

2. Считая доказанной связь мускулатуры Б. заслонки и аппендикса, анатомически (Heile) и гистологически (*наши исследования*), становится понятным, что сокращения одного органа должны передаваться на другой.

3. Ряд патологических изменений, возникающих в аппендиксе, передаются путем рефлекса или непосредственно на Б. заслонку, вызывая ее спазмы, от которых и зависит во многих случаях хронического аппендицита главная масса болезненных симптомов.

Некоторые патологические процессы, как со стороны кишечника, так и вне его, вызывая спазм Б. заслонки, могут аналогичным путем вызывать сокращения и спазмы отростка, обуславливая собой неврогенный и миогенный путь „аппендицита“.

Из Госпитальной хирургической клиники Казанского медицинского института
(Директор проф. В. Л. Боголюбов).

Случай околопочечной ретроперитонеальной кисты.

Ординатора В. И. Низнера.

Околопочечные кисты относятся к числу очень редко встречающихся патологических образований. Они представляют большой интерес не только из-за их редкости, но также в виду трудности их распознавания—диагностики их, а также и в отношении их патогенеза. Не все авторы единодушны в вопросе о том, какие кисты считать околопочечными. Regier, например, считает за истинные параренальные кисты только такие, которые развились в области параренальной клетчатки и не имеют другого отношения к почке кроме соприкосновения с ней. Другие же авторы, и их большинство, не исключают из группы параренальных кист также и те кистовидные образования, которые имеют более тесный контакт с почкой, имеют сообщение или сращение с лоханкой, с почкой или располагаются в фиброзной капсуле ее. Из группы околопочечных кист исключаются кисты паразитарного происхождения—эхинококк, а также гидро и пионефроз. Околопочечные кисты принято теперь делить на следующие группы по Küster'y: 1 группа—травматические, более правильно называть их по Федорову, Lipens'y—фибринозными; 2 группа—кисты эпителиальные; 3 гр.—кисты лимфатические; 4 гр.—кисты, развивающиеся из эмбриональных остатков Вольфовых тел и, наконец, 5 гр.—кисты дермоидные.

Литературные данные о случаях околопочечных кист чрезвычайно ограничены. До 1911 г. из иностранной литературы Шамовым собрано только 30 случаев околопочечных кист, из русской же литературы за это время Шамов не приводит ни одного случая этих образований. У проф. Федорова имеются наблюдения случаев некоторых видов кист и есть указания на то, что число наблюдений среди хирургов в настоящее время, вероятно, увеличилось. Посильное знакомство с доступной мне литературой последних лет показало, что у иностранных авторов имеются лишь общие указания о ретроперитонеальных кистах,

случаев же околопочечных кист найти не удалось. Из русских авторов указания на случаи околопочечных кист мы нашли лишь у проф. Федорова и его учеников. Из указанных 5-ти групп околопочечных кист 3-я группа их—кисты лимфатические, а также кисты, возникшие из остатков Вольфовых тел, встречаются особенно редко.

Настоящий случай ретроперитонеальной кисты, с большой вероятностью могущий быть отнесенным к случаю параренальной кисты, развившийся из остатков Вольфовых тел, случай, оперир. проф. В. Л. Боголюбовым в нашей клинике, представляет, таким образом, большую редкость.

Вопрос об этиологии параренальных кист до настоящего времени остается еще не совсем решенным. Существуют различные гипотезы о патогенезе их. В отношении 1-й группы, кист травматических, фибриновых по Федорову, которые получаются после осумкования параренальных кровоизлияний, не решенным остается вопрос—какая причина этих кровоизлияний. Указывают, что источником кровоизлияния является патологически измененная почка, неправильное фиксированное положение ее, ненормальная смещаемость, ее венозный застой, а также на общие причины—гемофилию, геморрагический диатез и прочее.

