

лиомы или атеромы. С взглядом А. М. на операцию аборта ни в коем случае согласиться нельзя, нельзя разделить и его описания самой операции. Едва ли можно согласиться и с приведенными цитатами и, считать, что будто бы в ранние сроки беременности операция немногим отличается от выскабливания небеременной матки.

Никакие рассуждения, нам думается, не могут изменить тот вполне установленный уже взгляд, что аборт есть операция серьезная и, как всякая другая операция, требует определенной предоперационной подготовки и послеоперационного ухода. Совершенно неправильно, если не сказать больше, женщину прямо чуть ли не от ставка, или во всяком случае из бытовых условий, класть на гинекологическое кресло, „расширять шейный канал“ и „извлекать поселившееся в матке яйцо“, оставлять после на кушетке на 1—2 часа и снова возвращать сейчас же в домашнюю обстановку..... Не уверен, чтобы в этом заключалось бы „спасение женщины и ее здоровья“.... Конечно, не в этом, а в более покойном, стационарном положении после операции и в соответствующих активных движениях в зависимости от каждого отдельного случая. И поэтому установленный (хотя бы и „традиционный“, „символический“) органами здравоохранения (при неоднократном обсуждении и с видными специалистами) срок пребывания женщины после аборта в 3 дня является совершенно правильным и нет абсолютно никаких данных, необходимости уменьшать их или сводить к 1—2 часовому отдыху. Я лично полагаю, что женщина должна быть подготовлена к операции, должна отдохнуть перед операцией и таковая должна производиться на следующий день по поступлении беременной в учреждение. Практика и жизнь вполне оправдали значение этого профилактического предоперационного дня, который во всех отношениях способствует лучшему проведению операции и гарантирует от многих реальных осложнений.

Принять „амбулаторный аборт“ ни в коем случае нельзя, он не должен иметь места и не только в массовом масштабе, но и в единичных случаях. Для многих и, думаю, для большинства это бесспорно. Но в виду высказанного А. М. взгляда, может быть, действительно желательна была бы дискуссия с широким привлечением врачебной общественности, представительниц женотделов, заведующих отделами охраны материнства и младенчества для окончательного обсуждения этого ненужного и вредного метода.

---

Из акушерско-гинекологической клиники Государственного ин-та для усовершенств. врачей им. В. И. Ленина (консультант проф. В. С. Груздев).

## **К вопросу о самоизлечении хорио-эпителиомы.**

Ассистентов клиники М. А. Дыхно и Б. С. Тарло.

С тех пор как Sängner в 1889 году обратил внимание на свою образную опухоль—хорио-эпителиому, отличающуюся крайней злокачественностью и некоторыми ей одной присущими особенностями, вопрос о данном заболевании сделался предметом многочисленных сообщений и горячих споров. Однако и до сего времени генез данного заболевания остается невыясненным. Известно только, что хорио-эпителиома развивается у женщин главным образом в чадородном возрасте и находится

в тесной зависимости от беременности, в частности от беременности пузырным заносом. „Без беременности“, говорит Veit, „нет хорио-эпителиомы“. Впрочем описаны случаи этой опухоли, несвязанные с беременностью и даже с женской половой сферой. Так Volkmann, Dilman, Власов, Schlagenhauser, Васильев наблюдали хорио-эпителиому у мужчин. Большинство авторов считают подобные образования имеющим тератогидно-эмбрионный характер. Многие авторы еще до Sänger'a, Küstner'a и Maier'a описывали подобное же заболевание, относя его то к саркомам (Gottschalk), то к карциномам. При этом все внимание исследователей было обращено на истолого-анатомическую сторону данного заболевания. К этому времени относится вся масса названий, присвоенных данной опухоли: deciduoma malignum, placentoma, deciduo-sarcoma.

Sänger первый указал на хорио-эпителиому как на особое, самостоятельное заболевание. Fränkel и Marchand в 1895 году, а у нас Никифоров определенно указали на плодовое происхождение разбиаемой опухоли, в образовании которой участвуют исключительно элементы эпителиального покрова ворсин, т. е. syncytiotrophoblastы и клетки Langhans'a, и дали опухоли наиболее распространенное теперь название chorio-epithelioma malignum. Первично х.-э. чаще всего поражает внутреннюю поверхность матки на месте прикрепления последа. Реже новообразование появляется в фаллопиевых трубах, стенках влагалища, в мозгу, легких, печени. Такие опухоли большинством авторов трактуются как метастазы, хотя есть указания, что т. наз. эктопические х.-э. могут встретиться и первично в различных органах (Schmorl).

