

гический раствор, камфора. К концу операции пульс удовлетворительный. В дальнейшем совершенно гладкое течение. Рана зажила per primam.

Исследование крови, сделанное после операции дает следующую картину: Hgb 69%, E. 4.120.000, FJ, 0,84, Z—9,550. Формула по Schilling'у Iung—0, St—10,5%, Sg—44,5%, lym—31,5%, mon—9%, bas. 0,5%. Нерезко выраженный anisopoikylozitosis; много базофильнопунктиров, эритроцитов. Таким образом со стороны белой крови мы имеем незначительный лейкоцитоз при количестве лимфоцитов, моноцитов, эозинофилов и верхней границы нормы. Со стороны красной крови—гипохромная анемия.

Интересно отметить, что спустя 3 недели после спленэктомии у больного наблюдались типичные приступы малярии. В крови плазмодий не найдено. В настоящее время больной чувствует себя совершенно здоровым.

В настоящее время уже нет больше споров по вопросу об оперативном лечении при разрыве селезенки. Методом выбора является спленэктомия. Консервативные методы лечения: пов селезенки, тампонада, пластика сальником, мышцей оставляют у хирурга неуверенность в остановке кровотечения. Описаны случаи смертельного вторичного кровотечения после сохраняющих операций на селезенке. Бесселезеночные больные хорошо переносят все невзгоды жизни, стойко борются с инфекцией, но не избавлены от приступов малярии. Функцию селезенки принимают на себя ретикуло-эндотелиальная ткань и костный мозг. Смертность после спленэктомии остается высокой, что следует объяснить большой кровопотерей. Необходима равная операция во всех случаях, где является подозрение на разрыв селезенки.

Из Гинекологического отделения б-цы Чудновского Водного транспорта в Ленинграде (главврач—А. В. Средневский).

Редкий случай позднего осложнения после лечения радиум.

П. И. Руллэ.

Непосредственные осложнения после лечения радиум в виде язв, фистул, стриктур и т. д.—явление нередкое и, несмотря на это, только сравнительно небольшое количество их описано в литературе. Совсем иначе обстоит вопрос с теми осложнениями, которые проявляются через много лет по окончании лечения. Эти осложнения представляют собою редкость. В литературе я мог найти всего только один такой случай, описанный Н. Heidler'ом, как *cystitis dissecans gangraeneseus* (Stoesckel) *actinogenetica*, случай, который более или менее аналогичен моему нижеприведенному.

Случай Н. Heidler'a экзвивизитен тем, что у больного образовался пузырно-влагалищный свищ на восьмом году после последнего или на девятом году после первого сеанса радиотерапии. Медленно, но верно продолжался здесь процесс разрушения ткани от лучей радия, пока не обнаружилась фистула. У моей больной пузырно-влагалищный свищ появился несколько раньше, а именно через полные шесть лет после последнего сеанса или в конце седьмого года после первого сеанса радиотерапии,—явление тоже совершенно исключительное. По позднему времени вторичного заболевания эти два случая единственные в литературе. Как правило, пузырно-влагалищные фистулы проявляются гораздо раньше (случай Weibel, Albano, Haslinger, Latzko и др.). Чем же объясняется то обстоятельство, что описания позднего образования свищей после радия совершенно отсутствуют в литературе; тем ли, что они редки, или другими причинами.

Бесспорно, что подобные случаи позднего осложнения—явление не частое, ибо от 60—70% всех больных, подвергшихся лечению лучистой энергии, погибают в течение первых пяти лет от рецидива рака и примерно 10% от других случайных заболеваний. Таким образом 70—80% всех больных выбывает из строя до истечения 5 лет. Остается только около 20% всех больных, переходящих этот пятилетний срок. Среди последних, нужно полагать, известное количество погибает от поздних фистул, образовавшихся после пяти лет. Большинство из них не попа-

дает в литературу, подобно тому, как не попадает в литературу и большинство ранних фистул. Явление прискорбное, ибо этим самым результаты лечения радием остаются не вполне выясненными. Напрасно мы боимся выступать с нашими неудачами,—на них мы учимся не менее, если не более, чем на наших кажущихся на первый взгляд блестящих достижениях.

Исходя из последних соображений, я и считаю, что нижеприводимый мною случай заслуживает некоторого внимания и достоин описания.

История болезни № 328—1928 г. Больная 56 лет. Родов было 4, все нормальные. Abortов не было. Месячные начались на 16 году, приходили через 4 недели по 2—3 дня, необильные и безболезненные. Женскими болезнями раньше никогда не страдала. Впервые заболела неправильными маточными кровотечениями в июле 1920 года, т. е. на 47 году жизни. В январе 1921 года обратилась в одну из ленинградских гинекологических клиник, куда и была принята 19/1—1921 г. Status praesens 20/1—1921 г. Шейка матки утолщена, покрыта распадом, сильно кровоточит при пальпации. В правом своде кратерообразное изъязвление, покрытое некротизирующимся налетом, который переходит на влагалище. Тело матки в retropositio, нормальной величины, малоподвижное. Имеется значительный парацервикальный инфильтрат, доходящий справа до стенки костного таза. Как страдающая иноперабельным раком шейки матки, больная подверглась лечению мезоторием (25 mg mesotorium; латунный фильтр, толщиной в 1 мм, в резиновой трубке, обернут слой ваты толщиной в 1 сантиметр).