В отношении происхождения других видов кист большинство авторов принимает теорию образования околопочечных кист из остатков Вольфова тела и ходов (теория, предложенная впервые в 1889 г. Przewoski), а также из различных эмбриональных остатков, при эмбриональном формировании почечной ткани (Loovad, Albarran, Obalinski, Philippi, Sihal-Jacques).

В отношении происхождения околопочечных лимфатических кист вопрос до сих пор остается еще не решенным. Некоторые авторы, наприм., Clavs, Bartels, сомневаются, причислить ли ретроперитонеальные кисты лимфатического происхождения к новообразованиям лимфатических сосудов, в смысле лимфангиом, или же принимать их за образования, механизм получения которых сводится к лимфоэктазии. Vestmann (1925 г.) считает мало вероятным взгляд, что лимфатические кисты образуются через расширение лимфатических путей; он высказывает предположение, что кисты могут образоваться вследствие изменения лимфатической железы после инфаркта, некроза или хронического воспаления железы. Некоторые авторы рассматривают лимфатические кисты, как врожденные новообразования. Некоторые авторы полагают, что параренальные лимфатические кисты образуются на почве застоя лимфы в параренальной ткани. Получение их было вызвано экспериментально—путем перевязки мочеточников.

Кисты, образующиеся из остатков Вольфова тела, развиваются в жировой капсуле почек или в параренальной клетчатке. Внутренняя поверхность стенок этих кист одета цилиндрическим эпителием или эпителием, как говорил профессор Федоров С. П., непохожим на плоский эпителий. Содержимое их—серозная жидкость с малым удельным весом.

Эпителиальные околопочечные кисты, по мнению некоторых, видимо, представляются врожденными. По мнению некоторых авторов (Федоров и др.), эпителиальные кисты образуются из остатка мезонефров при внутриутробной жизни плода.

Околопочечные кисты встречаются чаще у женщин, чем у мужчин. Из статистики Шамова видно, что наиболее околопочечные кисты наблюдаются в возрасте между 20—50 годами. Располагаются околопочечные кисты преимущественно на правой стороне, что видно также из данных этого автора.

В нашем случае киста располагалась также на правой стороне. В литературе отмечается тот интересный факт, что околопочечные опухоли часто сочетаются с опухолями других органов. В нашем случае имелось кистозное изменение правого придатка.

Касаясь диагностики околопочечных ретроперитонеальных кист, нужно сказать, что она, как и вообще диагностика всех ретроперитонеальных опухолей, очень трудна, несмотря на то, что в настоящее время имеется большой арсенал диагностических методов. Из 30-ти упомянутых случаев околопочечных кист, собранных Шамовым, ни в одном случае не было поставлено правильного диагноза до операции. Из них в 2-х случаях предполагался диагноз смещенной почки (Piquet, Brault), в 4-х случаях был поставлен диагноз кисты яичника (случ. Cruvellhier, Obalinski, Perier), в 1-ом случае асцит и цирроз печени, в 2-х случаях диагноз эхинококка печени и почки, в 2-х случаях опухоль почки. В остальных случаях указаний на предполагавшийся диагноз не имеется. Из 105 случаев околопочечных опухолей по статистике Шамова только в 2-х сл. был поставлен правильный диагноз.

Трудность диагностики вообще забрюшинных опухолей признается всеми, а околопочечных кист в особенности. Прежде всего положение опухоли и отношение ее к другим органам. Где располагается опухоль, забрюшинно или внутрибрюшинно? Этот вопрос решить надо прежде всего, ибо подход к забрюшинной опухоли через брюшную полость всегда не желателен.

В этом случае решение вопроса о виде опухоли часто отходит на 2-ой план. Вот что говорит проф. Федоров, касаясь диагностики параренальных опухолей: „при очень больших опухолях нужно считать себя удовлетворенным, если удастся распознать *забрюшинное* расположение опухоли, ибо забрюшинные опухоли нередко смешивали с кистами яичника, с опухолями печени и другими *внутрибрюшинными* опухолями“. Приведенные выше данные об ошибках в случаях околопочечных кист достаточно ярко подтверждают эти слова проф. Федорова.