Макроскопически хорио-эпителиома представляет собою опухоль мягкой консистенции, кровоточивую, с неровной, распадающеюся поверхностью, серо-красного или темно-красного цвета; в иных случаях опухоль представляет собой как бы одно сплошное кровоизлияние.

Вопрос о ближайшем этиологическом моменте возникновения хорио-эпителиомы еще до сих пор не решен. По мнению Marchand'a, Kiseľ'a, Veit'a и др., после смерти плода изменяются условия обмена веществ; клетки экзохорiona, теряя связь с плодом, получают больше питания, происходит даже чрезмерное питание (Überernährung) их и отсюда способность их к усиленной пролиферации. Pick и Faife усматривают причину развития х.-э. в увеличенной продукции лютеиновой ткани в яичниках. Düngeг высказывает обратное предположение, считая, что это изменение в яичниках является не причиной, а следствием хорио-эпителиомы. По мнению Kaltenbach'a, немаловажную роль в этиологии х.-э. играет происхождение яйца из патологически измененного фолликула. Veit, Liepmann и Weichhart большое значение в этом вопросе придают сопротивляемости материнского организма, экспериментально доказавши присутствие в крови здоровой беременной женщины syncytiotrophoblastов, благодаря которым организм беременной и защищает себя от вторжения элементов плода. Fränkel установил экспериментально, что сыворотка больной х.-э. неспособна растворять клеток плацентарной ткани, в чем автор и видит причину образования данной опухоли.

Обычная клиническая картина этого заболевания такова: после выкидыша, родов, чаще же после беременности пузырным заносом у жен-

щины наступает кровотечение из матки без определенных промежутков, как при рецидивирующем плацентарном полипе. В дальнейшем кровотечение это принимает затяжной характер. Зачастую потом к первичному очагу новообразования присоединяются метастазы во влагалище, на больших губах и шейке матки, — в виде туго-эластических образований темносинего цвета, — а также в легких, печени, мозгу и др. внутренних органах. Процесс развивается очень быстро. Общее течение его измеряется неделями, много месяцами, причем больные в большинстве случаев погибают при явлениях истощения и кахексии. В отдельных случаях, однако, больные иногда даже без всякого вмешательства, несмотря на запущенность случая, при множественных метастазах, выздоравливают, такое обстоятельство еще больше подчеркивает своеобразный характер опухоли. Risk еще в 1897 г. наблюдал случай такого самоизлечения х.-э. с метастазами во влагалище и это наблюдение послужило поворотным пунктом в учении о злокачественности х.-э. С этого времени было выдвинуто понятие о т. наз. „доброкачественной“ х.-э. В дальнейшем подобные же случаи самоизлечения х.-э. были описаны и другими авторами, напр. Hirschmann'ом, Christofoleti, Hörmann'ом, Polosson'ом, Langhans'ом, Dunger'ом. Приведем вкратце данные об этих случаях, найденные нами в литературе.

**1-й случай.** (Hirschmann'a-Christofoleti). Больная 32 лет. Узлы во влагалище, матка увеличена, тазовая клетчатка уплотнена в виде опухоли. Микроскопический диагноз узлов — хордо-эпителиома. Сделана попытка удалить матку через влагалище. При отслойке мочевого пузыря нарушена его целостность, пузырь зашит. Случай принят за неоперабельный. Выскабливание дало только некротические массы. Больная считалась безнадежной. Через 4 недели, однако, наступило выздоровление. В данном случае важную роль в излечении процесса сыграл, по мнению авторов, тромбоз тазовой клетчатки, который повел к некротизации опухоли и рассасыванию ее.

**2-й случай** (Hörmann'a). Больная 36 лет. Матка увеличена, сдавлена инфильтратами в тазовой клетчатке. Метастазы во влагалище. Случай признан за неоперабельный. Вмешательство ограничено выскабливанием матки и удалением узлов, исследование которых обнаружило злокачественную х.-э. Больная резко изменилась (кахексия). Новые узлы во влагалище. Повторное выскабливание матки и удаление узлов. Через три месяца выздоровление. Через год снова нормальная беременность.

**3-ий случай.** (Polosson'a). Подобен второму случаю.

**4-ый случай.** (Langhans'a). После нормальных родов, появление узла во влагалище. Выскабливание полости матки; узел прижжен. Через 14 дней рецидив. В дальнейшем излечение.

Случай х.-э., закончившийся излечением после выскабливания, описаны также Kaufmann'ом, Thaler'ом и Sunde.

**5-ый случай** (Dunger'a). Больная подверглась операции extirpatio uteri по поводу х.-э.. Через два месяца метастазы во влагалище. От новой операции больная отказалась. 4½ месяца спустя — полное излечение.

**6-ой случай** (проф. А. И. Тимофеев). Случай самоизлечения х.-э., причем первичное гнездо разрастаний, находившееся в матке, подверглось обратному развитию. В удаленном же из стенки рукава метастатическом фокусе оказалась типичная х.-э.

В настоящее время имеется ряд теорий, объясняющих самоизлечение данной опухоли. Так, Hirschmann объясняет данное явление нарушением питания опухоли в связи с тромбозом сосудов. Marchand в борьбе с опухолью придает значение защитным силам организма. Вблизи к мысли Marchand'a стоит теория Fränkel'a о синцитиолизинах. Проф. В. С. Груздев также видит причину самоизлечения х.-э.

в общих условиях, сводящихся к усилению защитных сил организма беременной, к повышению сопротивляемости его. Velits объясняет различное течение х.-э. пониженной жизнеспособностью слоя Langhans'a и появлением блуждающих клеток (Wanderzellen), растворяющих клетки синцития.

В виду редкости случаев самоизлечения х.-э., мы позволим себе описать один подобный случай, наблюдавшийся в гинекологической клинике Казанского ин-та для усоверш. врачей и прослеженный нами гистологически.

Больная Я., 48 лет, крестьянка, поступила в клинику 10/X—1929 г., будучи направлена врачом из кантона с подозрением на х.-э. Менструации начались на 17-м году, приходили через три недели и длились по 4—5 дней. Замуж вышла 20-ти лет, имела 10 беременностей, закончавшихся срочными родами с нормальными послеродовыми периодами; последние роды 2½ года тому назад. 11/VIII с. г. больная поступила в местную участковую больницу с жалобами на общую слабость и сильную рвоту. Вследствие задержки кровей течение 4-х месяцев она считала себя беременной. 23/VIII появилось кровотечение из половых органов без схваток. При исследовании влагалищными зеркалами установлено, что источником кровотечения является узел темносинего цвета, расположенный на задней стенке влагалища. Через два дня (25/VIII) у больной начались схватки, и, по словам врача, родился пузырьный занос. В виду продолжавшегося кровотечения произведено ручное обследование полости матки и удаление остатков пузырьного заноса. Кровотечение после этого прекратилось, самочувствие больной заметно улучшилось, узел во влагалище начал отторгаться и через пять дней почти исчез, но появилось еще несколько новых узлов такого же характера, что и заставило врача предположить наличие х.-э.

Больная правильного телосложения, вышесреднего роста, весом 48 кило. Кожа и слизистые оболочки бледны. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечается. Выделения кровянистые. Промежность цела, наружные половые органы нормальны. На передней стенке рукава, на сантиметр ниже ostii externae urethrae, имеются два узелка величиною с лесной орех, темносинего цвета; один из них с изъязвленной поверхностью. На задней стенке рукава, в нижней трети ее, имеется такой же узелок темносинего цвета, рядом с которым находится участок в ½ сант. с дефектом поверхностной ткани (узел в стадии заживления). Тело матки несколько увеличено, размягчено. Своды свободны.

12/X сделана биопсия из узелков для микроскопического исследования (результаты последнего изложены ниже), после чего больная оставлена для дальнейшего наблюдения.

