

и определения RS типичных картин для диагностики внематочной беременности по нашим материалам не дает. В большинстве случаев на гемограмму надо смотреть только как на клинический симптом. Только из комбинации гемограммы, лейкоцитоза и одновременно поставленной RS— можно сделать заключения и во многих случаях вполне определенные, в особенности при дифференцировании воспалительных процессов, для которых очень характерным является заметный сдвиг влево.

Определение процента гемоглобина ценно в свежих случаях нарушения эктопической беременности с сильным кровотечением в брюшную полость. В дальнейшем, когда сгустки крови начинают организовываться и процесс принимает хронический характер, этот признак начинает сглаживаться.

Оценивая еще раз приведенные лабораторные методы исследования при нарушенной внематочной беременности, мы хотели бы подчеркнуть их несомненно большое диагностическое значение, но только в сочетании друг с другом при одновременной критической оценке всей картины заболевания у постели больной с тщательным изучением анамнеза и объективных данных.

Литература. 1) Антошина. Сб. научн. тр., посв. проф. Л. Л. Окин-чицу, 1924;—2) Agons. D. med. Woch., 1921, № 17;—3) Arneth. Qualitative Leukozytose. Bd. 2, Leipzig, 1920;—4) Бакшт. Ztrbl. f. Gyn., 59, 1927;—5) Binggold. Virch. Arch. 1921, Kl. Woch., 1926, № 24;—6) Wermbter. Ztrbl. f. Gyn., 1927, № 20;—7) Gragert. Ibid., 1923, № 45;—8) Haselhorst. Ibid., 1927, № 49;—9) Hegler. M. med. Woch., 1912;—10) Heyn. Ztschr. f. Geb. u. Gyn., 1923;—11) Егоров. Цит. по Мандельштаму;—12) Живатов. Цит. по Побединскому;—13) Silzer. Ztrbl. f. Gyn. 1926, № 6;—14) Иванов. Гине-к. и акуш., 1927, № 6;—15) Krüger-Frank. Ref. Ztrbl. f. Gyn., 1926, № 37;—16) А. Э. Мандельштам. D. med. Woch., 1926, № 20;—17) Л. Л. Окинчиц. Гинеколог. клиника, ч. II, 1926;—18) Побединский. Ж. ак-и ж. бол., 1927, № 6;—19) Повжитков. Врач. дело, 1928, № 18;—20) Семен-ов. Цит. по Мандельштаму;—21) Скороходов. Лаборат. практика, 1927, № 2;—22) Thevenon et Roland. La Presse med., 1918, № 46;—23) А. И. Тимофеев. Каз. мед. ж., 1927, № 1;—24) Thormählen. Цит. по Hasel-horst;—25) Frommolt и Motiloff. Ztrbl. f. Gyn., 1926, № 6;—26) Fuss. D. med. Woch., 1922;—27) Ханина-Гайдук. Каз. мед. ж., 1925, № 2;—28) Schilling. Das Blutbild und seine klinische Verwertung, 1924, Jena;—29) Schottmüller. M. med. Woch., 1914, № 15;—30) Schumm. Bioch. Ztschr. Bd. CXCI, H. 4, Abderhald. H. d. Bioch. Arb., Abt. IV, T. 4, H. 6.

Из Глазной клиники Гос. института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в г. Казани. (Заведующий—проф. В. Е. Адамюк).

Случай папилломы роговой оболочки¹⁾.

Н. М. Морозов.

Наш случай папилломы роговицы касается крестьянина Свияжского кантона Татарской Республики Б., 62 лет, явившегося на амбулаторный прием 28/VII 1926 года по поводу заболевания левого глаза.

Из анамнеза выяснилось, что год тому назад больной заметил на внутреннем лимбальном крае роговицы левого глаза появление пятна серовато-белого цвета, величиною с булавочную головку. В дальнейшем

¹⁾ Сообщено в конференции глазных врачей 27/XI 1926 г. с демонстрацией микроскопических препаратов.

пятно стало увеличиваться в размерах, занимая все большие и большие участки и стало мешать зрению, что и заставило больного обратиться к врачу.

Больной выше среднего роста, правильного телосложения, всегда пользовался хорошим здоровьем и на зрение раньше не жаловался, хотя отмечает, что по временам у него болели глаза, причем болезнь каждый раз сопровождалась покраснением глаза, чувством жара и покалывания, а также появлением отделяемого, иногда в значительном количестве. Но все эти явления обычно продолжались недолго и проходили без всякого лечения. Родные и родственники его глазами не болеют.

