

Литература: Русская: 1) Рейнберг. О костных абсцессах Brodie и их рентгенодиагностике. Журн. совр. хир., т. 1, Вып. 5—6, стр. 447. 1926. 2) Успенский. Случай изолированного костного абсцесса Броди, Орт. и травм. № 3, стр. 27. 1928. 3) Кроеккий. О костных абсцессах Броди. Орт. и Травм. № 3, стр. 31. 1928. 4) Гуревич. Абсцесс Броди. Вестн. рентг. и радиол. т. VII, вып. 6, стр. 461. 1929. 5. Мариупольский. К вопросу о хроническом костном абсцессе (Brodie). Вестн. рентг и радиол., т. VIII, Вып. 5—6, стр. 455. 1930.

Иностранная: 1) Бродикей. Lect. Abscess of the Tibia. The Lond Med. Gazette. Vol. 36. P. 1399. 1845. (приведено по Рейнбергу). 2) Henderson and Simon, Brodie's Abscess. The Archiv of Surgery. Vol. 9, F. 1. N 3. P. 504. 1924. 3) Brickner. Attenuated Bone Infact. Considerat. in the Treat. of osteomyelitis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 85. N 23. P. 1782. 1925. 4) Brunner A. Zur Kennthis des Brodieschen Knochenabscessus. Schweizer. Med. Woch. II, 1265, 1929. Parma. Über den chroniscen Knochenabscess. Arch. d. Radiol., т. 5/1, P. 83, 1932.

Из клиники болезней носа, горла и ушей Казанского государственного медицинского института. (Директор проф. В. К. Трутнев).

Хлорома носа и придаточных пазух¹⁾.

Проф. В. К. Трутнев и асп. Б. Н. Соколов.

Хлоромой принято считать патологический процесс, характеризующийся наличием опухолей зеленого цвета. Этиологические корни этого процесса до сих пор еще не установлены.

Слишком 100 лет назад (1821 г.) Брунс, энуклеируя глазное яблоко, натолкнулся на зеленую опухоль в полости глазницы, но, не имея представления о характере ее, не мог диагностировать. Позже авторы, отмечая злокачественный характер подобных опухолей, относили их к раковым образованиям; Аган в 1834 г. назвал их „cancer vert“, т. е. „зеленый рак“. В дальнейшем Recklinghausen указал на родство данного вида опухолей с лейкемией и отнес их к патологическим процессам в лимфатической ткани, чем собственно и была создана новая эпоха для хлоромы. Благодаря последующему углублению в изучение этого вопроса, стало известно, что хлорома, повидимому, представляет собой общее заболевание лимфо-гематопоэтического аппарата, именно его лимфатической ткани. В связи с явной злокачественностью процесса Paltauf сравнивал хлорому с лимфо-саркоматозом, а Sternberg установил картину хлорелейкозаркоматоза. Türk установил, что кроме лимфатической существует и миелоидная хлорома; Borst и Ribbert считают хлорому родственной миеломе; Simmons, Beltz (1913—1914 г.) считают, что хлорома—особая злокачественная лейкемия с гиперплазией костного мозга; Paulicser и Wutscher указывают на возможность перехода хронической миелоидной лейкемии в хлорому без инфильтрации в перисте.

В качестве этиологических моментов некоторыми авторами предлагаются инфекции (туберкулез), другие—первопричиной считают травму. Встречается хлорома чрезвычайно редко, поражая преимущественно ранний возраст до 15-ти лет).

Характерной клинической картины хлоромы нет, но можно выделить одну, как бы типичную форму, которая носит название Schädelchlorom и отличается образованием симметричных опухолей черепа, экзофтальмузом и параличем лицевого нерва. Наичаще этот вид хлоромы локализуется в области височных костей с поражением органа слуха, сосцевидного отростка и других прилегающих тканей. Из симптомов хлоромы надо отме-

¹⁾ Доложено в заседании ЛОР-секции Тат. научно-мед. ассоц. 27 ноября 1933 г.

тять поражение функции органов слуха и зрения с последующим развитием шума и боли в ушах, головокружения, тугоухости, падения слуха, кровотечения из ушей и явлений паралича лицевого нерва. Поскольку течение хлоромы зависимо от течения общего лейкомического заболевания, (по Lehn dorf'y), то здесь возможны и симптомы, характерные для последнего. Но самый характерный признак хлоромы—это наличие опухолей, окрашенных в зеленый цвет с характерным исходом ее из периоста костей лица и глазницы. Картина крови при хлороме резко характеризует анемию, значительно прогрессирующую при явлениях роста самого заболевания; гемоглобин уменьшается до 20%, число эритроцитов резко снижается, количество лейкоцитов увеличивается.