19/X общее состояние больной значительно лучше. Оставшиеся части узелков постепенно отторгаются; нетронутый биопсией узелок заустевает. Новых узелков нет. Матка сократилась хорошо, кровянистые выделения прекратились.

30/X. На месте бывших узелков ткань находится в стадии заживления, покрываясь эпителием.

11/XI. Узлы исчезли, места дефектов ткани покрыты эпителием.

17/XI. Новых метастазов нет. Матка плотная, хорошо сокращена, своды свободны. Больная выписывается в хорошем состоянии. Прибыла в весе на 4 кило.

Если патологическая анатомия и гистология хорно-эпителиомы со времени Fränkel'a и Marchand'a детально разработаны, то в биологии данного заболевания имеется еще много невыясненного. Как известно, у большинства больных с хорно-эпителиомой находят гиперпродукцию лютеиновой ткани в яичниках. Нередко в последних встречаются лютеиновые кисты. Большинство авторов рассматривает подобные изменения как результат раздражения яичников продуктами жизнедеятельности самой опухоли. Интересным при этом представляется то обстоятельство, что Zondeck и Aschheim при пересадке передней доли гипофиза животным получали подобного же рода изменения в яичниках. С другой стороны, Aschheim при пересадке неполовозрелым мышам



частиц х.-э. получал у них положительную реакцию на гипофизарный гормон. Результаты этих опытов привели Aschheim'a к мысли о какой-то, пока еще невыясненной взаимной связи между хорио-эпителимой и гипофизарным гормоном и о влиянии последнего на вышеуказанные изменения в яичниках. Он же, наблюдая больную с пузырным заносом и выпрыскивая в подкожную клетчатку неполовозрелым мышам сыворотку крови, мочу данной больной и жидкость пузырьков, получал у мышей также положительную реакцию на гормон передней доли гипофиза, т. е. чешуйки во влагалищном секрете, на вскрытии—увеличение матки и кровоизлияние в фолликулах яичника. Подобные же результаты он получал при пересадке кусочков хорио-эпителимы и при выпрыскивании неполовозрелым мышам мочи женщины, находящейся в первых месяцах беременности. Fels получал то же, выпрыскивая неполовозрелым мышам как сыворотку, так и мочу больных х.-э. Следовательно, и в моче подобного рода больных обнаруживался гормон передней доли гипофиза.

Данные вышеуказанных авторов побудили и нас провести наблюдения с выпрыскиванием мочи нашей больной неполовозрелым мышам, дабы выяснить присутствие в ней гормона передней доли гипофиза. Для этого, по выработанной Aschheim'ом и др. авторами технике, мы брали катетером утреннюю порцию мочи нашей больной, стерильно фильтровали ее и выпрыскивали мышам под кожу ежедневно в количестве 0,5 см. Через 100 часов от начала опыта мыши убивались, причем предварительно исследовались мазки из влагалищного секрета на наличие безъядерных ороговевших чешуек (Schollen), а внутренние половые органы животных изучались как макро-, так и микроскопически. Опыты эти установили отсутствие в моче нашей больной гормона передней доли гипофиза, что может быть поставлено в связь с излечением пациентки. Интересно, что Fels также получал отрицательные результаты на гормон передней доли гипофиза при пересадке неполовозрелым мышам кусочков хорио-эпителимы в состоянии распада, что он объясняет обратным развитием опухоли.

Приведенные опыты и исследования позволяют нам высказать предположение, что наличие положительной или отрицательной реакции на присутствие гормона передней доли гипофиза в моче или сыворотке крови больных с хорио-эпителимой может помочь нам в установке прогноза данного заболевания.