Осмотр живота при наличии кистовидной опухоли не решает вопроса о забрюшинном или внутрибрюшинном ее расположении. Обычно вопрос этот решается путем исключения. При небольших опухолях, когда они выходят из подреберного края, относительная неподвижность их при дыхании позволяет исключить поражение печени и селезенки, это подтверждается еще возможностью определить пальпаторно и перкуторно края этих органов, однако при этом необязательно будет речь идти о забрюшинных опухолях. Спур советует для распознавания почечной опухоли обращать внимание на то, что в случае таковой при бимануальном исследовании вращательные движения руки со стороны поясницы передаются руке, расположенной сверху, тогда как при внутрибрюшинном положении опухоли рука эта будет ощущать толчок. Григорьев отмечает важность низведения печеночного и селезеночного изгиба кишек

при забрюшинных опухолях, но, как указывает проф. Веденский, симптом этот мало надежен для диагноза правосторонних поражений, ибо и в норме печеночный изгиб часто стоит низко.

Kustaul указывает, что перед селезенкой никогда не лежит кишка. Josephson, как признак забрюшинной опухоли, трактует следующий симптом—если опухоль через брюшные стенки захватить и вывести вперед, то после отпущения, она быстро уходит назад. Определение положения опухоли отношением ее к искусственно раздутому кишечнику не всегда дает желаемый результат. Может случиться так, что забрюшинная опухоль, оттесняя петли кишек, будет непосредственно прилегать к передней брюшной стенке и, наоборот, внутрибрюшная опухоль может закрываться петлями раздутых кишек.

В конце концов, вопрос определения положения опухоли и ее отношение к органам, может быть решен, видимо, только путем применения комбинированных методов исследования и исследования специального. При наличии забрюшинных опухолей практически бывает важно исключить поражение почки. Отсутствие гематурии, отсутствие вообще каких-либо патологических изменений в моче обычно указывает на незаинтересованность почки. Методы определения функциональной способности почек, катетеризация, цистоскопия, хромоцистоскопия дают многое для распознавания заинтересованности почек при наличии забрюшинной опухоли. Применение рентгена при помощи контрастов также иногда дает возможность точно установить локализацию опухоли.

В этом случае применяют уретро-пизелографию и пнейморэн, а для исключения (заинтересованности) внутрибрюшинных опухолей просвечивание при раздутых петлях кишек и пнеймоперитонеум.

Вопрос о том, откуда исходит забрюшинная опухоль из околопочечной или ретроперитонеальной клетчатки, по мнению большинства авторов, решить невозможно. Наконец, определение вида околопочечной опухоли, околопочечной кисты, может быть произведено лишь после удаления оперативным путем и тщательного макроскопического и микроскопического исследования.

Позволю теперь перейти к изложению истории болезни случая околопочечной ретроперитонеальной кисты, наблюдавшегося в нашей клинике.

Больная Мух—нова, 27 лет, татарка, домашняя хозяйка. Поступила в к-ку 5 февраля 29 г. по поводу опухоли правой половины живота. Жалобы на болезненность, чувство тяжести в животе, чувство давления в месте расположения опухоли, жалобы на частые запоры, тошноту, на появляющиеся часто головные боли, бессонницу, повышенную нервную возбудимость, раздражительность и сердцебиение. Опухоль больная чувствует постоянно, она как бы мешает ей при ходьбе, после физического напряжения больная испытывает усиление болевых ощущений в месте расположения опухоли, и боли чувствуются в пояснице и верхней трети ребра. Опухоль иногда самой больной прощупывается ясно, всегда почти при вертикальном положении, при горизонтальном же положении опухоль исчезает, и больная не может ее прощупать.