Патолого-анатомически хлоромы всегда дает зеленого цвета инфильтраты и опухоли; по клеточному составу их различают как лимфатическую хлорому с содержанием лимфоцитов в инфильтрате и миелоидную с содержанием клеток типа миелоцитов, в большинстве нейтрофильных. Метастазы предпочтительно в костную систему. При Schädelchlogom, опухоли располагаясь вокруг синусов и элементов сосудисто-нервной системы, через щели и отверстия основания черепа, проникают в полости лицевого скелета. В дальнейшем, разрастаясь, опухоли обуславливают ту или иную картину обезображивания лица и давления на важнейшие органы, расположенные в отделе лицевого скелета.

Диагностировать хлорому чрезвычайно трудно. В одних случаях хлоромы обнаруживалась при операции по поводу мастоидита, другие—неожиданно встречались с хлоромой в случае, диагностируемом как синус-флебит; третьи—в течении заболевания, оказавшегося хлоромой, как будто бы имели все данные к диагнозу абсцесса мозжечка, и, наконец, хлоромы представлялась взору удивленного оператора, вскрывшего скалистую кость по поводу центрального остеомиелита. Характернейший признак хлоромных опухолей и инфильтратов—зеленая окраска, до сих пор неизвестно чем обусловлена. Одни считают, что она обусловлена преждевременным гниением, другие объясняют ее присутствием особых бактерий, третьи—красящим веществом крови.

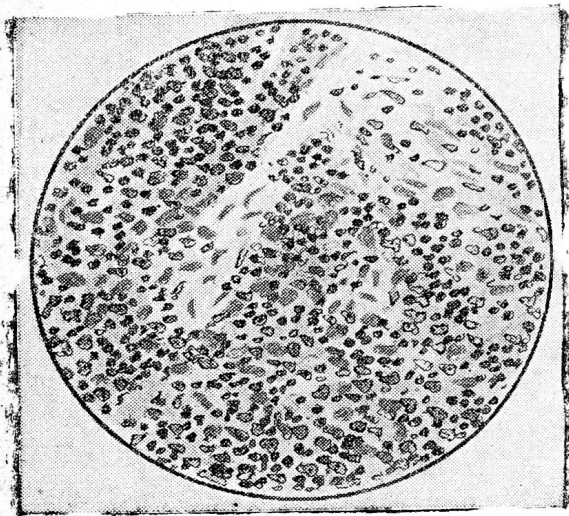
Прогноз хлоромы абсолютно неблагоприятен; продолжаясь от нескольких недель до нескольких месяцев, процесс неизбежно ведет к летальному исходу. Терапия бессильна. Как будто лучи Rönt. дают некоторое временное уменьшение опухолей и улучшение общего состояния, но не надолго. Что касается хлоромных заболеваний в ринологической практике, то они представляют крайнюю редкость, и встретившиеся в нашей клинике осенью 1932 года случай хлоромы представляется в нижеследующем описании.

21 сентября 1932 года в клинику поступил больной М., 4-х лет] (ист. бол. № 1100). Месяца три тому назад у мальчика стала появляться опухоль левой половины лица. Опухоль чрезвычайно быстро увеличивалась в размерах, при чем недели через две после появления ее, начала развиваться подобная же опухоль и справа в тех же отделах и также быстро увеличивалась. Рос ребенок здоровым, веселым, ни чем не болел. Родители ребенка здоровы и имеют еще двух здоровых детей.

Питание ребенка ослабленное, рост 93 см., кожные покровы бледны, резко бледные видимые слизистые, подкожная клетчатка слабо выражена. Температура при поступлении в клинику 21/IX 32 г.—38,2°. На лице имеется сильная отечность мягких тканей по всей поверхности. В области лба обеих глазниц (особенно над и под глазничными краями) резкое выпячивание, больше слева. Веки той и другой стороны вывернуты, гнойное отделяемое из глаз и носа. Рот открыт, треугольной формы. Нос—небольшой, седловидной формы, у входа обильное зелено-гнойное отделяемое, по удалении которого видна носовая перегородка в переднем отделе своем без резких изменений, но в задней половине резко смещенная вправо, в си-

ду чего правый носовой ход резко сужен, едва проходим и заполнен большим количеством слизи. В левом носовом ходе,—в самом начале его видна опухоль, покрытая гнойно-слизистым отделяемым, слабо подвижная при дыхании, полностью закрывающая всю полость, при ощупывании хрящевой консистенции. Полость закупорена настолько, что раковин при передней риноскопии видеть не удается. Дыхание через нос почти отсутствует. В полости рта—сильная отечность десен, при чем на верхней десне, главным образом слева,—язвенный распад; изо рта выделяется сильно зловонный запах. Твердое небо трехугольной формы, сильно сдавленное с обеих сторон; мягкое небо и язычок не удается видеть; задняя риноскопия невозможна. 22 сентября у больного резко затрудненное дыхание, обильное выделение изо рта с резким запахом, гной вокруг глаз и носа, t 36,6°; 36,2°, 23 сент.—37°; состояние резко ухудшено, больной очень тяжело дышит. В 10 ч. 30 минут—*exitus letalis*. Взятая для исследования кровь дала картину, наблюдаемую при состоянии агонии.

