

Из ста больных с открытым тбк мной был выявлен симптом матовости у 52 лиц. У этой группы больных: у 48 был понижен в некоторых случаях, а у 37 лиц отсутствовал конъюнктивальный рефлекс, а у 31 больного - корнеальный. Для контроля просмотрена группа в 400 диспансерных пациентов, причем матовость выявлена лишь у 13 больных, понижение рефлексов наблюдалось несколько чаще.

Изменение чувствительности склер и роговицы не совпадало с реакцией глазного рефлекса, в силу чего можно думать, что понижение реактивной способности склер и роговицы не нервно-истерического происхождения.

Частоту этого симптома у чахоточных можно объяснить так:—туберкулез—заболевание всего организма. Туберкулезные токсины находят всегда пути взаимопроникновения и взаимодействия на все органы человеческого тела, но особенно доступным и легким является путь к глазу и к коже (туберкулиды), так как легкое, глаз и кожа развиваются из одного листка.

Токсины туберкулезных бацилл нарушают трофические функции глазного яблока; интоксикация этого органа находит себе выражение в матовости, в потере живости, в слабом ответе глаз на окружающие раздражители, в замедленном восприятии, в потере жировой подушки глазного яблока.

Симптом этот динамичен, он нарастает с прогрессированием болезни и ухудшением состояния больного. В некоторых случаях тяжелого легочного туберкулеза, когда еще физические симптомы недостаточно выражены, а рентгенограмма дает разнообразные формы обсеменения, нами отмечен симптом матовости и западения. Таким образом, он может быть полезен и ценным при объективном исследовании больного.

Искать ответа в глазах на диагностические трудности не ново. Проф. Чижевское в свое время отмечал особый оттенок глаз у эпилептиков. Для того, чтобы изложить и описать все нюансы симптома матовости, надо быть большим художником слова.

Из Акуш.-гинекол. отд. Рылской нарбольницы. ЦЧО <sup>1)</sup>.

## Случай доношенной вторичной абдоминальной беременности в стадии мутификации.

А. И. Петченко.

В последнее время участились сообщения о случаях внематочной беременности поздних сроков. Реже описываются случаи доношенной внематочной беременности, составляющие около 2% всех внематочных беременностей. Еще реже встречается доношенная внематочная беременность без разрыва плодместилища, составляющая по Розенблату 0,23%.

Случаи доношенной внематочной беременности, помимо своей редкости, представляют чрезвычайно много интереса как по разнообразию клинической картины, так и по своим патологическим анатомическим особенностям, способам роста плодного яйца и дальнейшей судьбе плода. Поэтому позволю себе привести описание нашего случая:

Больная—кр-ка М. К., 44 лет, поступила в отделение с жалобами на боли и опухоль внизу живота (ист. бол. № 431, 9/XI 1931 года). Больна 3-ий год. Перед началом заболевания месячные приостановились и больная считала себя беременной, хотя до этого времени не беременела 10 лет. На 7-ой неделе после задержки месячных у больной был обморок, который в течение месяца повторялся 4 раза. С 5-го месяца стала ощущать движение плода. Участковый врач определил половину беременности. Движение плода ясно ощущалось до 9 мес., по истечении которых начались схватки, как перед родами. Схватки, вначале учащаясь, вскоре прекратились, роды не наступили, и больная перестала ощущать движение плода. Живот стал уменьшаться и через 3 мес. образовался в животе плотный болезненный „ком“, из-за которого больная почти год пролежала в постели.

<sup>1)</sup> Доложено в Рылск. научн. ассоциации врачей 20/XII 31 г.

В течение 3 недель после „схваток“ шли кровянистые выделения, через месяц после этого установились правильные, но болезненные месячные.

Замужем—18 лет, родила 6 раз, выкидышей не было. Последние роды—13 лет тому назад. Кроме настоящего заболевания, гинекологических и послеродовых заболеваний не было. Стул, мочеиспускание—норма. При объективном обследовании найдено: всю нижнюю часть живота занимает плотная, исходящая из таза опухоль, достигающая до уровня на 2 см. выше пупка; опухоль мало подвижна, мало болезненна, поверхность слегка бугристая. Влагалищная часть шейки цилиндрическая с поперечным зевом. Маточное тело не контурируется и переходит непосредственно в указанную опухоль. Диагноз колебался между фибромиомой матки и внематочной беременностью. 11/XI 31 г. под спинномозговой анестезией произведена операция. Срединным разрезом от лобка до уровня на 2 см. выше пупка вскрыта брюшная полость. Обнаружена опухоль величиной больше головы взрослого, вся передняя поверхность которой покрыта приросшим к ней салником. После резекции в четырех местах салника опухоль удалось приподнять, причем по задней своей поверхности она оказалась спаянной с сигмовидной кишкой, а передне-нижний ее сегмент был срощен с задним листком широкой связки. Опухоль постепенно удалось вылущить, при этом обнаружилось, что она вплотную сидит на матке, сдвинутой в правую сторону.

С большим трудом опухоль отделена от матки; при отделении часть левой трубы осталась при матке, фимбриальный же конец трубы остался при опухоли. Ввиду того, что матка оказалась на большей части своей поверхности лишенной брюшинного покрова, ткань ее рвалась под пулевыми щипцами, яичники кистозно перерождены,—произведена дополнительно надвлагалищная ампутация матки с придатками, после чего ложе опухоли удалось заперитонизировать; брюшная полость зашита наглухо. Гладкое послеоперационное течение. Выписалась на 12-й день после операции. При осмотре через 5 мес.—здорова работоспособна.