Микроскопическое исследование подозрительных на х.-э. кусочков опухоли дало следующую картину. Многослойный плоский эпителий, покрывающий ткань, хорошо выражен; подэпителиальный соединительнотканый слой состоит из набухших волокон с умеренным количеством соединительнотканых клеток; непосредственно под многослойным плоским эпителием, тесно прилегая к нему, заметны расширенные вены, из которых многие набиты кровяными элементами. Уже под эпителиальным слоем имеются очаги кровоизлияний и некроза, вокруг которых соединительнотканная основа, слабо воспринимающая окраску, инфильтрирована крупными, местами гигантскими клетками, расположенными то по одиночке, то небольшими группами. Среди очагов некротической ткани, фибрина и свернувшейся крови встречаются скопления клеток с резкими границами, разной величины и формы,—круглой, овальной, вытянутой, но преимущественно круглой, с прозрачной протоплазмой и большим ядром, слабо воспринимающим окраску. Ядро большей частью занимает почти всю клетку, оставляя свободным лишь тонкий ободок протоплазмы. В некоторых клетках ядро занимает эксцентрическое положение. Часто встречаются неправильные фигуры деления. Среди очагов этих клеток нередко попадаются гигантские клетки с несколькими ядрами, резко окра-

шенными гематоксилином. Вышеописанные клетки по характеру своему принадлежат к клеткам слоя *Langhans's*. Независимо от последних в опухоли беспорядочными массами тянутся протоплазматические ленты с ядрами, богатыми хроматином, расположенными в один или несколько рядов, местами кучками — типичный синцитий. Среди описанных элементов попадаются, далее, ворсинки хорiona с набухшей соединительной основой, состоящей из звездообразных клеток типа эмбриональных. Вся гистологическая картина является характерной для хориоэпителиомы.

Микроскопическое исследование узелка с изъязвленной поверхностью показало, что эпителиальный слой здесь слабее выражен, — местами в шесть-семь рядов, местами же его совсем нет; *stratum germinativum* также плохо выражен, его клетки смешиваются с клетками из *stratum mucosum*. Подэпителиальный слой сильно инфильтрирован мелкими круглыми элементами. В тех местах, где имеется дефект поверхности многослойного эпителия или неправильное разрастание его, непосредственно под ним видны разрозненные как гигантские клетки, так и клетки *Langhans's*. Основная ткань узелка пронизана также синцитиальными элементами. Встречаются здесь очаги кровоизлияний, расширенные кровеносные сосуды, окруженные клетками *Langhans's* и синцития. Во многих местах стенки сосудов проедены элементами новообразования; фетальные элементы встраиваются в их просвет. Характер отдельных клеток таков же, что и в первом препарате.

Совершенно иную картину видим мы в кусочке, взятом из места отторгнувшегося узелка. Здесь резко различаются все слои; *stratum germinativum* представлен в несколько рядов, особенно же сильно развит *stratum mucosum*. Сосочки удлинены. Соединительнотканная строма богата клеточными элементами, среди которых немало мелких круглых клеток. Небольшие кровеносные сосуды сдавлены окружающей тканью, лимфатические щели — узки. Плоский многослойный эпителий нарастает со всех сторон, как бы сдавливая соединительнотканную строму, в которой остались только отдельные дегенерированные фетальные элементы с нерезко выраженной протоплазмой и сморщенным ядром.

Особенный интерес представляет гистологическая картина одного из препаратов, где с очевидной ясностью удается проследить, как окружающая злокачественные элементы, соединительная ткань и плоский многослойный эпителий, реактивно усиленно разрастаются, а соединительная ткань становится богатой молодыми клетками, которые вытесняют хориальные элементы; тут же имеются негигабирующие клетки новообразования.

Таким образом гистологическое исследование биопсированных кусочков дало типичную картину злокачественной х.-э., находящейся в стадии самоизлечения.

---

Из Клиники глазных болезней Казанского госуд. медиц. ин-та и Казанского трахоматозного ин-та (директор проф. В. Е. Адамюк).

## Лечение трахомы препаратом *ol. chaulmoograe*.

Ассистентов Р. А. Батарчукова, А. Н. Круглова и интерна А. Б. Коленько.

Лечение трахомы и в настоящее время в основе своей базируется на применении препаратов меди, целебные свойства которой при этом страдании знали еще древние египтяне. Поэтому вполне понятен тот живой интерес, который проявили офтальмологи разных стран к предложению нашей соотечественницы д-ра Delapoe лечить трахому *ol. chaulmoograe*.

*Ol. chaulmoograe* было известно очень давно в Азии, где оно применялось для лечения проказы. В Европе оно появилось приблизительно в 1904 г. и нашло себе широкое применение при лечении сифилиса и проказы. По исследованию проф. Warburg'a *ol. chaul.* может быть