На основании имевшихся в нашем распоряжении данных у больного можно было предположить: 1) воспалительный процесс, захвативший все придаточные полости носа и глазницу; 2) Lues; 3) туберкулез; 4) холестеатому; 5) новообразование и 6) актиномикоз. Вульгарный воспалительный процесс можно было отвергнуть на том основании, что в клинической практике очень редко встречаются такие глубокие деструктивные изменения, если заболеванию не предшествовали инфекции в роде тифа, скарлатины и т. д. Отсутствие гнойного секрета в основной носовой полости также говорило против данного предположения. Наличие распада направило нашу мысль по другому руслу. Своеобразное состояние слизистой носа, отрицательная реакция Вассермана и заключение венеролога позволили нам исключить люэтическую натуру страдания. Несмотря на тщательные поиски, мы не могли ни в основной носовой полости, ни через



свищ, ведущий в Гайморову пазуху,—получить кусочков жемчужной опухоли. Отвергнут был и диагноз туберкулеза придаточных полостей, так как лабораторные и клинические исследования не дали нам для этого соответствующего материала. Быстрота развития процесса, относительная мягкость инфильтрата, отрицательные результаты бактериологического исследования не позволили нам остановиться на диагнозе актиномикоза. Из новообразований прежде всего надо было подумать о саркоме и канцере. На одной из консультаций была вы-

сказана возможность хлоромы. Клинический диагноз был поставлен: „Новообразование полости носа и придаточных пазух (хлорома?). Тромбоз пещеристой пазухи“.

Патолого-анатомическое вскрытие произведено 24/IX 32 года, в 12 ч. дня, в кабинете патанатомии КГМИ (протокол № 100). Общие данные: труп ребенка средне-пропорционального телосложения, ослабленного питания, при отсутствии трупного окоченения и посмертных пятен, кожа эластична, резко бледна, чиста

слизистая губ бледно-синеюшна, подкожная клетчатка содержит немного жира, бледно-желтоватого цвета; мышцы—бледно-красноваты, костная система развита правильно, суставы не изменены, костный мозг губчатых костей красно-темно-бурого цвета, трубчатых—серовато-зеленого цвета. При первом осмотре бросается в глаза изменение головы, особенно лица, как в смысле концентрации, так и увеличения объема. Окружность черепа увеличена, в височных областях выдаются плотные, пологие узлы, особенно позади глазниц. В области обеих глазниц выдаются крупные, плотные узлы до 6 см. в диаметре, кожа истончена, зеленовата, сращена с подлежащей тканью; веки растянуты, конъюнктивы сильно отечны, глазные щели широки, но глазных яблок не видно. При вскрытии этих областей оказалось, что левое глазное яблоко не имеет резких изменений, кроме слабого помутнения роговицы, правое—уменьшено, слабого напряжения, роговица слегка конусообразна, совершенно прозрачна, конъюнктивы сильно отечны, бледно-красноватого цвета. В области верхних челюстей, ниже глазниц, имеются разлитые возвышающиеся плотные участки под кожей, доходящие до средней линии, вовлекающие в процесс верхнюю и среднюю части носа, за исключением хрящевой части, выдающиеся над суженными носовыми отверстиями, в виде небольшого узелка. Рот полуоткрыт, верхняя челюсть не может смыкаться с нижней. Можно



Фотографический снимок с маски больного М.

видеть твердое небо в виде жолоба с бледно-синеватой слизистой, зубные отростки не выступают, а стоят на одном уровне. Правая верхняя челюсть имеет мощные разрастания, охватывающие все зубы; слева—коренные зубы сдвинуты со своего места; коронки смотрят кпереди, зубы легко подвижны. Нижняя челюсть утолщена, как бы пронизана разлитыми узлами. При снятии кожи головы в толще апоневроза имеются зеленоватые пологие узлы, различной величины, начинаясь с уровня прикрепления височной мышцы; ткань их плотновата, сочна, зеленоватого цвета. Эти диффузные разрастания спускаются книзу и кпереди, заполняют обе глазные впадины и, окружая плотно глазные яблоки, опускаются книзу, вовлекая обе верхние челюсти и, окружая кости очень плотно, прорастают в придаточные полости и заполняют носовые ходы. Носовая перегородка не поражена, но эти зеленоватые массы опухоли вплотную подходят к ней, не оставляя просвета. Обе хоаны заполнены свисающими в полость носоглотки серовато-зелеными плотноватыми массами. По снятии черепной крышки (снимается с трудом) внутренняя поверхность оказалась неровной, с западениями и шероховатостями, особенно вдоль швов, которые пронизаны такой же зеленоватой массой. Твердая оболочка напряжена, бледна, покрыта различными зеленоватыми участками, особенно обильными вдоль лобного и стреловидного швов, внутренняя поверхность гладкая, бледная и только лишь в области левой височной кости (каменистая часть) выступает зеленоватая масса опухоли. По снятии твердой мозговой оболочки с основания черепа, в костях заметно много таких участков, особенно в передней части полости, в области задней части глазниц и с обеих сторон турецкого седла. Хиазма и оба зрительные