Около 6-ти лет тому назад, вскоре после родов, больная заметила у себя в правом подреберье подвижную опухоль величиной с крупное яйцо. Опухоль эта мало беспокоила больную и только спустя год после третьих родов больная отметила увеличение опухоли, ее большую подвижность и стала испытывать болезненные ощущения в правой половине живота и поясницы. С тех пор больная постоянно испытывает чувство полноты и болезненности в животе, расстройство органов пищеварения, отрыжку, тошноту и т. д. Расстройства со стороны моче-

испускания не отмечала. Половая зрелость наступила около 15-ти лет; менструации приходили правильно, лишь после замужества бывали задержки. Из перенесенных болезней в детстве отмечает корь; 17-ти лет перенесла брюшной тиф и через год—сыпной; 7 лет тому назад перенесла заболевание, сопровождавшееся желтухой. С 1925 года подозрение на тbc легких; последние годы лечилась по поводу воспаления придатков. Замужем с 18-ти лет. Имела 4 беременности—они протекали нормально. Со стороны наследственности особенностей нет. Венерические болезни отрицает. Материальные условия жизни удовлетворительны.

Объективно: Больная среднего роста, правильного телосложения, питания ослабленного. Кожные покровы смугловаты, тургор их несколько понижен. Видимые слизистые Н. Лимфатические железы слегка увеличены и прощупываются в подмышечных и подчелюстных областях в виде плотных узелков. Мышцы несколько дряблы. Границы сердца в пределах нормы. Тоны глуховаты, Р—72—76 в 1 м. правильный, среднего наполнения, напряжения ослабленного. Границы легких—Н. При перкуссии незначительное притупление левых подключичных впадин; при аускультации—жестковатое дыхание и незначительный выдох в области верхушки левого легкого. Язык влажен, несколько обложен, изжога. Со стороны нервной системы—повышенная нервная возбудимость, сухожильные и мышечные рефлексы повышены, зрачки реагируют правильно; дермографизм красный—в резкой степени. Стенки живота дряблы. Живот протитчен. Печень увеличена—выходит на 2 поп. пальца из под правой реберной дуги. В правой половине живота имеется опухоль кругловатой формы. Опухоль подвижна, ясно отграничена от прощупываемого края печени. Опухоль легко смещается. Верхние границы опухоли уходят в правое подреберье, в область почки; при вертикальном положении нижняя граница опухоли стоит на уровне горизонтальной линии, проведенной на 2 см. ниже пупка. При захватывании опухоли и ведении ее вперед и последующем опускании—опухоль устремляется в область правой почки. При бимануальном исследовании опухоль прощупывается в виде овального тела, плотноватой консистенции, слабо баллотирует по направлению к пяснице. При дыхательных движениях исследующая рука ощущает незначительное смещение опухоли. При перкуссии над опухолью—тимпанит. Асцита нет. Повторное исследование мочи—ничего патологического не обнаружено. При урологическом исследовании (ассистент А. Н. Рыжих)—цистоскопии, катетеризации мочеточников,—заметных изменений со стороны мочевого пузыря и мочеточников не оказалось. Рентгенологическое исследование при помощи контраста (NaJ, 20% раствор), пиелоуретрография показала некоторое изменение хода правого мочеточника в смысле отклонения его от позвоночника (снимок оказался неудачным) и меньшую его протяженность кверху. От повторной пиелографии больная отказалась. Исследование внутренних половых органов (совместно с д-ром В. В. Дьяконовым) обнаружило увеличение правого яичника, его кистозное изменение.

На основании данных, полученных при исследовании, было высказано предположение о наличии у нашей больной правой смещенной почки или забрюшинной опухоли.

16 февраля под общим эфирным наркозом проф. В. Л. Боголюбовым произведена операция: косой поясничный разрез справа—типичный при операциях на почках.

