

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.

эозинофильных лейкоцитов. Костный мозг обнаруживал потерю клеток, но ткань была способна к регенерации. По сопротивлению лучистой энергии клетки располагались так: 1) нейтрофильные лейкоциты, 2) базофилы, 3) эозинофильные лейкоциты, 4) миелоциты, 5) лимфоциты. Сильва, Мелло экспериментировали с торием х, причем смертельные дозы последнего побуждали мозг к гиперплазии. Торий х в первую очередь повреждает миелоидную ткань, а рентгеновы лучи—лимфоидную. Гельбер, Линзер, Мильхнер, Моссе нашли, что терапевтические дозы лучистой энергии не изменяют ни гемоглобина, ни эритроцитов. Гейнике нашел после применения лучистой энергии уменьшение гемоглобина и эритроцитов. Обертин, Божард отметили раздражение костного мозга (пойкилоциты, эритробласты). Полубинский, Вальтегёфер нашли, что под влиянием лучистой энергии сначала количество эритроцитов падает, а потому увеличивается (Полубинский при раке матки, Вальтегёфер—при лейкомии). Общее мнение таково, что эритроциты менее чувствительны, чем лейкоциты, и повреждаются только при очень больших дозах луч. энергии. Степень наблюдаемой лейкопении зависит от богатства сосудами, от дозы лучей и от богатства данного участка кроветворными органами.

Цумпе исследовал кровь у 23 раковых больных, леченных рентгеновыми лучами, и пришел к следующим выводам: 1) изменение крови при освещении рентгеновыми лучами при известных условиях подкрепляет клинический диагноз и предсказание, 2) изменение крови идет параллельно тяжести заболевания, 3) лимфоцитоз, наступающий после приобретенной при освещении лимфопении, не является обязательно благоприятным; наоборот, продолжающаяся лимфопения—неблагоприятна всегда; 4) сдвиг влево лейкоцитарной формулы Арнета, вызываемый самим раком, под влиянием лечения уменьшается; если этого не происходит, то это—неблагоприятный признак.

Зигель находит, что нельзя установить строго параллелизма между степенью изменения картины крови и возрастанием дозы рентгеновых лучей. Перед самой смертью отмечает и высокий лейкоцитоз—30.000. Зигель подчеркивает, что угрожающие изменения в картине крови должны оцениваться прогностически плохо, хотя бы это и сопровождалось кажущимся хорошим самочувствием больной и противоречило данным объективного исследования местного процесса. Это подтверждается и моими наблюдениями. Как практический вывод, Зигель рекомендует проводить лечение только при условии обязательного контроля картины крови и предостерегает от повторных освещений раньше, чем эта картина вернется к исходной, имевшей место до начала лечения.

Лингардт исследовал кровь при лечении рентгеновыми лучами. При этом лечении он отметил, что свертываемость крови ускорялась, процент гемоглобина почти не изменялся, число эритроцитов и лейкоцитов несколько уменьшалось, кроме раковых случаев, где количество лейкоцитов умеренно повышалось, число лимфоцитов уменьшалось на 40—50%, количество же полинуклеаров относительно увеличивалось (на 20—25%). Эти изменения происходят на протяжении 12 часов после освещения.

Бок при лечении рентгеновыми лучами нашел, что изменения крови происходят параллельно интенсивности освещения. Эритроциты па-

дают на 30%, причем появляются анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихромазия, мегалциты и мегалобласты. Гемоглобин почти не изменяется. Цветной показатель увеличивается и возвращается к первоначальному числу через 3 недели. Число лейкоцитов падает и наиболее сильно через 1—4 дня после окончания серии облучения; возврат к норме не раньше, как через $\frac{1}{4}$ года. Одновременно происходит сдвиг влево. Появление миелоцитов прогностически неблагоприятно. Сдвиг выравнивается через 2—3 месяца. Число эозинофилов сначала падает, а через несколько дней восстанавливается; через 1 неделю может быть эозинофилия. Сначала наблюдается лимфопения, а затем через 2 месяца может быть абсолютный лимфоцитоз.

Перехожу к своей работе. Мною производилось изучение изменения крови при лечении радиом рака матки. Рассматривались изменения гемоглобина, красных и белых кровяных шариков, лейкоцитарной формулы по Эрлиху и отчасти свертываемости крови. Изменения крови разграничивались соответственно делению рака матки на следующие степени: четыре степени первичного рака: 1) начальный, операбельный рак, 2) рак на границе операбельности, 3) рак неоперабельный—радиолечение показано, 4) рак неоперабельный—радиолечение непоказано (резкая кахексия, метастазы, свищи, выходение опухоли за пределы матки, таза); две степени профилактического лечения радиом рака матки—1) рак, оперированный без признаков возврата, 2) рак, оперированный с оставлением инфильтратов, или качество инфильтратов, явившихся после операции, нельзя определить из-за глубокого их расположения; две степени возврата рака—1) рак, расположенный поверхностно (радиусом не дальше 3 сантиметров от влагалища), 2) рак, расположенный вдали от влагалища, или с намечающейся генерализацией и кахексией.