нервы свободны и лишь при входе в глазницу окружаются массой новообразования, но не прорастают ее. Кости свода черепа тонки, вдоль швов имеются разрастания зеленоватой ткани новообразования. Диплое слабо выражено, малокровно. Sulci meningei не выступают, внутренняя поверхность черепа неровна. Синусы содержат сочные, прозрачные, бесцветные сгустки и водянистую кровь; мягкая оболочка тонка, бледна, отечна, сосуды бескровны, лишь слева в венах имеется немного крови. Мозг 120 грамм веса, вещество мягко, извилины утолщены, на разрезе ткань мозга бледна, бескровна.

Анатомический диагноз: Хлорома.

Как видно из описываемого случая, хлорома могла возникнуть в раннем возрасте (до 4-х лет), повидимому, без предшествующего этиологического момента (травма?); протекало заболевание очень быстро, и в 3 месяца процесс закончился смертельным исходом при явлениях затрудненного дыхания, асфиксии и нарушения функций жизненно важных органов.

Литература: 1) Denker u. Kahler. „Handbuch der Hals-Nasen“ usw. В. V. S. 702.—2) Пожарийский. „Основы патологической анатомии“. Вып. 2.—3) Никифоров-Абрикосов. „Основы патологической анатомии“. Вып. 2.—4) Айзендорф. „Хлорома уха и верхних дыхательных путей“. Русск. ЛОР. 1928 г.—5) Henke u. Lubarsch. „Handbuch der Speziellen Pathologische Anatomie und Histologie. B. 1; T. 1; S. 89. 1926 г.—6) Шмаус. „Основы патологической анатомии“.—7) Кулеша. Патологическая анатомия. Ч. I.

Из кафедры патол. анат. Ленинградского института усов. врачей (зав. проф. Ф. Я. Чистович) и эксперим. биол. лаборат. Института организации, экономики и охраны труда (зав. И. Р. Петров).

К учению о жировой эмболии легких.

М. К. Даль.

В процессе изучения жировой эмболии (ж. э.) самым старым методом исследования является экспериментальный, насчитывающий за собой свыше сотни лет со времени первых работ Magendie (1821 г.).

Последний, точно также как затем Virchow, Gluge, Thiernesse и др., вводили цельные масла или эмульсии непосредственно в кровеносную систему опытным животным, причем часто наступала смерть, а секция обнаруживала многочисленную закупорку капиллярами жира мелких сосудов в различных органах.

Но все многочисленны опыты представляли лишь теоретический интерес, ибо они не имели отражения в патологической жизни организма.

Впервые Sobn (1860 г.) упоминает о том, что ему случайно у человека удалось обнаружить ж. э. сосудов мозга при фокусном его размягчении. Механизма процесса Sobn не разбирает, а приводимые им сведения очень скудны, как и в секционном случае Müller'a (1860 г.), который видел капельки жира в просветах цилиарных артерий, капиллярах Варолиева моста и мозжечка.

Краткость приведенных данных и является причиной того, что приоритет открытия ж. э. у человека обычно приписывается Zenker'у и Wagner'у, опубликовавших свои случаи в 1862 г. Zenker источник для ж. э. видел в пищевой кашнице желудка, излившейся при разрыве данного органа на поверхности разможенной печени. Иные же место обширные переломы костей во внимание не принимались. В заключение Zenker указывает, что ж. э. не имеет практического значения и интересна, как эксперимент, производимый иногда самой природой.

Wagner считал, что в старых абсцессах гной, подвергаясь жировому перерождению, может затем поступать в кровяное русло, заносится в различные органы и на месте своей остановки образовывать метастатические фокусы воспаления. Одновременно этот автор указывал, что с данными явлениями приходится встречаться не всегда и нужно принимать во внимание повреждения костной системы, когда могут происходить раздробления костного мозга с освобождением капелек жира, являющихся материалом для ж. э.