Рассечена подкожная клетчатка, фасция, мышцы, апоневроз. После рассечения жировой капсулы обнаружена резко смещенная лежащая почка. Почка по наружному виду нормальна, покрыта фиброзной капсулой. После отведения смещенной почки кверху у внешнего полюса ее, в толще жировой капсулы обнаружена кистовидная опухоль. Опухоль покрыта нежной соединительнотканной капсулой, не соединена с почкой. Надавливанием со стороны живота опухоль вытеснена в рану. Тупым путем легко вылучена из окружающей ткани и удалена без нарушения ее целостности. После рассечения фиброзной капсулы почки вдоль выпуклого края ее и отслоения капсулы толстым кетгут. швом, прокалывающим нижний полюс почки, последняя подтянута и прочно фиксирована к 12 ребру. Кетгут на мышцы. Тампон в глубину. Швы на кожу.

Операцию больная перенесла хорошо. Послеоперационное течение—без всяких осложнений. На 8-ой день извлечен тампон. Швы сняты на 11-ый день—заживление. 8-го марта больная выписалась здоровой. В настоящее время никаких болевых ощущений не испытывает, чувствует себя хорошо.

Макроскопически удаленная опухоль представляет кисту, имеет кругло-овальную форму. Дает впечатление замкнутого мешочка из нежной ткани, наполненного жидкостью. Стенки кисты тонкие, нежные, полупрозрачные, имеют однородное строение, местами несколько утолщены. В толще стенки заметны редко расположенные сосуды—в очень незначительном количестве. Опухоль величиной со средний кулак, величина опухоли в длину 12 см. Цвет сероватобледный—однородный по всей поверхности кисты. Киста однополостная, внутренняя поверхность гладкая и блестящая. Содержимое кисты—прозрачная, бесцветная, серозная жидкость, слегка опалесцирующая. Удельный вес жидкости 1008; реакция слабощелочная, содержит белок—1,5. Реакция на пигменты—отрицательная, на хлориды—положительная, на кровь—отрицательная, реакция на мочевую кислоту—отрицательная. В осадке после центрифугирования—частички разрушенных клеток, кристаллов нет.

Микроскопически: полость кисты выстлана эпителием. Клетки эпителия расположены в несколько рядов; местами по протяжению эпителий выдается из уровня общего эпителиального слоя в виде выступов. Ядра эпителия ярко окрашены, имеют у основания вытянутую форму, лежат в центре клетки. Клетки местами имеют неправильную форму, имеют вид эпителия, непохожего на плоский. Подэпителиальный слой равномерной толщины, однородный по строению. Большая часть стенки кисты состоит из нежных гиалинизированных волокон соединительной ткани, тесно прилегающих друг к другу. Между ними местами встречаются отдельные волокна гладкой мускулатуры ¹⁾.

Таким образом, на основании патолого-анатомического исследования удаленной околопочечной ретроперитонеальной кисты можно с большой вероятностью полагать, что она относится к тем видам околопочечных кист, которые образуются из остатков Вольфова тела.

Эти кисты встречаются чрезвычайно редко и поэтому наш случай представляет большой казуистический интерес.

Из отделения физических методов лечения (Завед. доц. В. А. Полубинский) Государственного Оттовского акушерско-гинекологического института (Пожизненный директор—засл. проф. Д. С. Отт.)

Исследование крови при лечении радием рака матки.

Научного сотрудника В. С. Паринова.

Изменения крови при лечении злокачественных новообразований лучистой энергией, в частности радием, представляются разными авторами в следующем виде. Обертин, Божард в 1904 году выяснили, что при освещении больных рентгеновыми лучами наступает сначала лейкоцитоз, а потом лейкопения. Гейнике, Линзер, Гельбер опубликовали свои патолого-анатомические исследования белых мышей, умерших от освещения рентгеновыми лучами. У таких мышей всегда была обнаруживаема маленькая коричнево-черная селезенка с фолликулами, замещенными соединительной тканью. При исследовании крови больше всего уменьшалось количество лимфоцитов, нейтрофильных лейкоцитов и

¹⁾ Данные микроскопического исследования были подтверждены пат. анатомами—проф. Васильев и его сотрудники. Выражаю им большую благодарность за консультацию препаратов.