При объективном исследовании найдено следующее: со стороны правого глаза, кроме умеренной гиперемии конъюнктивы век и незначительной шероховатости ее поверхности, отклонений от нормы нет. Дно глаза особенностей не представляет; $vis=0.7$; $N\ 1.0\ D$. Тензия в пределах нормы. На левом глазу со стороны кожи и краев век отклонений от нормы нет. Конъюнктив век гиперемизирована умеренно, конъюнктив глазного яблока инъецирована с внутренней стороны, в виде целого ряда сосудов, идущих пучками к лимбу. Внутренний квадрант роговицы, начиная с лимбы и до зрачкового края занят новообразованием, серовато-белого цвета, овальной формы, имеющим в вертикальном меридиане около 4 мм., в горизонтальном до 5 мм., а в высоту до $1\frac{1}{2}$ мм. На ощупь новообразование плотной консистенции, имеет слегка бугристую поверхность, сращено с роговицей на всем протяжении и неподвижно у основания. У лимба оно переходит в окружающую конъюнктиву, от которой к нему идут разветвляющиеся сосуды. Остальная часть роговицы прозрачна. Радужка серого цвета с ясным рисунком; зрачок круглый, нормальной ширины; реакция на свет живая. Дно глаза особенностей не представляет. $Vis=0.1\ Astigm. irregul.$; коррекция стеклами зрения не улучшает. Внутриглазное давление нормально. Подвижность глазного яблока сохранена.

Самый вид опухоли, сравнительно медленный ее рост и распространение главным образом на поверхности, без наклонности к изъязвлению, а также отсутствие каких-либо метастазов, говорили за доброкачественный ее характер. Для определения вида опухоли, путем патолого-гистологического ее исследования, мною 3/VII 1926 года амбулаторно была произведена биопсия (была срезана поверхностная часть опухоли параллельно ее основанию, толщиной до 1 мм.). Появившееся при этом незначительное кровотечение скоро прекратилось. Наложена повязка с 1% колларголовой мазью. 4/VII перевязка: отмечено незначительное раздражение глаза. Поверхность срезанной опухоли беловатого цвета, не кровоточит. Болей и ломоты в глазу нет. Наложена повязка с 1% колларголовой мазью. 5/VIII. Состояние глаза без перемен. В дальнейшем до 12/VIII больному ежедневно делалась смена повязки с 1% колларголовой мазью. К этому времени раздражение глаза прошло и срезанная поверхность опухоли почти вся покрылась эпителием. Больной уехал домой с тем, чтобы через месяц снова показаться, чего он, к сожалению, не исполнил.

Срезанный кусочек опухоли, после фиксации в 10% растворе формалина с последующим уплотнением в спиртах возрастающей крепости, был залит в параффин. Срезы были окрашены гематоксилином-эозином и по V. Gieson'y.

Микроскопическая картина препаратов оказалась такой: при слабом увеличении видно, что опухоль состоит из соединительно-тканых сосочков, покрытых многими слоями клеток. В состав соединительно-тканной основы входят кровеносные сосуды. При сильном увеличении видно, что клетки, покрывающие сосочки, принадлежат к типу эпителиальных, причем базальный слой их имеет цилиндрическую и кубическую форму с большими овальными или круглыми ядрами,

а в некоторых местах они вытянуты в длину и имеют веретенообразную форму. Кнаружи наблюдается уплощение клеток, доходящее в поверхностно-лежащих слоях до тонких пластинок включительно, но с сохранением ядер, иногда в виде темно-окрашенной черточки. В некоторых участках покровного эпителия имеются жемчужно-подобные образования из concentрически наложенных уплощенных эпителиальных клеток, интенсивно-красящихся эозином в розово-красный цвет с сохранившимися, вытянутыми в длину и хорошо окрашивающимися ядрами. Эти клеточные тела кажутся гомогенными и сильно окрашенными эозином. Местами в поверхностных же слоях эпителия встречается довольно большое количество многоядерных лейкоцитов. Весь эпителиальный покров утолщен и имеет неровную поверхность, причем рост эпителия местами энергичный. Основа сосочков состоит из молодой, богатой ядрами соединительной ткани и небольшого количества кровеносных сосудов, преимущественно капиллярного типа, наполненных красными кровяными шариками и лейкоцитами. Соединительнотканная основа местами вокруг сосудов инфильтрирована многоядерными лейкоцитами. Граница соединительнотканной основы и эпителия везде резко определена, а также везде замечается типичный, поверхностный рост эпителия без наклонности врастания в подлежащую ткань. Следов Боуэнновой оболочки и собственной ткани роговицы на препарате не оказалось.