Кровь мною взята у 40 больных раком матки. Из них у 1 с 1-ой, 29 с 3-ей, 1 с 4-ой степенями первичного рака; у 4 с 1-ой, 3 со 2-ой степенями профилактического лечения радиом рака, и у 1 с 1-ой, 1 со 2-ой степенями возврата рака. Обычно кровь бралась до, после и через 1 месяц после радиолечения. Ниже приведены средние числа доз и изменений крови.

У 29 больных 3 степенью первичного рака, при дозе 5708 Раэл. (радий-элемента) найдено: количество гемоглобина после лечения увеличивалось, спустя 1 месяц еще больше увеличивалось; количество красных кровяных шариков после лечения уменьшалось, через 1 месяц еще больше уменьшалось, но находилось в пределах нормы; количество белых кровяных шариков после лечения увеличивалось, через 1 месяц уменьшалось; количество лимфоцитов после лечения уменьшалось, через 1 месяц увеличивалось; количество нейтрофилов и миелоцитов после лечения увеличивалось, через 1 месяц уменьшалось; количество переходных форм и моноцитов после лечения уменьшалось, через 1 месяц уменьшение шло дальше; количество базофилов и эозинофилов после лечения увеличивалось, через 1 месяц еще больше увеличивалось.

Сравнение изменений крови при профилактическом лечении и при лечении первичного рака показало, что изменения гемоглобина сходны; количество красных и белых кровяных шариков при профилактике увеличивается, при первичном раке уменьшается; миелоциты при профилакти-

тике имеются только до лечения, при первичном раке имеются всегда. Доза при профилактике: 3002 Раэл. (1 степень), 3267 Раэл. (2 степень).

У 29 больных 3 степенью первичного рака матки до лечения найдено гемоглобина 68,8%, красных кровяных шариков 5.864.142. Такое несоответствие между гемоглобином и красными кровяными шариками, найденное и другими авторами, указывает на то, что при раке матки страдает образование гемоглобина. Вследствие лечения радием, получается соответствие между гемоглобином и красными кровяными шариками. Увеличение белых кровяных шариков после лечения является признаком благоприятным, да это и понятно в виду того, что лейкоциты, помимо своей фагоцитарной деятельности, обладая бактерицидными и антитоксическими свойствами, представляют могучую защиту от заболевания. Количество лимфоцитов после лечения уменьшается, но остается в пределах количества их в здоровой крови; количество нейтрофилов после лечения увеличивается почти настолько, насколько уменьшается число лимфоцитов. Через 1 месяц после лечения количество нейтрофилов уменьшается, количество лимфоцитов увеличивается и становится таким, каким оно было до лечения. Эти изменения числа лимфоцитов и нейтрофилов, а также увеличение общего количества белых кровяных шариков указывают на то, что кроветворные органы еще под влиянием токсинов не парализованы и что картина крови перешла в исходное состояние — чему Зигель придает важное значение в смысле времени повторного лечения.

При 1 степени профилактического лечения наблюдалась лимфопения, которую Цумпе считает всегда неблагоприятным признаком, что подтверждается и моими наблюдениями. Количество нейтрофилов после лечения увеличивается при 2 степени профилактического лечения и при 3 степени первичного рака, и уменьшается при 1 степени профилактического лечения. Количество нейтрофилов через 1 месяц после лечения уменьшается при 2 степени профилактического лечения и при 3 степени первичного рака, и увеличивается при 1 степени профилактического лечения. Количество переходных форм после лечения уменьшается при 2 степени профилактического лечения и при 3 степени первичного рака, и увеличивается при 1 степени профилактического лечения. Количество переходных форм через 1 месяц после лечения при 3 степени первичного рака еще больше уменьшается, при 2 степени профилактического лечения увеличивается, при 1 степени профилактического лечения уменьшается. Количество моноцитов после лечения при 2 степени профилактического лечения и при 3 степени первичного рака уменьшается и увеличивается при 1 степени профилактического лечения. Количество моноцитов через 1 месяц после лечения при 3 степени первичного рака уменьшается, при 2 степени профилактического лечения увеличивается, при 1 степени профилактического лечения уменьшается.

Изменения крови у больных раком матки при радиолечении, в зависимости от исхода, таковы. В случаях с *большим улучшением* (5 больных 3 степенью первичного рака, доза 6680 Раэл.) после лечения — количество гемоглобина увеличивается, количество красных и белых кровяных шариков уменьшается, но находится в пределах нормы, количество лимфоцитов соответствует норме, количество нейтрофилов на 10,3% больше нормы, количество переходных форм и моноцитов в 2 с лишним

раза больше нормы, базофилов и миелоцитов нет, эозинофилов меньше нормы. Через 1 месяц после лечения количество гемоглобина еще больше, количество красных кровяных шариков близко к норме, количество белых кровяных шариков, лимфоцитов, нейтрофилов, переходных форм и базофилов—норма, количество моноцитов еще больше увеличивается, миелоцитов нет. В случаях с *клиническим излечением* (6 больных 3 степенью первичного рака, доза 5772 Раэл.) после лечения—количество гемоглобина увеличивается; красных кровяных шариков норма; белых кровяных шариков—близко к норме; лимфоцитов больше нормы на 4⁰/₀; нейтрофилов меньше нормы; переходных форм больше нормы на 1,5⁰/₀; моноцитов в 7 с лишним раз больше нормы; эозинофилов и базофилов меньше нормы, миелоцитов 0,05⁰/₀. Через 1 месяц после лечения—количество гемоглобина еще больше; красных, белых кровяных шариков, нейтрофилов и переходных форм меньше нормы; лимфоцитов больше нормы на 3,6⁰/₀; моноцитов в 3 с лишним раз больше нормы; эозинофилов, базофилов и миелоцитов нет. В случаях с *улучшением* (11 больных 3 степенью первичного рака, доза 6308 Раэл.) количество гемоглобина увеличивается; красных кровяных шариков больше нормы; белых кровяных шариков близко к норме; лимфоцитов меньше нормы на 2⁰/₀; нейтрофилов больше нормы на 11,5⁰/₀; переходных форм и базофилов норма; моноцитов в 4 с лишним раз больше нормы; эозинофилов меньше нормы; миелоцитов 0,14⁰/₀. Через 1 месяц после лечения—количество гемоглобина почти такое, как и до лечения; красных кровяных шариков—в пределах нормы; белых кровяных шариков, нейтрофилов, переходных форм и эозинофилов меньше нормы; лимфоцитов больше нормы на 1,2⁰/₀; лейкоцитов в 7 с лишним раз больше нормы; базофилов нет; миелоцитов 0,1⁰/₀.

У больной (2 степень профилактического лечения, доза 4340 Раэл.) при неблагоприятном исходе имелось несоответствие между гемоглобином и красными кровяными шариками; увеличение переходных форм в несколько раз; увеличение моноцитов больше, чем в 10 раз; показатель окраски был больше единицы.

Свертываемость крови я исследовал по способу профессора Словцова и нашел ускорение свертываемости крови после радия. После 3-го сеанса радия кровь особенно быстро свертывалась и стоило большого труда взять кровь в смеситель, чего обычно при исследовании крови не бывает.

Изменения крови, найденные мною при радиолечении больных раком матки подтверждаются исследованиями в том же направлении других авторов (Брюлова, Кочнева, Зигел, Цумпе).

Выводы. 1. Картина крови при раке матки имеет большое сходство с картиной крови при хлорозе.

2. Показатель окраски при радиолечении приходит к норме.

3. Резкий гиперлейкоцитоз является неблагоприятным симптомом.

4. После лечения радием свертываемость крови ускоряется.

5. Возможно, что в будущем радий будет применяться, как лечебное средство, при гемофилии.

6. При радиолечении количество нейтрофилов увеличивается, главным образом, за счет лимфоцитов.

7. При профилактическом лечении радием, если имеется после лечения большое увеличение переходных форм, моноцитов и показатель окраски больше единицы, то предсказание неблагоприятное.

8. Рак матки уменьшает количество гемоглобина, а радий увеличивает.

9. Радий мало изменяет количество красных кровяных шариков.

10. Радий увеличивает количество белых кровяных шариков.

Из Клиники болезней носа, горла и ушей Казанского гос. медицинского ин-та.
(Директор профессор В. К. Трутнев).

К вопросу о лечении пергенолем хронических гнойных отитов и мастоидитов, осложненных присутствием *Vincen't'a* в симбиозе со спирохетой.

Ассистента клиники **З. И. Вольфсона.**

За последнее время ушная клиника Казанского университета обратила особое внимание на поражение ушей, сопровождающееся возбудителем *Pl. Vincen't'a*. На поставленный нами совместно с проф. В. К. Трутневым вопрос: надо ли выделить поражение сосцевидного отростка веретенообразной палочкой в симбиозе со спирохетой в самостоятельную форму „Винцентовского мастоидита“?—был дан положительный ответ. В основной работе по этому вопросу (Mntsschr. f. Ohren. 5, N. 63, 1929) мы указали, что по своим отличительным признакам Винцентовский мастоидит не только имеет право на самостоятельное существование, но ему следует придать значение отдельной нозологической единицы. Весь симптомокомплекс Винцентовского мастоидита складывается из 4-х периодов а) начало и развитие болезненного процесса, в) объективные данные при исследовании больных, с) находки во время операции и d) послеоперационное лечение.

А. Начало и развитие болезненного процесса. 1) В анамнезе большинство наших больных указало, что после какой-нибудь инфекции, а иногда и травмы появилось течение из уха. Болезнь развивалась не бурно, исподволь. Можно предполагать, что вначале у больных имелось обычное неосложненное воспаление среднего уха, и только впоследствии, когда отит осложняется присутствием Винц. палочки, болезнь принимает своеобразное течение и иногда приводит к Винцентовскому мастоидиту.

2) Как правило, Винцентовский мастоидит, раз появившись, обладает крайне упорным течением болезни. Процесс тянется годами.

3) Обращает на себя внимание, что болезнь протекает при перез-кой общей реакции организма и сравнительно удовлетворительном общем состоянии больных; также не отмечается резких температурных колебаний, если нет особых осложнений. Больные часто отмечают общую вя-