21/1—21 г. первый сеанс на 24 часа: 24/1 второй сеанс; 28/1 третий, 5/II четвертый, 9/II пятый, 14/II шестой, 18/II седьмой и 25/II—восьмой сеансы. Таким образом больная получила за 8 сеансов в течение около 1 мес. всего 4800 mg-час. мезотор. Температура у больной во время лечения колебалась между 37,5° и 38,5°. Первую серию сеансов больная перенесла без всяких жалоб на расстройства кишечника и мочевого пузыря. Выписана она была 28/II при хорошем субъективном состоянии и с объективным улучшением.

24/V—21 г. больная явилась для продолжения лечения. При исследовании найдено сужение влагалища на границе верхней и средней ее трети с неровной поверхностью; в правом параметрии—рубец. Проведена вторая серия суточных сеансов тем же количеством (25 mg) мезотория и с теми же, что и раньше, фильтрами в сроки—25/V, 27/V, 31/V и 2/V1. Больная за 4 сеанса получила всего 2406 mg-час. мезотория. По окончании второй серии сеансов наблюдались незначительные тенезмы в течение 2-х недель. В остальном осложнений не обнаружено и больная выписалась в состоянии улучшения.

С 15/XI—21 г. появились боли в кишке и кровь в испражнениях.—Ректовагинальная перегородка и крестцово-маточные связки инфильтрированы. Из углубления, находящегося в правом углу влагалища, 29/XI—21 г. взят соскоб ткани, который при микроскопическом исследовании оказался нераковым. В кишке на передней стенке—изъязвление. Микроскопическое исследование установило воспалительный характер изъязвления. До получения последнего исследования больная подвергалась еще двум сеансам радия (5/X и 12/X—21 г.), которые были остановлены после того, как в соскобе раковое изменение не было найдено. Тенезмы со стороны прямой кишки вскоре прошли.—31/XII—21 на ректовагинальной перегородке—незначительная радиальная язва.

После этого один год и одиннадцать месяцев больная чувствовала себя здоровой. В сентябре же 1923 года она обнаружила, что каловые массы у нее стали отходить через влагалище. Однако, осложнение с течением времени несколько уменьшилось, и больная уже со второй половины 1924 года стала испражняться нормальным путем, причем газы и жидкий стул продолжали отходить через влагалище. Это обстоятельство, однако, мало беспокоило больную и она обратилась ко мне за помощью только 11/II—28 г. с жалобами не на расстройство дефекации, а на то, что уже третий месяц у нее отходит моча через влагалище и просила сделать ей операцию.

Больная находится в хорошем общем состоянии. Внутреннее исследование: длина влагалища 7 см, на границе средней и верхней трети влагалища заращено, шейка матки не определяется, тело матки—в retropositio, в спайках, в состоянии старческой атрофии, резкие рубцовые изменения в параметриях и паравагинальной клетчатке, высоко на задней стенке влагалища имеется отверстие, пропускающее маточный зонд, и сообщающееся с прямой кишкой, высоко на передней стенке имеется отверстие в мочевой пузырь, пропускающее свободно один палец. Края отверстий гладкие и нигде не заметно признаков рецидива.

рака. Считаю, что процесс разрушения ткани после окончания лечения радием еще не закончился, хотя уже прошло почти семь лет, а от операции отказался.

Если провести параллель между первой больной, описанной Н. Heidler'ом и второй больной—моей, то мы должны отметить следующее:

1. Первая больная заболела примерно на 48 году, вторая на 47 году.
2. Первая больная подверглась предварительной операции по Wertheim'у, по поводу рака шейки матки с последующим лечением радием; вторая же больная лечилась только лучами мезотория, по поводу иноперабильного ракового заболевания.
3. Первая больная получила 2000 mg-час. радия при первой серии сеансов и через 4 месяца вторые 2000 mg-час. радия, а всего 4000 mgr-час. радия; вторая же больная получила 4800 mg-час. мезотория при первой серии сеансов, через 4 месяца еще 2400 mg-час. мезотория и через следующие 4 месяца—1200 mg-час. радия.
4. Первая больная перенесла первые 2000 mg-час. радия без всяких субъективных жалоб. После вторых 2000 mg-час. радия появились слабые расстройства со стороны мочевого пузыря и тяжелые тенезмы с кровотечениями из прямой кишки. Через два года от начала лечения радием больная имела сильную гематурию, которая несколько раз повторялась. Через следующие пять лет у больной стали отходить кусочки слизистой оболочки мочевого пузыря. Вторая больная на первые 4800 mg-час. мезотория субъективно не реагировала. После второй серии, в 2400 mg-час. мезотория, появились легкие тенезмы в прямой кишке, которые продолжались в течение 2-х недель. После третьей серии сеансов радием в 1200 mg-час. легкие кратковременные тенезмы.
5. Таким образом субъективные жалобы не стояли в прямой зависимости от дозы; при меньшей дозе были более резко выражены субъективные жалобы. Первая больная, получив 4000 mg-час. радия, заболела кишечно-влагалищным свищом через 8 месяцев; вторая больная, получив двойную дозу, т. е. 7200 mg-час. мезотория и 1200 mg-час. радия, заболела кишечно-влагалищным свищом через 2 года 8 месяцев—объективные изменения зависят, по видимому, также не только от дозы.
6. Первая больная, получив кишечно-влагалищную фистулу на 2 года раньше второй,—получает пузырно-влагалищную фистулу на 2 года позже второй—факт не поддающийся выяснению.

Выводов на основании двух случаев, конечно, делать нельзя, но мы вправе отметить, что действие лучистой энергии (радий и мезоторий) должно быть признано, как не поддающееся точному контролю. Действию ножа мы в силах поставить предел, но установить границы действия лучистой энергии пока вне нашей власти.