Удаленная опухоль имела вид овоида, разм.  $24 \times 20$  см. При разрезе опухоли, из плотного фиброзного мешка излилось около одной столовой ложки соломенного цвета жидкости. В полости мешка, оказавшегося плодместилищем, обнаружен плод женского пола, хорошо сохранившийся, в состоянии мумификации. Плод как бы спрессован по длиннику: головки в резкой флексии, конечности прижаты к грудной клетке и деформированы, позвоночник в резком кифозе. Длина плода около 50 см., окружность головки—30 см., diam. occ.-front.—10, diam. biac.—8 см., вес плода с капсулой—1975 грм., без капсулы—1715 грм., ногти выступают за макоть пальцев. Плацента величиной с блюдечко, сплюснута, лежит с внутренней стороны плодместилища в левой его половине; имеется плевистое прикрепление пуповины. Плодместилище представляет собой кожистую, плотную, соединительно-тканную оболочку, толщ. в 2—4 мм., тесно прилегающую к плоду; передняя поверхность плодместилища, покрыта мощными пластинами приросшего салника. По левой боковой поверхности оболочки имеется утолщение стенки на месте прикрепления плаценты; соответственно маргинальному краю плаценты, но снаружи плодместилища прикрепляется фимбриальный конец левой трубы, вся же остальная часть трубы, променен. Правая труба нормальна, оба яичника кистозно перерождены, левый кроме того, уплощен и атрофичен вследствие сдавления опухолью.

При *микроскопическом исследовании* органов и оболочек плода (прозектором одесской общ. больницы Н. А. Бузни) обнаружено следующее: печень—ткань ее некротизирована, ядра совершенно не красятся, протоплазма клеток представляет из себя глыбчатые и зернистые, неравномерно окрашенные массы, среди которых располагается значительное количество пигмента.

Местами в дольках печени наблюдаются более светлые, почти прозрачные участки, в которых клетки подверглись расплавлению и частичному всасыванию. Распознать ткань печени довольно легко благодаря ясно сохранившимся контурам долек и расположению перипортальных пространств. Ядра желчных протоков, сосудистых стенок и соединительной ткани, также некротизированы и не воспринимают окраски.

В легких явления те же: ядра совершенно некротизированы, контуры клеток, как альвеолярного, так и бронхиального эпителия отчетливо видны. Эпителий

альвеол высокий, кубический, протоплазма его мелкозерниста, в состоянии распада. Просветы альвеол невелики. Количество междольковой и перибронхиальной ткани значительно превышает норму.

**Оболочки плода** — совершенно некротизированы, бесструктурны. Среди некротизированной ткани значительное количество обизвествленных мелких участков. Кнаружи от оболочек располагается плотная соединительно-тканная капсула, частью из фиброзной, частью же из совершенно гиалинизированной ткани.

Среди пучков соединительной ткани, преимущественно вокруг сосудов, располагаются мелкие очажки воспалительного инфильтрата. Там же — многочисленные, мелкие очажки с отложением извести.

Данный случай является, надо думать, вторичной брюшинной доношенной беременностью: развивающееся близ ампулы в левой трубе плодное яйцо скоро (обмороки с 7-ой недели) вышло через место разрыва у свободного края трубы, где имеются рубцовые изменения, и с ненарушенным амнионом и хорионом получило возможность дальнейшего развития (3-ий вариант разрыва трубы по Джайлсу) главным образом потому, что послед, не теряя связи с трубой, пришел в соприкосновение с append. epiploicae сигмы, кроме того к краю плаценты подошел салыник, мощные тяжи которого видны близ места расположения плаценты. Таким образом, плацента получила хорошее питание из 3 источников: через att. tubaria из трубы, из новообразованных сосудов append. epiploicae сигмы и значительных сосудов салыника. Плодные оболочки покрылись воспалительной пленкой, из которой впоследствии развилась плотная фиброзная капсула плода.

Опорой для этого неустойчивого плодоместилища явилась матка снизу, кишечник с боков и салыник сверху, покрывший плодное яйцо как бы фартуком. Погибший, вследствие неокказания оперативной помощи, плод сохранялся в брюшной полости около 3 лет, как видно из анамнеза. По достижении нормального срока родов у больной появились схватки, т. е. так наз. «ложные роды»; результатом этих сокращений матки было выделение из нее децидуальной оболочки, чем и объясняется «послеродовое кровотечение у больной». Признаки доношенности плода явствуют как из анамнеза, так и из разм. длины плода, величины его головки и общего вида. Малый вес объясняется процессом мумификации и обезвоживания. Сохранность плода зависела от хорошей защиты против инфекций прекрасно сформировавшимся плодоместилищем, в развитии которого преобладающую роль сыграл, повидимому, салыник (Vogt), а также долгое постельное пребывание больной после срока родов (около одного года).

Особых деформаций плода не найдено, хотя Винкель находит их в 50%. Имеется плевитое прикрепление пуповины (по Винкелю в  $\frac{1}{3}$  случаев).

К собранным Розенблатом по 1924 год 295 случаям вторичной доношенной внематочной беременности за последние годы прибавляется еще ряд случаев (Покровский, Благовещенский, Благодаров, Ласточкин, проф. Марков, Нуждина, у иностранных авторов случаи Luskertan'a, Pahl'a, Geissersödera и др.). К числу их относится и наш случай).

Из Хирургической клиники Днепропетровского института усовершенствования врачей и II Раб. больницы. Директор клиники проф. В. П. Недохлебов, главный врач Е. В. Сенеш).

## „К вопросу об обширных резекциях тонких кишок“.

Д-р М. И. Островский.

Имея два случая обширной резекции тонких кишок, мы считаем необходимым осветить данные случаи на страницах печати.

Дело в том, что вопрос о широкой резекции кишок недостаточно освещается в печати, и мы вполне согласны с д-ром Кимбаровским, который, приводя свои 2 случая обширных резекций тонких кишок, считает необходимым, чтобы