Результаты гистологического исследования дают возможность сделать заключение, что в данном случае мы имеем доброкачественную опухоль, так называемую папиллomu роговицы.

Препарат был просмотрен профессором К. Г. Боль и им даны мне некоторые разъяснения, за что и приношу ему глубокую благодарность.

Папиллома роговой оболочки является сравнительно редким заболеванием и впервые была описана Gayet в 1879 году. В дальнейшем случаи этого заболевания, описанные в офтальмологической литературе до 1914 года, приведены в работах Lauber'a¹, Lagrange'a², Rascheff'a³, Юдина⁴, Полева⁵ и Благовещенского⁶, а потому я не буду останавливаться на их перечислении. В новейшей литературе имеются сообщения Birch-Hirschfeld'a⁷, описавшего случай папилломы, расположенной на лимбе в виде большой опухоли, распространяющейся на конъюнктиву и роговицу, с одновременным наличием большого количества мелких разрастаний в верхней части конъюнктивы века, и Böhm'a⁸), где на правом глазу новообразование локализовалось на конъюнктиве и роговице, а на левом на всей поверхности глаза были расположены мелкие папилломы.

В большинстве описанных случаев папиллома начиналась на конъюнктиве лимба и уже впоследствии переходила на роговицу, причем иногда первичную локализацию заболевания проследить не удавалось, но все же можно было установить связь его с конъюнктивной лимба.

Совершенно обособленными являются случаи Lagrange'a, Dean'a, Moissonier'a⁹ и Юдина, где папиллома развилась только на роговице и была отделена от лимба прозрачным участком последней. Связь с конъюнктивной выражалась только васкуляризацией новообразования сосудов, идущими с лимба. Эти случаи дали возможность описавшим их авторам предположить о существовании т. н. первичных папиллом, т. е. исходящих только из роговицы, в отличие от вторичных, исходящих из конъюнктивы лимба. Rascheff, предполагая, что в описанных случаях первичных папиллом вместе с сосудами доставлялась и соединительная ткань, входящая в основу сосочков, считает их, как и все остальные папилломы, вторичными, т. е. исходящими из лимба, но в силу механических или гистологических причин развившихся на роговице. Lagrange, относя свой случай к первичным папилломам, допускает развитие сосудов и соединительной ткани сосочков из конъюнктивы, а не

из ткани роговицы, считая это явление вторичным, аналогично *rapinus crassus*, составляющим все же болезнь роговицы. Юдин, основываясь на случае *Lagrange'a*, где при микроскопическом исследовании было найдено не только разрушение Боуэновской оболочки, но и поверхностных слоев собственной ткани роговицы, не исключает возможности участия *membranae propriae* роговицы в развитии соединительно-тканной основы сосочков, а в силу этого и существования первичных папиллом. По его мнению и с генетической точки зрения подобный переход элементов роговой оболочки в соединительную ткань является возможным.

Таким образом в настоящее время нет достаточных данных отрицать существование т. н. первичных папиллом.

Среди отдельных форм эпителиальных новообразований роговой оболочки и лимба, весьма разнообразных по своему анатомическому и гистологическому строению, папилломы, в которых коррелятивные соотношения между папиллярной стромой и паренхимой являются не нарушенными и рост эпителия по преимуществу экстринсивный по поверхности и ввысь, принято считать доброкачественными опухолями, в отличие от злокачественных, характеризующихся деструктивным ростом в глубину и разрушением ткани. Такое деление имеет громадное практическое значение, но с точки зрения злокачественности не всегда является выполнимым по той причине, что эпителиальные опухоли роговицы отличаются весьма сложным соотношением свойств, касающихся роста, развития рецидивов и образования метастазов. Это обстоятельство затрудняет определение степени злокачественности их, а следовательно и дифференциальную диагностику между отдельными их формами.

Точно также и в существующих классификациях эпителиальных новообразований роговицы в основу положен принцип злокачественности. *Lagrange* разделяет эпителиальные новообразования роговицы на три группы: 1) эпителиомы, представляющие начальные стадии опухолевидного разрастания эпителия роговицы, 2) папилломы и 3) эпителиомы. *Neilburg* предлагает классифицировать их на: 1) доброкачественные опухолевидные, рецидивирующие эпителиальные гиперплазии, 2) эпителиальные гиперплазии с уплотнением соединительно-тканной основы, образующей местами сосочки (переходная форма к папилломам), 3) папилломы и 4) карциномы. Общепринятой классификации для эпителиальных лимбокорнеальных новообразований до сего времени не имеется¹⁾.

