяцам беременности; задний Дуглас выполнен и флюктуирует,—правые придатки резко болезненные.

Предположительный диагноз: прервавшаяся трубная беременность, и маточная беременность 2-х мес.

Через час экстренная операция под общим наркозом (хлороф. + эфир). Разрез Пфаненштиля. В брюшной полости большое количество жидкой крови и сгустков. Матка выведена в рану; на правую беременную и разрывающую трубу наложены клеммы и произведено удаление трубы. Левая труба перерезана. Матка увеличена, мягкая, соответствует двухмесячной беременности. Произведено малое кесарево сечение с разрезом матки по Фричу, подтвердившее наличие маточной беременности. Брюшная полость защита наглухо. Послеоперационное течение гладкое. 15/II-32 б-ная выписана из отделения в хорошем состоянии. В настоящее время (через пять месяцев) б-ная вполне здорова и работоспособна.



Рис. 2. Внематочная трубная левосторонняя беременность 6 мес. давности. Б-ная Р. Ш., 40 л.

Ряд черепных покровных костей, ребро, кости конечности (большая и малая берцовая.)

Из терапевтического отделения курорта им. Октябрьской револ. (гл. врач—
А. И. Грузин (Одесса)

Болезнь Штиля у взрослой.

Б. А. Полева.

В 1897 г. английский детский врач Штиль (Still) описал своеобразное заболевание, характеризующееся множественным опуханием суставов вследствие поражения перивартикулярных мягких частей, опуханием лимфатических желез, увеличением селезенки и хроническим течением. Вначале считали, что оно встречается только у детей, так как лимфатические железы и селезенка детей легко реагируют на инфекцию. Но Поллицер (Pollitzer), Бауэр (Baueг) и Штраус (Straus) описали этот симптомокомплекс у взрослых. Случай этой редкой болезни мы недавно имели возможность наблюдать у взрослой.

1 сентября 1930 г. больная К-ко Марина, 48 лет, украинка, крестьянка Кременчугского округа, поступила в терапевтическое отделение курорта с жалобами на боль и опухание составов рук и ног и общую слабость. *Анамнез:* заболела ревматизмом постепенно год тому назад, зиму по поводу опухания и болей в суставах и повышенной температуры пролежала в больнице 2½ месяца. Ничем другим не болела, за исключением, повидимому простудного заболевания с т-рой до 40° в течение 3-х дней после мочки конопли, и нагноения желез на шее 15 лет тому назад. Выкидышей не было, имела 8 детей, из них 6 осталось в живых, 2 умерло: 1—от воспаления легкого в возрасте 1½ года, другое—от тифа 15 лет. Отец 85 лет и мать 75 лет живы, не хворают. Муж—хлебороб, здоров. В семье туберкулеза не было. Условия жилища и питания обычные для крестьян. St. praes. Больная среднего роста и сложения. Ходит с трудом. Кожа бледножелтого цвета, подкожная клетчатка слабо развита. Позади нижней части правого sternocleidomastoideus'a рубец беловатого цв., не спаянный с подлежащими частями. Надключичные ямки резко выражены. Ребра можно пересчитать. Небольшая атрофия верхних и нижних конечностей. Умеренное опухание тестоватой консистенции коленных суставов, больше правого. На коже обоих колен и внутренней поверхности голени видны расширенные вены. Хруст в коленных суставах. Ограничение подвижности в плечевых суставах, более значительное в правом. Веретенообразное опухание межфаланговых суставов рук. При давлении на суставы резкая болезненность. На голенях неровностей нет. Легкие: поля Кренига сужены. В обеих верхушках легких жесткое дыхание. Сердце: верхняя граница—4-ое ребро, правая гр.—l. mediana, левая гр.—на палец кнаружи от l. medioclavicularis sin. Тоны сердца глуховатые. Пульс мягкий, правильный. Печень не прощупывается, селезенка прощупывается на два пальца ниже лев. подреберья, плотная, не болезненная, край ее закруглен. Паховые железы с обеих сторон увеличены; величина их от фасоли до лесного ореха, они плотные, не спаяны друг с другом, чувствительны при ощупывании. Нервн. система: черепные нервы N. Зрачковые рефлексы живые. Коленные рефлексы повышены. Т-ра 36,5. Анализ желудочного сока обнаружил отсутствие свободной соляной кислоты. Алализ крови: эритроцитов 3.340.000, гемоглобина 55%, цветной показатель 0,83, незначительный анизцитоз и пойкилоцитоз, лейкоцитов 5.500. Лейкоцитарная формула: эозинофилов 0,50%, палочковидных 1,50%, сегментированных 67,50%, лимфоцитов 24%, моноцитов 6%. WaR не могла быть сделана по независящим обстоятельствам.

Диагноз: Хронич. полиартрит с атрофией кожи и мышц, общим понижением питания, анемией, увеличением лимфатич. желез и селезенки соответствует течению болезни, описанному Штиля.

За время пребывания больной на курорте у нее в течение нескольких дней были поносы, которые вскоре прекратились. Опухание суставов уменьшилось немного. *Лечение:* Грязевые и рваные ванны. 30 сентября больная выписалась с небольшим обострением болей в коленных суставах.

Патогенез болезни Штиля еще до сих пор неясен. Ронгеймер (Rhoneheimer) отрицает самостоятельность болезни Штиля, так как увеличенные железы бывают и при деформирующем артрите (хотя б. Штиля не есть деформирующий артрит с его деструктивными изменениями в костях), опухоль селезенки же, по его мнению, может зависеть от интеркуррентных инфекционных заболеваний. Реймольд и Штебер (Reimold und Stoeber) в одном своем случае выделили из крови streptococcus viridans. Они считают это заболевание очень тяжелым инфекционным процессом. По Бауэру в происхождении этой болезни помимо экзогенных моментов играет роль индивидуальное предрасположение, конституция организма. Ортнер (Ortner) наблюдал в своих нескольких случаях верхушечный катарр легких и гораздо более чувствительную реакцию на бычачий, чем на человеческий туберкулин. В виду этого он считает некие формы болезни Штиля особой формой бычачье-туберкулезного суставного ревматизма. Поллицер обозначил гистологические находки в лимфатических железах при этой болезни, как фиброаденит и назвал ее „метатуберкулезным ревматоидом“.

В нашем случае отсутствуют указания на возможность заражения туберкулезом от коров, но можно констатировать туберкулезную инфекцию вообще: наличие фиброзного верхушечного катарра легких в настоящее время и нагноение золотушных желез на шее 15 лет т. назад. Повидимому в нашем случае туберкулезный инфект имеет значение этиологического компонента в происхождении симптомокомплекса Штиля.