¹⁾ *Примечание.* После сделанного мною доклада в Р. О. Ж., № 2 за 1927 год напечатана статья профессора А. И. Полева¹⁾. „К патологии эпителиальных опухолей роговицы и лимба“, где автор на основании патолого-анатомических исследований и клинических наблюдений 18 случаев различных эпителиальных опухолей лимба и роговицы, излагая гипотезу генетической связи указанных опухолей между собой, предлагает классификацию их по гистогенетическому принципу, а именно: 1) *Epithelioma initiale* (средняя форма), 2) *Epithelioma papillomatos.* (папилломы), 3) *Epithelioma carcinomatos.* (карцинома), причем слово „*Epithelioma*“ он употребляет исключительно в генетическом смысле. По его мнению все эпителиальные, лимбокорнеальные новообразования в начальной своей стадии представляют простую эпителиальную гиперплазию, но с некоторыми морфологическими отклонениями, сохраняющимися и в дальнейшем развитии опухоли (*Epithel. initiale*). В дальнейшем из этой общей формы при помощи новообразования соединительной ткани развивается фиброэпителиома (*Ep. papillom.*) или же в случае сильного атипического разрастания эпителия—карцинома (*Ep. carcinom.*). Таким образом, *Epith. initiale* может переходить в папиллому или карциному. В свою очередь папиллома тоже может перейти в злокачественную карциному.

Этиология заболевания до сих пор остается невыясненной. Полагают, что травматические повреждения роговицы и в особенности хроническое воспаление ее и конъюнктивы могут служить predisposing моментами к развитию папиллом, причем сосуды лимба, васкуляризирующие роговицу, могут доставлять материал для образования сосочков папилломы, а разрастание эпителия может быть следствием воспалительного процесса. Полеву, в собранной им статистике из 23 случаев папиллом роговицы, удалось установить следующие этиологические моменты: в 4 случаях—rannus, в 1—keratitis superf.; в 1—ожога; в 1—травма роговицы; в 1—ectropium после операции на щеке; в 1—трахома и в 1—наличие грануляций; а в остальных 13 случаях анамнестические указания отсутствовали или были неопределенны. В нашем случае predisposing моментом является, повидимому, только хронический конъюнктивит. Прогноз часто бывает неблагоприятный в виду склонности папиллом рецидивировать. Терапия сводится к тщательному удалению опухоли хирургическим путем с последующим применением лучистой энергии. В случаях часто рецидивирующих папиллом, угрожающих потерю зрения, может явиться неизбежной энуклеация глаза.

Литература: 1. Lauber. Beitrag zur Erkenntnis der Entstehung der Hornhautpapillome. Zeitschrift. f. A., 1906. — 2) Lagrange. Traité des tumeurs de l'œil. Paris, 1901 и arch. d'ophtalmol. 1899. — 3) Pascheff. La Clinique Ophthalmologique, 1904. — 4) К. Юдин. В. О. 1909 год. 5) Полев Л. Ueber die Papillome der Hornhaut. Würzburg, 1911 г. — 6) М. Н. Благовещенский В. О., 1914 г. 7) Birch-Hirschfeld. Zeitschr. f. A., 1915. — 8) Böhm. Zeitschr. f. A., 1921 г. — 9) Moissonier. Klin. Mon. f. A., 1908. — 10) Heilbrun. Arch. f. Ophthalm. 1910. — 11) Полев Л. Русск. Офт. журн., 1927 г., № 2.

Из Детской клиники Саратовского гос. университета (Директор—
проф. И. Н. Быстрин).

Картина крови по методу Sondern'a при пневмониях у детей.

Ординатор С. А. Кушнер.

Работ по изучению морфологии крови в настоящее время имеется много как в русской, так и иностранной литературе, причем главное внимание уделено состоянию белой крови, наиболее ярко реагирующей на все изменения, происходящие в больном организме.

В 1905 году американский хирург Sondern в своих работах указал, что для более ясного представления взаимоотношений между инфекцией и организмом необходимо производить не только исчисление общего количества лейкоцитов, но и исчисление процентного содержания нейтрофилов. „Увеличение числа полинуклеаров—есть показатель степени всасывания токсина, а высота лейкоцитоза есть указатель сопротивления организма этому всасыванию“,—говорит Sondern. Таким образом, чтобы составить себе ясное представление о болезни по Sondern'у, нужно сравнить кривые лейкоцитоза и нейтрофилеза. Отношение между общим числом лейкоцитоза и % числом нейтрофилеза дает точную картину состояния больного (тяжесть инфекции с одной стороны и сила сопротивляемости организма с другой). Sondern дает следующие положения: