

Н. К. Э. УКРАИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ У. С. С. Р.
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ И РАДИОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ

(LES PROBLÈMES D'ONKOLOGIE)

ЖУРНАЛ, ПОСВЯЩЕННЫЙ ИЗУЧЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ И БОРЬБЫ С НИМИ

В × Т × О × Р × О × Й × × Г × О × Д × × И × З × Д × А × Н × И × Я

В ЖУРНАЛЕ СЛЕДУЮЩИЕ ОТДЕЛЫ:

1. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ, 2. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ, 3. КЛИНИЧЕСКИЙ,
4. РАДИОЛОГИЧЕСКИЙ, 5. ОТДЕЛ СОЦИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И СТАТИСТИКИ, ОБЗОРЫ, РЕФЕРАТЫ, РЕЦЕНЗИИ

Журнал выходит 4 раза в год отдельными книжками по 6 печатных листов каждая

Редакционный совет:

проф. А. И. Абрикосов проф. А. А. Кронтовский проф. А. В. Репрев
проф. П. А. Герцен проф. М. И. Лифшиц проф. Г. И. Хармандарьян
Д. И. Ефимов проф. Н. Н. Петров

Секретарь редакции д-р Б. М. Варшавский

Редакционная коллегия:

проф. А. И. Абрикосов, Москва
прив.-доц. А. В. Айзенштейн, Москва
проф. И. Л. Брауде, Москва
проф. В. Д. Брант, Харьков
д-р Г. Г. Бергман, Киев
проф. П. А. Герцен, Москва
проф. А. И. Гейманович, Харьков
Д. И. Ефимов, Харьков
прив.-доц. Н. С. Звоницкий, Москва
проф. С. И. Златогоров, Харьков
проф. Я. В. Зильберберг, Одесса
проф. А. А. Кронтовский, Киев
прив.-доц. Г. Э. Корицкий, Москва
проф. М. И. Лифшиц, Харьков
академик Н. Ф. Мельников-Разведенков, Харьков
проф. А. В. Мельников, Харьков
проф. М. И. Неменов, Ленинград
проф. Н. Н. Петров, Ленинград
проф. Г. Ф. Писемский, Киев
проф. Б. Г. Пржевальский, Харьков
проф. А. В. Репрев, Харьков
проф. Н. Н. Скробанский, Ленинград
проф. М. М. Тизенгаузен, Одесса
прив.-доц. С. Р. Френкель, Москва
проф. Г. И. Хармандарьян, Харьков
проф. Г. В. Шор, Ленинград
проф. М. М. Шульгин, Харьков
проф. С. А. Эрлих, Харьков

Открыта подписка на 1929 г.

ПОДПИСНАЯ ЦЕНА: на год 6 рублей, на полгода 3 руб. 50 коп.
Допускается рассрочка платежа: 3 руб. при подписке и 3 руб. к 1 июля 1929 г.
В отдельной продаже стоимость одного номера—2 рубля.

Оригинальные статьи обязательно снабжаются автором кратким авторефератом на одном из иностранных языков (французский, немецкий, английский).

Статьи принимаются только напечатанными на машинке. Редакция оставляет за собой право сокращать статьи.

Статьи просим направлять по адресу: гор. Харьков, Пушкинская улица, № 53 Украинский Государственный Рентгенологический и Радиологический Институт, редакции журнала „Вопросы Онкологии“.

L'ADRESSE DE LA RÉDACTION: R. S. S. U Kharkoff, 53, Rue Pouchkinskaja, Roentgen et Radiuminstitut.

Подписку и денежные переводы направлять по адресу: Всеукраинское Медицинское Издательство „Научная Мысль“ Харьков, ул. Свободной Академии 6/8

Пролетарии всех стран, соединяйтесь!

НАРОДНЫЙ КОМИССАРИАТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР

П 17
20

ПОСВЯЩАЕТСЯ 10-летию
СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА УКРАИНЕ

Гос. Публ. Б-ка Лигр
Нац. Мен.
Обяз. энз. 1929.

ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ

ПЕРИОДИЧЕСКИЙ ОРГАН,
ПОСВЯЩЕННЫЙ ИЗУЧЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Проф. А. И. Абрикосов,
Проф. П. А. Герцен,
Д. И. Ефимов,
Проф. А. А. Кронтовский,
Проф. М. И. Лифшиц,
Проф. Н. Н. Петров,
Проф. А. В. Репрев,
Проф. Г. И. Хармандарьян
Секретарь Редакции—
Д-р Б. М. Варшавский.

COMITÉ de RÉDACTION:

Prof. A. Abrikossoff,
Prof. P. Gerzen,
D. Efimoff,
Prof. A. Krontovsky,
Prof. M. Lifschitz,
Prof. N. Petroff,
Prof. A. Repreff,
Prof. G. Charmandarjan
Secrétaire de la Rédaction
D-r B. Varchavsky.

ТОМ I
КНИГА 4
1928

ИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУЧНАЯ МЫСЛЬ»
УЧР. НАРКОМЗДРАВОМ УССР

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.		Page
К 10-ти летию советской медицины на Украине	281	Dix ans ger Médecine Soviétique en Ukraine	281
А. А. Кронтковский и М. А. Магат. Трансплантация и эксплантация при изучении стойкости злокачественных тканей по отношению к кратковременному повышению кислотности среды	284	A. Krontovsky. et M. Magat. Transplantation et explantation en l'étude de séstancedu tissu malin à l'augruentution d'acidose passagere	284
А. М. Антонов. О влияние некоторых веществ на рост и прививаемость карциномы Flexner-Jobling'a	292	A. M. Antonoff. L'influence de quelques substances sur la croissance et inoculabite du cancer Flexner-Jobling	292
✓ П. М. Кокорин. Патологическая анатомия рака матки и причины смерти больных	296	P. Kokorin. Anatomie pathologique du cancer d'uterus et les causes de mort des malades	296
✓ С. А. Минц. Клиника и хирургическое лечение рака шейки матки.	304	S. Mintz. Clinique et traitement chirurgical de cancer colli uteri	304
✓ Г. А. Либерман. Способы и результаты лечения лучистой энергией рака матки	316	G. Liberman. Les methodes et resultats du traitement des cancers l'utérus par le radiations	316
Б. К. Розенцвейг. Рентгено и радиотерапия рака нижней губы.	324	B. Rosenzveig. Roentgen et radium-therapie de cancer de la levre inferieure	324
Б. О. Изакоп. Современная клиника злокачественных образований матки	337	B. Isakson. La clinique contemporaine de neoplasmes malignes d'uterus	337
Н. О. Морозовский. Опыт изучения распространения рака на Украине	345	N. Morosovsky. Essai d'étude de propagation du cancer en Ueraïne.	345
Случай из практики	356	Cas de pratique	356
Б. Милонов. Рецензии о книге Heidenhain'a	357	B. Milonoff. Critique d'un ouvrage de Heidenhain	357
Рефераты	359	Analyses	359
Хроника	372	Chroniques	372

ДЕСЯТЬ ЛЕТ СОВЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ В УССР

Рабоче-крестьянская общественность, органы здравоохранения, все медико-санитарные учреждения вместе с громадной армией работников медико-санитарного дела празднуют сейчас и подводят итоги десятилетней упорной и напряженнейшей работы по оздоровлению труда и быта республики трудящихся. Советское здравоохранение, рожденное в буре революционных событий, в разгар империалистических интервенций и гражданской войны, проделало вместе со всей республикой все этапы развития нашего социалистического отечества. Вначале вместе с борющимся рабочим классом все внимание органов здравоохранения было сосредоточено на борьбе со всеми врагами революции внешними и внутренними; после победы на этом фронте, где роль медицинской организации и медработников была одной из ответственных, тяжелых и в то же самое время почетных, все усилия органов здравоохранения, руководимых единым центром (НКЗдравом), были направлены на восстановление разрушенного народного хозяйства, на создание максимально благоприятных условий для сохранения и восстановления творческой ценности — рабочей силы республики. Далее после восстановления народного хозяйства армия медработников рука об руку с рабочим классом занялась вопросом реконструкции социалистического хозяйства, вопросом индустриализации страны, вопросами культурной революции и т. д. и т. д. Нет ни одного мероприятия в нашей республике, которое проходило без участия органов здравоохранения и без влияния последних в направлении как оздоровления существующих, так и создания здоровых условий в проектируемых предприятиях, хозяйствах, учреждениях и иных общественных и государственных мероприятиях, связанных с социалистическим строительством. Только единство советской медицины, только широчайшее вовлечение рабоче-крестьянских масс, только активное участие самих работников здравоохранения, обеспечили и обеспечивают наши достижения и успехи на ниве народного здравоохранения. Много сделано, еще больше работы впереди. Невроятными усилиями, при колоссальных порой непреодолимых как будто бы препятствиях создавалась, строилась новая советская медицинская сеть как широко профилактическая, так и лечебная. Государственность, плановость, четкость политики, связанная с основными директивами партии и советской власти, гарантировали и гарантируют при наших небольших ресурсах максимум достижений. Стоит только окинуть беглым взором нашу узкую область, чтобы на примере мероприятий, проводимых по обслуживанию населения рентгено-радиологической помощью, на примере тех мероприятий, которые проводятся органами здравоохранения в области изучения и борьбы со злокачественными новообразованиями понять основное направление и характер работы нашей здравоохранительской организации.

Квалифицированная медицинская помощь, которая в былое время была исключительным достоянием имущих классов, в условиях диктатуры рабочего класса, является доступной для широчайших слоев населения и, в первую очередь, рабочего так как классовый характер оказываемой нами медико-санитарной помощи

максимально обеспечивает лучшую помощь именно для рабочего класса. Если вообще квалифицированная помощь раньше была мало доступна рабочим и крестьянам, то рентгено-радиологическая помощь, которую к тому же оказывали по преимуществу частно-практикующие врачи, была недостижима для трудящихся. Только после Октябрьской революции, когда частные кабинеты были в громадной части национализированы, только после того как государство все наличное рентгеновское оборудование сумело использовать по прямому назначению в интересах больных и своими мероприятиями открыло в таинственные кабинеты доступ для рабочих и крестьян, рентгеновская помощь превратилась во всеобщее достояние трудящихся. В 1918 году вся украинская сеть состояла из 48 рентгеновских кабинетов по преимуществу старых индукторов, часть которых использовывалась для военных целей различными организациями царского времени. Через 10 лет на той же территории мы имеем 195 кабинетов, состоящих по преимуществу из нового типа аппаратуры и принадлежащих государству и общественным организациям. Резко изменился тип учреждений, на ряду с отдельными рентгеновскими кабинетами. Советская Украина обладает сейчас рядом крупных учреждений окружного типа, как например Сталинская, Артемовская, Полтавская и другие окружные станции, представляющие, из себя фактически рентгеновские институты местного масштаба, а также три института, имеющими общереспубликанское значение, из коих два имеют общесоюзное значение, к последним относятся государственные рентгено-радиологические институты в Харькове и в Киеве. Для характеристики работы рентгено-радиологической сети можно привести динамику работы одного из институтов, работы, которая в аналогичной форме проводится как институтами, так и всей остальной сетью рентген-учреждений. Украинский Государственный Рентгено-Радиологический Институт начал функционировать в 1921 году (Киевский в том же году, а Одесский несколько позже).

Представляя из себя высококвалифицированные научно-практические учреждения, институты строились с широко задуманным планом, охватывающим все стороны рентгено-радиологической помощи. В них сосредоточена лучшая современная рентгеновская аппаратура, имеется определенное количество радия, выделены специальные коечные отделения, предназначенные для лечения и изучения злокачественных новообразований, обеспечена в достаточной мере экспериментальная научная работа наличием биологического и физического отделений, ведется интенсивная теоретическая проработка различных вопросов, идет подготовка новых кадров специалистов и оказывается широкая практическая медицинская лечебная и диагностическая помощь населению. Так, например, Украинский Госуд. Рент. и Рад. Институт отпустил по годам следующее количество рентгеновских единиц:

1921-22	22-23	23-24	24-25	25-26	26-27	27-28
2.062	6.007	7.226	13.236	20.767	22.130	28.470

Вся помощь оказывается бесплатно. Весь контингент больных составляют рабочие и крестьяне. Новая нарождающаяся буржуазия, так называемые непмановские элементы, имеют крайне незначительный доступ и представляют совершенно случайный элемент в общей массе больных, обслуженных институтом.

Клиническое отделение института за время от 1924 по 1928 год 1.972 человек, из коих застрахованных 1.259 и крестьян 713. Эти цифры блестяще характеризуют тот контингент, который обслуживается институтом, такое же положение в смысле контингентов имеет место во всех остальных институтах и учреждениях нашей сети. Работа рентгено-радиологической сети теснейшим образом связана также с изучением и борьбой со злокачественными новообразованиями. Эта область работы до революции была совершенно не тронута, в особенности на Украине. Прежде всего все окружные станции призваны оказывать лечебную рентгеновскую помощь указанного типа больным, с другой стороны, три института (Харьков, Киев, Одесса), по заданиям Наркомздрава, являются противораковыми центрами, объединяющими работу в указанном направлении и сосредоточивающими в себе все мероприятия по изучению и борьбе с опухолями в определенных районах, состоящих из ряда округов. При этих же институтах в текущем году разворачивается работа противораковых диспансеров, в них же ведется разработка статистического материала. Совершенно очевидно, что все наши достижения не могут удовлетворить имеющихся потребностей. Октябрьская революция вызвала к жизни массу новых потребностей, дала мощный толчок для культурного развития масс и рост запросов к органам здравоохранения со стороны рабочих и крестьян идет гораздо быстрее, чем финансовые материальные возможности удовлетворения их у органов здравоохранения. Вот почему мы теперь остро ощущаем эту диспропорцию: с одной стороны, ограниченные средства (которые по сравнению с тем, что давало царское правительство, по крайней мере, в 4 раза больше), с другой, повышенные запросы. Только дальнейший рост социалистического хозяйства, только решительная индустриализация нашей республики (и всего союза) и поднятие сельского хозяйства, только дальнейшее еще большее напряжение усилий и творческого гения рабочего класса под руководством Коммунистической партии, дадут возможности преодолеть как общие затруднения нашего хозяйственного роста, так и частные затруднения имеющие место в области здравоохранения. Мы подводим десятилетний итог, зная все свои положительные стороны и ни на одну минуту не забывая наших недостатков и недочетов. Мы уверены, что при условиях мирного существования, к чему неуклонно стремится политика, проводимая советской властью, единая, спаянная, крепкая организация здравоохранения нашей республики при активном участии масс и профессиональных органов сумеет с достоинством выполнить и далее возложенные на нее задачи и оправдать доверие рабоче-крестьянских масс и советского государства.

Редакция

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ И ЭКСПЛАНТАЦИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ СТОЙКОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ТКАНЕЙ ПО ОТНОШЕНИЮ К КРАТКОВРЕМЕННОМУ ПОВЫШЕНИЮ КИСЛОТНОСТИ СРЕДЫ

А. А. КРОНТОВСКИЙ и М. А. МАГАТ

(Из Ракового отделения Гос. Рентген. Института в Киеве)

К числу вопросов, наиболее энергично разрабатываемых экспериментальной онкологией, принадлежит и вопрос о сравнительной стойкости злокачественных и нормальных тканей по отношению к различным вредным воздействиям. Интерес к этому вопросу поддерживается надеждой обнаружить такие качественные или хотя бы количественные различия в свойствах нормальной и злокачественной клетки, которые могли бы послужить основанием для терапевтических попыток. Но и совершенно независимо от этого необходимость систематического изучения различных свойств злокачественных тканей не подлежит, разумеется, никакому сомнению.

В последнее время А. Fischer, подводя итоги ряду своих работ в этой области, приходит к общему заключению, что злокачественные клетки, будучи вооружены некоторыми особыми биологическими преимуществами в их конкуренции с нормальными тканями, обнаруживают зато и меньшую сопротивляемость различным вредным воздействиям. В частности, Fischer полагает, на основании своих опытов с чистым штаммом *in vitro* раковых клеток из Ehrlich'овской аденокарциномы белых мышей, что злокачественные клетки более чувствительны к подкислению среды, в которой они растут, чем, например, нормальные фибробласты (хотя разница в этом отношении небольшая и чисто количественная): фибробласты (из „вечного штамма“, полученного из сердца куриного зародыша) еще обнаруживают некоторый непродолжительный рост в среде с $pH=5,9$, тогда как раковые клетки уже не растут в этой среде.

Эти опыты Fischer'a примыкают по экспериментальным условиям к тем опытам Lewis'a и Felton'a, Fischer'a и др. с культурами из нормальных тканей, в которых подкислялась среда, вследствие чего ткани подвергались длительному воздействию измененной концентрации Н-ионов и вся жизнь и рост тканей должны были протекать в кислой среде.

С нормальными тканями был осуществлен и другой тип опытов—ткани подвергались *in vitro* кратковременному воздействию изотонических растворов (буферных смесей) с различной концентрацией водородных ионов, а затем кусочки тканей культивировались в нормальных средах, в которых могут еще выравниваться обратимые изменения (Кронтовский и Радзимовская). Подобная постановка опытов интересна и в том отношении, что она дает возможность—особенно, если производить опыты с перевиваемыми опухолями—проследить дальнейшую судьбу тканей, подвергшихся временному воздействию измененной концентрации Н-ионов, как вне организма—при экплан-

тации тканей, так и в самом организме—при трансплантации и соответствующим образом обработанных кусочков опухолей.

Последнего рода опыты мы производили в течение последних лет (начиная с 1925 года). В частности—мы определяли предельную концентрацию Н-ионов, уничтожающую перевиваемость ткани ряда опухолей при получасовом воздействии на прививной материал *in vitro*¹ изотонических растворов (буферных смесей) разной кислотности. Многочисленные опыты, поставленные с разными перевиваемыми опухолями разных животных (карцинома белых мышей штамма № 8, любезно предоставленного нам проф. Н. Н. Петровым, которому мы и приносим нашу глубокую благодарность и „Франкфуртского штамма“ Ehrlich'a, крысиная саркома штамма Jensen'a, крысиная карцинома Flexner-Jobling'a, саркома кур типа сарком Rous'a, полученная Fischer'ом действием мышьяка *in vitro*—за предоставление этих опухолей в наше распоряжение мы приносим глубокую благодарность Alb. Fischer'у и Н. Laser'у) и с различными изотоническими буферными смесями²—дали весьма сходные результаты. Как и следовало ожидать, исход опыта зависел не только от концентрации водородных ионов, но и от других ионов, *resp.* молекул, входивших в состав буферной смеси. Так, например, изотонические уксуснокислые смеси оказались значительно ядовитее молочнокислых смесей с тем же водородным числом. Для ряда опухолей граница выживания (при получасовом воздействии *in vitro* при комнатной температуре) лежит в молочнокислых смесях между $pH=4,4$ и $pH=4,1$ (прививаемость еще сохраняется при $pH=4,4$ и уже исчезает при 4,1) в уксуснокислых—между $pH=5,0$ и $pH=4,7$.

Мы учитывали, разумеется, и степень измельчения материала во время его обработки кислыми смесями; чаще всего обработке подвергались кусочки около 1 мм в поперечнике (до 1 мм имеют кусочки, обычно применяемые нами для эксплантации; при трансплантации применялись и большие кусочки—в 2-3 мм в поперечнике). Но наряду с этим мы ставили аналогичные опыты и с тонкой мезгой из опухолей, полученной протираньем через т. н. „шелковую“ медную сетку—и в этих опытах, в которых недостаточное проникновение кислой смеси в толщу кусочка опухоли является исключенным, мы получили в общем те же границы выживания (ср. ниже об опытах с „Франкфуртским штаммом“ Ehrlich'a).

Не останавливаясь на ряде деталей и не приводя здесь протоколов опытов, отметим, что сходство в отношении границы выживания между карциномами и саркомами разных животных оказалось почти полным; несколько более легкую повреждаемость обнаруживают, повидимому, крысиные опухоли (штамм Jensen'a и особенно Flexner-Jobling'a), но и здесь упомянутая граница— $pH=4,4$ в молочнокислых смесях—остается на месте: наблюдается только меньший процент прививаемости и замедление роста в первые недели по мере приближения к этой границе. Обе приведенные пограничные цифры ($pH=4,4$ для молочнокислых, $pH=5,0$ для уксуснокислых смесей) дают поразительное совпа-

¹ Часть этих опытов доложена на Всесоюзном Съезде патологов в Киеве в сентябре 1927 года.

² Изотоничность этих смесей неоднократно проверялась в нашей лаборатории посредством криоскопии.

дение с данными аналогичных опытов, произведенных прежде одним из нас и Радзимовской (Кронтовский и Радзимовская, Радзимовская), в которых получасовой обработке буферными смесями подвергались кусочки нормальной ткани (селезенки кролика) перед эксплантацией: предел роста в культурах нормальных фибробластов и эмиграции амебодных клеток соответствует тем же значениям рН в разных буферах¹. Другой из нас (Магат), изучая набухание в воде кусочков нормальных и раковых тканей после получасовой обработки теми же буферными смесями, показал, что чем больше повреждена ткань, тем меньше ее набухание в воде (явление—аналогичное, повидимому, отсутствию деплазмолы у поврежденной растительной клетки), и при определенной концентрации Н-ионов в смеси достигается minimum последующего набухания: этот minimum лежит также при рН около 4,4 для молочнокислых и около 5,0 для уксуснокислых смесей, и притом как для ткани ряда опухолей, так и для нормальных тканей (например, печени кролика).

Таким образом, разнородные опыты дали одинаковые результаты и показали, что в отношении сопротивляемости кратковременному воздействию повышенной кислотности существенной разницы между нормальными и злокачественными клетками нет. Отметим еще, что наиболее тщательно нами исследовался как-раз тот самый „Франкфуртский штамм“ мышинной карциномы, с которым проведена цитированная выше работа А. Fischer'a. Эта весьма вирулентная опухоль оказалась единственной из исследованных нами, которая иногда давала рост и после воздействия еще более кислых смесей, чем указано (например, после молочнокислого буфера с рН=4,1, уксуснокислого с рН=4,7); это было в тех случаях, когда мы обрабатывали смесями кусочки больших размеров—до 2—3 мм в поперечнике. Когда же мы производили прививки тонкой мезгой, протертой через т. н. „шелковую“ медную сетку (и взвешенной в Ringer'овской жидкости), предварительно обработав буферными смесями мезгу,—получались обычные, указанные выше границы выживания. Приходится допустить, что в первом случае могли сыграть роль клетки, случайно уцелевшие в центре кусочка.

Разумеется, между нашими опытами и опытами Fischer'a нет прямого противоречия: мы имели дело с повреждением клеток, быстро изменившим их коллоидно-химическую структуру, но воздействия длились всего полчаса и затем клетки попадали в нормальную среду, Fischer же изучал воздействия меньшей интенсивности, но продолжавшиеся в течение всего опыта, так что клетки должны были жить в кислой среде; весьма возможно, что в этом случае самый механизм воздействия был совершенно иным (можно бы думать о неблагоприятных условиях для обмена веществ, например, о задерживающем влиянии, которое повышение кислотности оказывает на гликолиз раковой клетки, и т. п.).

¹ Отметим, между прочим, что морфологические изменения в клетках происходят уже при значительно меньших изменениях кислотности—см. особенно работы Румянцева об изменениях цитоплазматических структур, тот же автор в своей последней работе расширяет границы, особенно в кислую сторону, и приводит пример выживания культур после получасовой обработки раствором с рН=4,7 (Румянцев и Колпакова).

Для наших сравнительных опытов определения жизнеспособности ткани посредством последующей трансплантации и эксплантации в качестве объекта мы предпочли Jensen'овскую крысиную саркому аденокарциноме мыши, с которой работал Fischer, так как эта саркома растет в культурах очень хорошо, давая в короткий срок—обычно уже через 12—16 часов после эксплантации—равномерную, густую зону из фибробласто-подобных и амебодных элементов. По размерам зона роста, как это является правилом в культурах из злокачественных новообразований, уступает культурам из эмбриональных тканей, например, из фибробластов куриного зародыша, которые служили Fischer'у объектом для сравнения.

Для эксплантации мы пользовались гетерологической средой из куриной плазмы пополам с куриным эмбриональным соком, разведенным вдвое¹. Саркома Jensen'a растет в этой среде отнюдь не хуже, чем в среде с крысиной плазмой, не раздражает ее, и дает культуры, удобные для количественного учета роста по методу Ebeling'a (зарисовывание при помощи проекционного аппарата контура только что эксплантационного кусочка, и контура периферии разросшейся в течение 2 или 3 дней культуры, измерение плайметром площади первоначально эксплантационного кусочка и всей площади выросшей культуры; вычисление отношения новообразованной зоны к первоначальному кусочку).

Материал для опытов обоого рода—с трансплантацией и эксплантацией—брался одинаковый, из периферических, свободных от некроза частей опухолей Jensen'a, на 10—15 день после прививки, и подвергался совершенно одинаковой обработке—одинаковые кусочки погружались на 1/2 часа в стерильные изотонические молочнокислые смеси при комнатной температуре (16°—18°С); в этих опытах и для трансплантации мы пользовались не кусочками обычных размеров, а значительно меньшими, около 1 мм. в поперечнике, так как именно такие кусочки применялись и для эксплантации; материал подвергался обработке молочнокислыми буферными смесями в измельченном, готовом для эксплантации и трансплантации виде. Из кусочков, подвергавшихся воздействию разной степени кислотности, готовились, с одной стороны, серии культур обычного типа (на покровных стеклах, по типу висячей капли, с другой—такие же кусочки прививались троакаром под кожу спины белых крыс.

В приведенных таблицах (см. табл. I и II) представлены результаты двух опытов с трансплантацией.

Контрольные кусочки находились все время до прививки в Ringer'овской жидкости (рН=7,4).

Цифры, стоящие рядом с проекцией контуров опухоли, указывают наибольший диаметр опухоли см (измерение толстымным циркулем: — проекции даются в уменьшении прил. в 10 раз).

Таблица I

		Ч е р е з			
		7 дней	14 дней	21 день	30 дн
Контроль (Ringer)	1	• 0.8	• 2.2	• 3.5	• 4.5
	2	• 0.7	• 2.0	• 3.5	• 5.0
	3	• 1.0	• 2.5	• 4.5	• 6.0
	4	• 0.6	• 1.8	• 3.0	• 4.5
рН=4.1	1	±	• 0.5	• 1.8	• 1.8
	2	±	• 0.7	• 2.5	• 4.0
рН=4.4	1	±	• 0.2	±	0
	2	0	0	0	0
рН=4.1	1	0	0	0	0
	2	0	0	0	0
рН=3.8	1	0	0	0	0
	2	0	0	0	0

¹ Необходимо напомнить, что Fischer ведет свой штамм раковых клеток in vitro также в гетерологической среде.

Таблица II

		Ч Е Р Е З		
		7 ДНЕЙ	17 ДНЕЙ	26 ДНЕЙ
рН = 5.0	1	• 0.3	• 2.0	• 5.0
	2	• 0.4	• 1.2	• 3.0
	3	• 0.4	• 1.8	• 4.0
	4	• 0.5	• 2.5	• 6.0
рН = 4.7	1	±	• 0.7	• 2.8
	2	±	• 0.7	• 1.5
	3	± 2	• 0.2 на 11 ^й день погибла	• 1.6
	4	0	• 0.3	• 1.6
рН = 4.4	1	0	0	0
	2	0	±	• 0.5
	3	0	0	0
	4	0	• 0.25	• 2.2

Как видно из приведенных таблиц, саркома Jensen'a обнаруживает при трансплантации после кратковременного воздействия кислых смесей обычную для молочнокислого буфера границу выживания—рН=4.4. Уже упомянутой особенностью этой опухоли

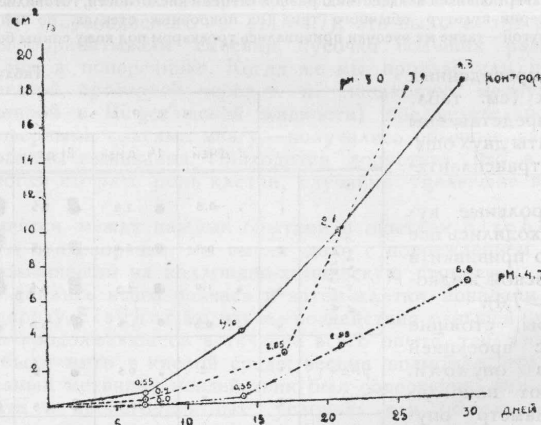


Рис. 1. Скорость роста саркомы при трансплантации после 1/2 часового воздействия in vitro кислых смесей

по сравнению, напр., с мышинными карциномами является очень слабый рост и сильно пониженный процент прививаемости при этой пограничной концентрации Н-ионов; несколько меньшие кислотности — уже рН=4,7 — дают 100% прививаемости, как и контроль; скорость роста трансплантатов, обработанных кислыми

смесями (рН=5,0 и 4,7) вначале заметно отстает от контроля, но затем разница сглаживается и опухоли могут достигать обычных громадных размеров и убивают животное. Кривые роста во времени представлены на рис. 1 (абсциссы—время; ординаты—средние величины произведения двух наибольших измерений проекции из разных опытов).

Иную границу жизнеспособности обнаружила ткань саркомы в наших опытах с эксплантацией. Результаты ряда опытов, поставленных в разное время, были вполне сходными. Приводим результаты трех опытов. На табл. III приведены данные по измерению роста в отдельных культурах каждой серии, на табл. IV и V—только средние цифры (для краткости). Цифры—индекс Ebeling'a (отношение площади новообразованной зоны к площади первоначально эксплантированного кусочка; измерения производились на 3 день роста).

Опыт 2-XI с эксплантацией кусочков саркомы после получасового воздействия

Таблица III

	Рост (индекс Ebeling'a)		Примечания
	1	2	
Контроль (Ringer)	1	4.70	Густые зоны роста, с фибробластоподобными и амёбными элементами
	2	3.04	
	3	5.08	
	Сред.	4.27	
рН = 5.2	1	2.96	Густые зоны роста, с элементами обоего рода
	2	1.16	
	3	2.55	
	4	2.28	
	5	2.43	
	6	0.54	
Сред.	1.98		
рН = 5.0	1	+	В одной культуре выращивание единичных „фибробластов“, в остальных—никаких признаков роста
	2	0	
	3	0	
	4	0	
	5	0	
	6	0	
рН = 4.8	1	0	Никаких признаков роста
	2	0	
	3	0	
	4	0	
	5	0	
	6	0	

Опыт 27-IX (средние цифры)

Таблица IV

	Рост (индекс Ebeling'a)	Примечания
Контроль	5.1	4 культуры, густые зоны роста
pH = 5.3	2.85	3 растущих культуры
pH = 4.7	0	5 культур — никакого роста
pH = 4.3	0	4 культуры — никакого роста

Опыт 4-X (средние цифры)

Таблица V

	Рост (индекс Ebeling'a)	Примечания
Контроль	3.54	4 культуры
pH = 5.3	1.87	4 культуры
pH = 5.0	+	В 2 культурах из 6 — рост отдельных клеток
pH = 4.7	0	6 культур без признаков роста
pH = 4.4	0	4 культуры без признаков роста

Как видно из приведенных данных, после обработки pH=4,7 и 4,8 и ниже ни одна из многочисленных культур не обнаружили роста. В очень редких случаях слабый рост (вырастание одиночных клеток) дали культуры кусочков, обработанных pH=5,0. Напротив, после обработки pH=5,3 и 5,2 рост культур немногим уступал контролю. Таким образом, после кратковременной обработки молочнокислыми смесями, самая крайняя граница, после которой кусочки в тканевых культурах еще обнаруживали рост, наметилась вполне определенно при pH=5,0.

Результаты опытов с установлением жизнеспособности саркомы путем трансплантации и эксплантации сходны в общем в том, что после 1/2 час. воздействия смесей с pH=5 и выше — получается ясный рост ткани как в организме, при pH=4,1 и меньше — результаты в том и в другом случае отрицательны. С другой стороны, после pH=4,4 или 4,7 трансплантация еще дает положительные результаты, в тк. культурах роста при указанных условиях обнаружить не удается. Таким образом, приве-

денные опыты показывают, что в тканевых культурах действие перенесенного повышения кислотности легче приводит злокачественные клетки к гибели, чем при перевивке животному, хотя в последнем случае трансплантату приходится преодолевать сопротивление защитных сил организма.

В виду того, что в опытах трансплантации ослабленного материала нередко явный рост опухоли наступает со значительным запозданием (как это видно и из приводимых нами протоколов), мы в дальнейшем предпринимаем опыты для выяснения того, не удастся ли в эксплантатах, обработанных более кислыми смесями, обнаружить рост при более продолжительном культивировании (пассажи или многократная смена среды в чашках Carell'a), а также установить наличие жизни (обмена веществ) при отсутствии роста¹.

Каковы бы ни были причины этой вышеуказанной хрупкости злокачественных клеток в тканевых культурах, указанное обстоятельство необходимо учитывать при оценке опытов с культурами из опухолей, предпринятых для сравнительного изучения действия вредных влияний на нормальные и злокачественные клетки. Так совокупность всех наших опытов с трансплантацией и эксплантацией приводит к выводу, что злокачественные клетки не уступают нормальным по сопротивляемости кратковременному повышению кислотности. Между тем, если бы мы ограничились учетом опытов с тканевыми культурами, пришлось бы заключить, что раковые клетки гораздо чувствительнее к этому вредному веществу (как это и принимает Fescher в отношении длительного воздействия подкисления среды на основании своих опытов с культурами): нормальные клетки в культурах обнаружили границы остановки роста, лежащие значительно дальше в кислую сторону. Мы не решаемся придать значение этому обстоятельству, так как при трансплантации раковые клетки дают в общем те же границы, что нормальные ткани в культурах.

Выводы.

1) После кратковременного (в течение 1/2 часа) воздействия изотоничных молочнокислых буферных смесей на маленькие кусочки опухолей клетки перевиваемой крысиной саркомы штамма Jensen'a оказались всегда жизнеспособными — устанавливалась ли жизнеспособность путем трансплантации или путем эксплантации, — при pH 5.0 (и выше) и, наоборот, никогда не обнаруживали признаков роста при pH ниже 4.4.

2) Первая из указанных границ (pH около 5.0) — получена в опытах с обычной (простой) эксплантацией, вторая (pH=4.4) в опытах с трансплантацией.

3) В тканевых культурах влияние перенесенных вредных воздействий легче приводит клетки саркомы к гибели, чем при перевивке их животному.

4) На основании всех данных можно думать, что злокачественные клетки не уступают нормальным по сопротивляемости кратковременному повышению кислотности.

¹ Можно, напр., предположить, что сильно измененная периферия эксплантационного после воздействия кусочка не дает возможности прорасти отдельным уцелевшим клеткам и т. п.

О ВЛИЯНИИ НЕКОТОРЫХ ВЕЩЕСТВ НА ПРИВИВАЕМОСТЬ И РОСТ КАРЦИНОМЫ Flexner—Jobling'a

(Из Онкологического Института Ленинградского Обл. Здраводела
Директор проф. Н. Н. Петров)

Д-р А. М. АНТОНОВ

Перед нами была задача — определить влияние некоторых веществ на степень и быстроту прививаемости карциномы.

Для этой цели было взято 50 крыс в возрасте 1½—2 месяцев и 40 крыс взрослых—в возрасте 1—1½ лет. Все 90 крыс были разбиты на 9 групп по 10 крыс в каждой, на которых поставлены следующие опыты:

Первой группе молодых крыс подкожно вводился мышьяк по 0,3 куб. см. разведения 1:5.000. Первое впрыскивание мышьяка было сделано до прививки опухоли, а 3 последующие впрыскивания делались в таком же количестве по 1 разу в неделю.

Второй группе вводилась также под кожу по 0,5 куб. см. 5% китайская тушь на физиологическом растворе: до и после прививки по 1 разу.

Третьей группе впрыскивался 0,1% раствор индола по 0,5 куб. см. Первое впрыскивание производилось до прививки опухоли, затем вводилась опухоль, а после того впрыскивался индол еще 3 раза.

Четвертой группе вводился каменно-угольный деготь по 1 капле (0,1), один раз до прививки и раз после прививки опухоли.

Пятой группе—контрольной—вводилась только опухолевая эмульсия в количестве 0,5 куб. сан.

Шестой группе—с этой группы начинают взрослые крысы—вводился мышьяк в том же разведении, что I группе, по 1 куб. сан. дважды до прививки опухоли и 4 раза после прививки опухоли в продолжение 2 недель.

Седьмой группе дважды впрыскивалась 5% китайская тушь на физиологическом растворе по 1 куб. с.

Восьмой группе впрыскивался 0,1% раствор индола по 1 куб. см. дважды до прививки опухоли и 4 раза после прививки опухолевой ткани в течение 2 недель.

Девятой группе вводился каменно-угольный деготь по 1 капле (0,1) дважды: до и после прививки опухоли.

Впрыскивание всех веществ производилось под кожу на левой боковой поверхности туловища. На той же стороне прививалась и опухоль. Последняя вводилась в виде 20% эмульсии карциномы Flexner—Jobling'a в количестве 0,5 куб. с. Всем 9 группам опухоль была привита в 3 приема: 1-2 группе от одной опухоли; 3, 4 и 5—от второй опухоли и 6, 7, 8 и 9 группам от 3 опухоли. Опухоли брались одной и той же генерации от крыс приблизительно одинакового возраста. Со времени прививки опухоли крысы первых 5 групп жили по 3 недели, последних 4 групп—4 недели, после чего они убивались, взвешивались целиком вместе с опухолью, а затем взвешивались отдельно вылушенные опухоли. Отношение веса опухоли к весу крысы, являясь показателем роста опухоли, определялось в процентах. Также процентами обозначалось

среднее отношение веса опухоли к весу тела крыс и степень прививаемости опухолевой ткани в отдельных группах. Вылушенные опухоли микроскопировались, при чем морфологического различия опухолей различных групп не обнаружено.

Результаты опытов таковы.

В опыте № 1 (молодые крысы, мышьяк) скоро одна за другой погибли 3 крысы, у оставшихся 7 крыс опухоль привилась у всех. При чем уже на 12 день прощупывались опухоли величиной от чечевицы до горошины у всех 7 крыс. Процентные отношения веса опухолей к весу крыс и степень прививаемости опухоли видны из ниже приводимой таблицы.

№№ по рядку	Вес крыс	Вес опухолей	Отношение веса опухолей к весу крыс в %	Степень прививаемости	Среднее отношение веса опухоли к весу тела крыс
1	90,0	1,24	1,37		
2	90,0	0,33	0,36		
3	98,0	0,94	0,96		
4	62,0	1,30	2,09	100%	2,36%
5	52,0	1,14	2,19		
6	112,0	2,60	2,32		
7	97,0	6,66	6,86		

В опыте № 2 (молодые крысы, тушь) 2 крысы погибли вскоре после прививки опухоли от пневмонии; из 8, доживших до конца опыта, 2 крысы имели опухоли, которые начали прощупываться через 14 дней после прививки. Ниже приводимые цифры указывают в процентах на степень прививаемости и рост опухолей.

№№ по рядку	Вес крыс	Вес опухолей	Отношение веса опухолей к весу крыс в %	Степень прививаемости	Среднее отношение веса опухоли к весу тела крыс
1	95,0	1,33	1,40	25%	1,66%
2	65,0	1,32	2,03		

В опыте № 3 (молодые крысы, индол) из 8 оставшихся крыс опухоли выросли у 3; опухоли прощупывались через 12 дней после прививки. Приводимая ниже таблица указывает на проценты прививаемости и рост опухоли.

№№ по рядку	Вес крыс	Вес опухолей	Отношения веса опухолей к весу крыс в %	Степень прививаемости	Среднее отношение веса опухоли к весу тела крыс
1	128,0	1,60	1,25		
2	76,0	0,44	0,57	37,5%	1,32%
3	75,0	1,64	2,18		

В опыте № 4 (молодые крысы, деготь) из 5 дошедших до конца опыта крыс у 3 привились опухоли, которые прощупывались на 15 день после прививки. Прилагаемая таблица указывает на отношение веса опухолей к весу крыс и степень прививаемости в процентах.

№№ по порядку	Вес крыс	Вес опухолей	Отношение веса опухолей к весу крыс в %%	Степень прививаемости	Среднее отношение веса опухоли к весу тела крыс
1	115,0	0,53	0,46		
2	50,0	0,33	0,66	60%	1,24%
3	58,0	1,90	3,27		

В опыте № 5 (молодые крысы, контроль) в 6 случаях из 8 опухоли привились; прощупываться стали через 14 дней после прививки. Весовые отношения в процентах, а также и степень прививаемости видны из прилагаемой таблицы.

№№ по порядку	Вес крыс	Вес опухолей	Отношение веса опухолей к весу крыс в %%	Степень прививаемости	Среднее отношение веса опухоли к весу тела крыс
1	113,0	3,0	2,65		
2	55,0	0,30	0,54		
3	73,0	1,30	1,78	75%	1,55%
4	71,0	1,50	2,11		
5	76,0	0,54	0,71		
6	81,0	0,62	0,76		

В опыте № 6 (взрослые крысы, мышьяк) в 5 случаях из 9 опухоль привилась. Следует отметить, что впрыскивание мышьяка в концентрации 1:5.000 два раза в неделю по 1 куб. сан. отвлекающе действовало на организм, крысы худели, опухоль не росла и лишь после приостановки впрыскивания крысы стали поправляться и опухоль начала расти. Процентные отношения видны из прилагаемой таблицы.

№№ по порядку	Вес крыс	Вес опухолей	Отношение веса опухолей к весу крыс в %%	Степень прививаемости	Среднее отношение веса опухоли к весу тела крыс
1	200,0	5,55	2,77		
2	225,0	2,11	0,93		
3	193,0	1,95	1,01	55,5%	1,46%
4	265,0	1,22	0,46		
5	232,0	5,57	2,40		

В опыте № 7 (взрослые крысы, тушь) ни у одной из 9 крыс опухоль не привилась.

В опыте № 8 (взрослые крысы, индол) в одном случае из 9 опухолей привилась. Весовые отношения в процентах, степень прививаемости видны из следующего:

№№ по порядку	Вес крысы	Вес опухоли	Отношение веса опухоли к весу крысы в %%	Степень прививаемости	Среднее отношение веса опухоли к весу тела крысы
1	290,0	0,27	0,09	11,1%	0,09%

В опыте № 9 (взрослые крысы, деготь) у 3 крыс из 9 опухоль привилась; прощупывались поздно после прививки. Процентные отношения видны из таблицы:

№№ по порядку	Вес крыс	Вес опухолей	Отношение веса опухолей к весу крыс в %%	Степень прививаемости	Среднее отношение веса опухоли к весу тела крыс
1	265,0	0,71	0,26		
2	180,0	0,35	0,19	33,3%	0,18%
3	270,0	0,24	0,08		

При сравнении цифровых данных опытов необходимо учитывать, что на основании этого небольшого материала нельзя сделать окончательных выводов. Однако, ввиду определенной тенденции, которая намечается в степени прививаемости и росте опухолей, мы решаемся высказать, что:

1) Мышьяк дает наибольшую степень прививаемости и среди молодых и среди взрослых крыс. Помимо того, он создает условия для более быстрого роста опухолевой ткани, что явствует из сравнения процентов весовых отношений опухолей к телу крыс в опытах 1—5 и 6—9. Действительно из данных этих опытов видно, что среднее процентное отношение веса опухолей к телу крыс складывалось в пользу мышьяка, как у молодых животных: 2,36% против 1,66, 1,32, 1,24 и 1,55, так и у взрослых: 1,46% против 0,09 и 0,18.

2) Остальные вводимые вещества—деготь, индол и тушь, по сравнению с контрольными, задерживали рост опухолевой ткани.

РАК МАТКИ

1. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ РАКА МАТКИ И ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ

(Из Института для лечения опухолей 1 М.Г.У. Директор проф. П. А. Герцен, заведующий патолого-анатомическим отделением прив.-доц Г. Э. Коридкий, заведующий рентгеновским и радиологическим отделением Прив.-доц. С. Р. Френкель)

Д-р П. М. КОКОРИН

Большой секционный материал случаев рака матки, прошедший через Институт для лечения опухолей за время с 1903 по 1924 год, послужил поводом разобрать его и представить в настоящей работе. За указанный период времени И-т обслуживал большой процент не только иноперабельных, но и инкурабельных больных, которых уже не принимало ни одно лечебное учреждение в виду запущенности заболевания. К сожалению, часть протокольных журналов погибла за переходный период времени. Поэтому цифры, указанные ниже, значительно меньше, чем должны были бы быть в действительности.

В нашем распоряжении имеется 99 случаев рака матки, умерших от этого заболевания. Все эти случаи оперированы не были. Аутопсии произведены прозекторами И-та В. А. Ивановым и Г. Э. Коридким.

Мы различаем раки шейки и тела матки, не придерживаясь классификации Ruge и Veit'a, которые, помимо рака тела матки, различают на шейке рака влагалищной части и цервикального канала. Этой классификации придерживается и Zweifel. Классификация Ruge и Veit'a, не говоря уже о том, что она мало дает клинику, нам кажется затруднительной, т. к. при достаточно разросшейся опухоли нельзя говорить о первичном месте ее возникновения. Макроскопический вид опухоли не является характерным, особенно если принять во внимание, что предшествующее лечение (спринцевание, прижигание, иногда рентген и радий) сопряжено с травматизацией опухоли и изменением ее первоначального вида. Точно так же гистологическое строение опухоли не может служить для отличия раков влагалищной части от цервикального канала, т. к. эпителий шеечного канала имеет большую тенденцию метастазировать в плоский. Точно так же и плоский эпителий влагалищной части — метастазировать в цилиндрический, напр., при эрозиях, на почве которых, как показывает нам материал клиники, часто развиваются раки.

Самой частой формой рака, как увидим ниже, будет плоскоклеточный рак.

Рак тела матки встречается гораздо реже рака шейки; по различным авторам только в 2-12% по отношению к раку шейки; по нашей статистике аутопсий только в 1%. Интересно отметить две особенности для раков тела матки, отмеченные некоторыми авторами (Küstner, Opitz, Груздев и др.), именно — раки тела встречаются в более пожилom возрасте, чем раки шейки и, во-вторых, большой процент их (до 25%) падает на нерожавших, в то время, как для раков шейки имеет большое значение количество родов; так Gusserow высчитывает на каждую больную раком шейки в среднем 5,1 родов. По Weibel'ю (клиника Wertheim'a) на 70 случаев рака тела матки нерожавших было 24%, на 1.500 случаев рака шейки — 5,6%.

Эту особенность Груздев объясняет тем, что часто в основе стерильности женщины лежит воспалительный процесс слизистой матки в форме *endometritis hyperplastica*, который есть не что иное, как диффузная аденома эндометрия. Рак тела матки, который чаще имеет строение аденокарциномы, можно рассматривать развившимся именно из этой аденомы. Orth и Hansemann указали, что длительные гиперплазии создают преинвазивные состояния. Такой же взгляд был высказан на 1 Всероссийском Съезде по борьбе с раковыми заболеваниями Улезко-Строгановой.

По нашему мнению, едва ли этому можно придавать очень большое значение. Так известно, что за последнее время патологическая гистология выяснила, что многие гиперпластические процессы в слизистой матке являются выражением ее функционального состояния, а вовсе не воспалительным процессом. Поэтому если бы гиперпластические процессы способствовали возникновению рака, то последние встречались бы в теле матки безусловно чаще, чем это имеет место на самом деле. Кроме того, переход доброкачественной опухоли в злокачественную вовсе не обязателен.

Теория Conheim'a частоту поражения шейки матки по сравнению с телом объясняет тем, что эмбриональные клетки — очаги будущего новообразования — встречаются чаще в излюбленных местах, именно там, где имеются естественные отверстия организма, так как в этих местах происходит более или менее неправильная инволюция листков бластодермы. Но является совершенно непонятным, каким образом заблудившиеся эмбриональные клетки остаются часто в течение 50 и более лет, где-то скрытыми, в состоянии полного покоя, не проявляя себя ничем и сохраняя громадный потенциал размножения, который затем неожиданно и бурно выявляется. Экспериментальные работы Шпемана и Мангольда значительно подрывают значение теории Conheim'a в учении о возникновении опухоли. Работа Шпемана и Мангольда заключается в том, что они у зародыша в стадии прегаструляции в периоде образования бластопора брали эктодерму (пресумтивную) и пересаживали в глубину, в область развития будущих сегментов. На месте пересадки обнаруживались избыточные митомы, возникшие из пресумтивной эктодермы. Это, как сказано, наблюдалось только в стадии бластулы и ранних стадиях гаструляции. В более поздних стадиях пересаженный кусок развивался уже не по месту пересадки, а давал самостоятельную дифференцировку независимо от места пересадки.

Предрасполагающим моментом к заболеванию раком шейки считают estrogen слизистой цервикального канала вследствие разрыва шейки и воспалительные процессы, т. е. выставляется Вирховская теория раздражения. Bossi утверждает, что в большинстве случаев рак матки возникает из хронических язв и воспалительных процессов шейки и эндометрия. Он полагает, что профилактика состоит в раннем хирургическом лечении доброкачественных заболеваний шейки и полости матки (шеечная пластика, выскабливание). На 7.000 случаев пластических операций на шейке автор не наблюдал ни одного случая развития рака. В настоящее время теория раздражения нашла большую поддержку в дегтярных раках.

Но нужно принять во внимание, что если по частоте возникновения раки матки и, например, желудка занимают первые места, то это может зависеть от того, что в процессе эволюции видов матка, как орган воспроизведения новых особей, и желудок, как

орган сохранения этой особи, имеют универсальное значение, и мы в праве предполагать, что в онтогенетическом развитии человека они будут подвергаться более частым поражениям. Т.-е., другими словами, наряду с внешней причинностью мы не должны забывать внутренних закономерностей развития.

Если мы смотрим на эрозию шейки матки в пожилом возрасте, как на заболевание „преканкроезное“, требующее оперативного вмешательства, то это, главным образом, потому, что такую эрозию иногда трудно отличить от раковой язвы не только клинически, но и под микроскопом, а кроме того мы никогда не забываем, что шейка матки занимает одно из первых мест среди раковых заболеваний.

Макроскопически рак тела матки имеет вид: 1) плоского распространения опухоли, занимающей большой участок слизистой, 2) рака в виде „сахарной глазури“ по Ruge и Winter'у, который также распространяется по плоскости, но железистый эпителий при этой форме метapлазируется в плоский, 3) в виде узлов различной величины и 4) в виде ворсин. Мышечный слой разрушается медленно и процесс редко доходит до серозной. Нередко мышечный слой даже гипертрофируется. Эту гипертрофию Theilhaber называет „рабочей“, т. к., по его мнению, она обусловлена наличием как бы инородного тела в матке, которое последняя стремится изгнать. К этой гипотезе мы не можем примкнуть. Такая гипертрофия может зависеть от самого blastomatозного процесса путем трансформации раковых клеток в соединительно-мышечную ткань¹. Мы не придерживаемся закона специфической производительности тканей Вальдейер-Тирш-Барда, а считаем, что эпителиальная ткань в порядке трансформации может дать клеточные элементы любой ткани (трансформационная теория). Для знакомства с этим вопросом отсылаем к работам Реттерера, Кромпехера, Мильмана, Корицкого и Борста.

Одновременно с ростом опухоли идет и распад ее, хотя последний в виду защищенного положения опухоли по сравнению с опухолью шейки наступает позднее.

Говоря о росте опухоли, мы понимаем под этим увеличение ее массы, т.-е. рост является понятием макроскопическим, гистологически этот рост всегда связан с изменчивостью клеток. В blastomatозных клетках при их делении необходимо наступают изменения, отличающие их от материнской клетки. Это изменение идет по теории Г. Э. Корицкого в направлении от эпителия к мезенхиме. При бесконечно малых изменениях в клетках мы говорим об эволюции, при конечном их превращении в клетки, соответствующие другой ткани, мы говорим о мутации. Изменчивость клеток есть основное свойство их размножения. Это является основой трансформационной теории. Превращение blastomatозных клеток на большом пространстве в конечные стадии—мезенхиму (лейкоциты, эритроциты)—приближает опухоль к состоянию распада при поверхностном ее расположении. Внешние факторы здесь являются лишь ускорителями процесса.

Макроскопически раки тела матки представляют чаще строение аденокарциномы. Иногда эта железистая форма рака не имеет

¹ Здесь, как и в дальнейшем, взгляды и толкования автора по морфогенезу рака основаны на трансформационной теории опухолей Корицкого, занимающего в вопросе о трансформации в опухолях крайнюю позицию в смысле широкого ее толкования.

Редакция.

атипической многослойности эпителия, являясь, как бы аденомой—adenoma malignum Ruge. В дальнейшем железистые трубки принимают форму вытягиваний (эвертирующая форма), или внутри железистых трубок появляются папиллярные разрастания (инвертирующая форма). Оба эти явления могут комбинироваться друг с другом.

Дискомплексація эпителия, неправильные фигуры деления ядра, атипичность клеток, нарушение membranae propriae будут говорить против доброкачественности этой формы. Чаще карциноматозные железы становятся многослойными, при этом клетки располагаются чрезвычайно неправильно. В центре клетки могут подвергаться распаду, реже железистый эпителий мутирует в плоский, давая картину плоскоклеточного или жемчужного рака.

Раки шейки макроскопически являются в виде: 1) разрастания, напоминающего цветную капусту или гриб, который сидит на ножке, 2) в виде плоской язвы (для диагноза эта форма может представлять большие затруднения), 3) инфильтрирующей формы, быстро прорастающей в параметрии. По Oritz'у эта форма чаще встречается в более молодом возрасте, 4) в виде плотной скirrosной бугристой опухоли, не резко выдающейся в рукав, с малой наклонностью к изъязвлению, 5) в виде узлов опухоли, которые сидят в толще стенки и не обнаруживают связи с покровным эпителием. Опухоли эти выявляются в виде утолщения одной из губ шейки, описаны они Schroeder'ом и Ruge. Benecke нашел их 5 раз на 1.249 случаев. Их нужно считать развившимися из эрозивных желез. Очень редко опухоль располагается в высоких отделах шейки.

Микроскопически самой частой формой по нашему материалу является плоскоклеточный рак, затем Basalzellenkrebs, редко аденокарцинома. Жемчужный рак также встречается редко. По Oritz'у жемчужины здесь образуются не таким путем, как в кожных раках, а путем размягчения и распада клеток, превращающихся в полужидкую кашу. С характеристикой процесса по Oritz'у мы не согласны. При превращении базальноклеточного рака в кератозный мы видим те же картины, как при образовании аналогичных форм кожи и пищевода.

Исследования Rosthorn'a и Schottländer'a показали, что все формы рака имеют место во всех отделах матки, т.-е. не специфичны для определенного отдела. С точки зрения трансформационной теории („Опыт трансформационной теории“ Г. Э. Корицкий) это является понятным. Поскольку рак является не эпителиальной тканью уже, т. к. главнейший признак эпителия—комплексность и полярность—утерян, то по современным представлениям о полярности зародышевых листков мы в праве ожидать образования из любого эпителия каких угодно дериватов.

Кроме этого можно встретить в различных местах одной и той же опухоли различное строение, как проявление различных стадий развития; также и метастазы могут иметь строение отличное от опухоли. В некоторых случаях наблюдались метастазы, имеющие строение не раковой опухоли. Так, в одном случае были найдены узлы в брюшинной клетчатке, которые при микроскопическом исследовании дали картину лимфаденоидной ткани. Такие же случаи мы наблюдали и при раковых поражениях других органов. Что они не являлись различными опухолями говорят наши многочисленные наблюдения, когда удаленный метастаз распознавался нами под

микроскопом как лимфат. железа (трансфинитная железа) и, наоборот, мы видели, как узел бластоматозной ткани в своих периферических участках трансформировался в лимфоидную ткань, и при невнимательном изучении могло показаться, что здесь имеется метастаз в предсуществующую лимфатич. железу.

Г. Э. Коридский считает, что по наличию различных по строению участков одной и той же опухоли можно говорить в известных пределах о различной злокачественности опухоли в зависимости от ее строения, при чем, чем больше различных участков строения, тем легче судить о степени злокачественности, другими словами—степень изменчивости служит показателем злокачественности. Более глубокая мутация клеток говорит за доброкачественность опухоли. Наличие в опухоли соединительно-тканых образований, а также мезенхимных элементов нужно рассматривать не только как реактивные явления со стороны окружающих тканей (разрастание стромы опухоли и сосудистая инфильтрация), но и как продукты пролиферации самой ткани раковой опухоли.

Наша работа обоснована на 99 случаях аутопсий (прозектора В. А. Иванов и Г. Э. Коридский). Во всех этих случаях, как было уже сказано, смерть последовала от основного заболевания и во всех этих случаях операция не была произведена.

Гистологическое строение опухоли:

Cr. planus	48 раз
Basalzellenkrebs	10 „
Adenocarcinoma	5 „
Cr. fibrosus	1 „

Гистологическое строение не отмечено 35 раз¹.

Раки матки распространяются преимущественно путем вегетации опухоли, и это распространение имеет для клиники наибольшее значение. Метастазирование отстает на второй план. Коротко остановимся на лимфатической системе матки. От шейки матки идут: 1) из боковых ее стенок вдоль *art. uterinae* наружу, перекрещивая мочеточник лимф. сосуды к *lymphogl. hypogastricae*, 2) из задней стенки шейки лимф. сосуды идут внутри Дугласовых складок кзади и кверху к *lymphogl. sacral. laterales*. Лимфат. сосуды из нижней и средней трети тела матки идут вместе с шеечными лимф. сосудами через параметральную клетчатку к *lymphogl. hypogastricae*. У верхнего отдела матки лимф. сосуды оставляют матку у латерального края ее несколько ниже *lig. ovarii proprii*, затем идут вдоль места прикрепления яичника к широкой маточной связке, сливаются здесь с лимф. сосудами яичника и идут к *lymphogl. lumbales inferiores*. Кроме того имеются сосуды, идущие с *lig. rotundum* к паховым железам. Имеются анастомозы между лимф. сосудами матки и шейки у бокового края матки. Помимо метастазирования более редко наблюдается эмболия по кровеносным путям. Раки тела матки дают метастазы значительно позже раков шейки и преимущественно в более высоко расположенные железы по ходу аорты и в глубокие паховые железы (Opitz). По Weibel'ю (клиника Wertheim'a): раки тела матки чаще дают метастазы, чем распространение в параметрии. Часто метастазировать в яичники. По Дьяконову (клиника Груздева) яичники были поражены в 15%.

¹ Последнее объясняется тем, что гистологический диагноз не всегда заносился в протокольную книгу, а записывался в особый журнал, который, к сожалению, погиб в период переходного времени.

За незначительностью материала рака тела матки мы своих наблюдений не имеем. Из общего количества наших 99 случаев мы выключаем 13 в виду краткости протокола. Т. о. наш материал складывается из 86 случаев. Раки шейки редко имеют наклонность распространяться на тело матки или расти свободно, свешиваясь своей массой во влагалище в виде бугристой опухоли, не поражая сводов влагалища и не прорастая в параметрии. По нашему материалу таких случаев отмечено 8. В остальных случаях опухоль прорастала стенку шейки и распространялась в параметрии. Кроме того во всех почти случаях были поражены своды и часть тела матки. В некоторых случаях было поражено почти все тело матки.

Одновременно с процессом роста шел и распад опухоли. В 8 случаях дошло до гангрены и ихорозного распада всей матки. В одном случае отмечена перфорация матки в свободную брюшную полость с последующим диффузным гнойным перитонитом. Маточно-пузырный свищ отмечен 4 раза, маточно-ректальный 4 раза, маточно-пузырно-ректальный 1 раз, влагалищно-пузырный свищ 6 раз, влагалищно-кишечный 6 раз, маточно-влагалищно-пузырный свищ 1 раз. Кишечные свищи вели к язвенно-ихорозным проктатам, пузырьные—к гангренозным циститам с последующей восходящей инфекцией и образованием пиелонефритов, которые отмечены в нашем материале 5 раз. Опухоль шейки, сдавливая просвет цервикального канала, препятствовала оттоку секрета слизистой матки, что вело к инфицированию ее полости с последующим эндометритом часто гнойным и ихорозным, которые отмечены 25 раз, а также к образованию *ruometra* и *hasmatometra*.

Раковая опухоль, распространяясь в параметрии, скоро вызывает сдавление мочеточника с последующим образованием гидронефроз, которые в свою очередь легко инфицируются благодаря восходящей инфекции из пузыря, особенно когда последний соединяется свищом с влагалищем и полостью матки. Гнойные циститы могут наблюдаться и без наличия свищей, именно в тех случаях, когда опухоль из параметрии переходит на стенку пузыря. В нашем материале это отмечено 25 раз. При распаде опухолевых масс в параметрии инфекция отсюда может подняться по лимфатич. путям мочеточника до почечн. лоханок. Гидронефрозы в нашем материале отмечены 65 раз: левосторонние 12, правосторонние 14 раз, 39 раз двусторонние. Пиелонефриты, исключая 5 уже отмеченных, встретились 11 раз. Опухолевые массы в параметрии часто подвергаются гнойному распаду, пластическая способность брюшины и защитные свойства ее у истощенных больных ничтожны. Поэтому гнойный параметрит может распространиться на брюшную полость и обусловить общий перитонит. Таких случаев у нас отмечено 8 и только в 2 случаях перитонит был ограниченный в виде *pelveoperitonitis purulenta circumscripta*.

В одном случае рядом с гнойным пиелонефритом отмечен паранефрит. В 9 случаях отмечен *ruosalpinx*—восходящая инфекция из матки. В 12 случаях отмечена септицемия и септикопизмия. Из них в одном случае имелся гнойник в печени, во 2—тромбоз *aortae abdomin.* и *art. iliacaum*, в 3—гнойник печени, легкого, гнойный перикардит, в 4—тромбоз *v. femoralis sin.*, в 5—гнойный перикардит и миокардит, абсцесс легкого, в 6—7—абсцессы в легком, в 8—инфаркт легкого и тромбоз *art. pulmonalis*, в 9—абсцесс в области основания мозга, правосторонний гнойный паротит. Резкая анемия отмечена 18 раз, резкая кахексия 25 раз.

Отметим одно важное обстоятельство. Schottländer, Kermanuer, Дьяконов отмечают в некоторых случаях распространение опухоли с шейки в толщу стенки влагалища, не поражая слизистой последней. Этим, может быть, объясняется частота рецидивов после операции в культе влагалища.

Итак мы видим, что причинами смерти больных будет прежде всего заболевание почек, перитонит, септицемия, анемия и кахексия.

Переходим к вопросу о метастазах. О метастазировании рака тела матки мы говорить не будем за отсутствием материала. Что касается метастазов рака шейки, то их можно разделить на регионарные и отдаленные (ретроперитонеальные и висцеральные). Регионарные метастазы располагаются прежде всего в параметральной клетчатке по направлению к боковым стенкам малого таза и кзади по направлению к прямой кишке по маточно-крестцовым связкам. Метастазы располагаются чаще всего у места перекреста мочеточника с сосудами и у места деления art. iliac com. На основании нашего материала нельзя отметить частоты этих метастазов, т. к. параметральная клетчатка чаще была целиком занята опухолевыми массами, и трудно было разобраться, есть ли здесь метастаз или распространение путем вегетации или метастазы слились с вегетациями опухоли.

Иногда метастазы появляются в люмбальной клетчатке, минуя параметральную.

Таких случаев у нас отмечено 8.

Относительно отдаленных метастазов заимствуем данные из работы „Отдаленные метастазы раковых опухолей“ (Сборник № 3 Пропедевт. Хирург. Клиники и Института лечения опухолей 1926 г., П. М. Кокорин).

На 99 случаев рака матки метастазы отмечены: в ретроперитонеальную клетчатку 43 раза, 6 раз в легкие, 21 раз в печень, 4 раза в селезенку, 4 раза в брыжейку, 4 раза под брюшину 3 раза в сальник, 2 раза в клетчатку hilus'a печени, 2 раза в шейную клетчатку по ходу сосудистого пучка, 2 раза в плевру, 2 раза в диафрагму, 1 раз в паховую область, 1 раз в почки, 1 раз в кожу, 1 раз в сердечную мышцу, 1 раз в кишку. В 40 случаях отдаленных метастазов не отмечено.

В заключение отметим, что не следует забывать возможности метастазирования доброкачественного эпителия, описанного И. В. Давидовским, которое наблюдалось также в нашем И-те. Оно позволяет ограничить до известной степени теорию эмбриональных дистоний. В одном из наших случаев был обнаружен в ретроперитонеальной клетчатке нормальный эпителий матки при раке шейки и в другом случае метастаз эрозивного эпителия также в ретроперитонеальную клетчатку.

DIE PATHOLOGISCHE ANATOMIE DES UTERUSKREBSSES U. DIE TODESURSACHEN DER KRANKEN

P. M. KOKORIN.

Von 1903-24 wurden 86 an Uteruskrebs Verstorbene, die nicht operiert worden waren, der Sektion unterzogen. Das Material wies 99% c-r. colli uteri und 1% c-r corpus uteri auf. Bei der Erforschung der Entstehungsursachen des Krebses dürfen die innern Anlässe zur Entwicklung nicht außer acht gelassen werden. Die c-r corpus

uteri sind öfters Adenocarcinome des collum — planocelluläre Krebse. Die Todesursache bilden zumeist Nierenerkrankungen (Hydro—und Pyonephrosis) und Sepsis, die hauptsächlich mit der Geschwulstverbreitung durch metastatische Wucherung im Zusammenhang stehen. Metastasenbildung fand sich am häufigsten im retro-peritonealen Gewebe (43 mal), sodann in der Leber (21 mal), ferner in den Lungen (6 mal), Milz (4 mal) u. s. w.

РАК МАТКИ

2. КЛИНИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

(Из института для лечения опухолей 1. МГУ. Дир. проф. П. А. Герцен, зав. патол.-анатом. отд. прив.-доц. Г. Э. Корицкий, зав. рентген. и радиолог. отд. прив.-доц. С. Р. Френкель)

Д-р С. Л. МИНЦ

Матка поражается раком чаще других органов женщины. Исследования Kolb'a, Rick'a и Teilchenfeld'a из русских: Архангельского и Тоичкина установили, что женщины умирают больше всего от рака половых органов (от 19 до 39,4% всего числа умерших от рака). Zweifel ссылается на статистику смертных случаев от рака и саркомы с 1911 по 1920 г.г. в Англии и Уэльсе, по которой у женщин первое место занимает матка.

Из всех больных обоюбого пола, обратившихся к нам в Институт по поводу злокачественных опухолей в 1926-27 учебном году—24% падает на рак матки. По отношению к женщинам, страдающих раком,—40%.

Материал, которым мы располагаем, составляется из: 1) 99 патологоанатомических вскрытий за время с 1913 по 1924 год, не подвергшихся оперативному вмешательству, 2) 402 больных, пользовавшихся лучистой терапией с 1921 по 1926 г., 3) 36 оперированных у нас больных с 1921 по 1926 г. и 4) 692 больных, прошедших амбулаторию Института за 1926-27-28 годы.

Из обратившихся к нам больных только 2,5% можно было предложить оперативное лечение. Небольшая часть довольно запущенных случаев пользовалась лучистой энергией, остальные, чрезвычайно запущенные, совершенно не подлежали какому-либо лечению.

Первично обратились в Институт лишь 1,7% больных. Остальные до того обращались к врачам, нужно думать, с уже запущенным заболеванием. Кроме того мы имели ряд случаев, когда больные обращались к врачам при первом появлении первичных симптомов; их лечили спринцеваниями, прижиганиями и т. п. мероприятиями. В конце концов диагноз выявлялся, но заболевание становилось запущенным. Таких больных в амбулатории у нас было от 10 до 16%.

Возраст наших больных раком шейки матки располагается следующим образом: больше всего от 41 до 50 лет (37,9%) и меньше всего от 21 до 25 и 66 до 70 лет (1,5%), что не противоречит и прежним статистическим данным (Архангельский, Поздняков, Takahesi), колеблясь лишь в небольших пределах. Если можно сказать с уверенностью, что рак шейки реже встречается в молодом возрасте, чем в 40—50 лет, то о пожилом возрасте этого сказать нельзя, так как уменьшение частоты заболеваемости зависит от общего повышения смертности¹.

Относительно течения ракового процесса в смысле большей или меньшей злокачественности в молодом или старом возрасте на основании нашего материала сказать нельзя. Больные поступали к нам со столь уже запущенным заболеванием, с применен-

¹ Рак матки может встречаться и в более молодом возрасте: Merylsberg наблюдал даже 8-месячную пациентку.

ными ранее теми или другими терапевтическими мероприятиями, что невозможно получить какое-либо впечатление, а тем более сделать какой-либо вывод.

Больные обращались к нам в самые разнообразные сроки от впервые замеченного ими симптома болезни.

До 1 мес. — 23%	До 2 лет — 7,0%
„ 3 мес. — 15,5%	„ 3 лет — 7,0%
„ 6 мес. — 16,0%	„ 5 лет — 4,0%
„ 1 г. — 23,0%	„ 10 лет — 3,0%
	Свыше 10 лет — 0,4%

Статистические данные различных авторов (Дьяконов, Кузьмин, Schaut) различны. Вполне понятно, что цифры колеблются в зависимости от того, какой материал подвергается исследованию. Процент давности заболевания там выше, где больше запущенных случаев. Но все это весьма относительно. Появление симптомов не совпадает с началом развития опухоли. И в зависимости от местоположения опухоли от половой жизни, беременности, воспалительных процессов гениталия и т. д., симптомы болезни будут выявляться раньше или позже.

У нас была больная, которая в течение 12 лет страдала хроническим цервицитом. Беспокоившие ее бели от начала заболевания до того, как она к нам обратилась, постепенно нарастали. Других жалоб не было. У нее был обнаружен ограниченный узелок 1×2 см, расположенный на краю эрозии, находящейся на portio vaginalis. Патологоанатомическая картина узелка—Basalzellenkrebs.

Когда же б-ная заболела раком? Появилась ли у нее опухоль на почве хронического воспалительного процесса, или вне зависимости от него, дела не меняет. Начало заболевания мы не знаем. Предполагать же, что у больной этот узелок существовал 12 лет, нет никаких оснований, тем более, что она все время находилась под наблюдением врачей.

В другом случае у женщины при случайном осмотре была обнаружена язва, гистологическое исследование которой подтвердило предполагаемый диагноз рака шейки. Никаких субъективных симптомов не было. На это указывает и Zweifel: у последнего имеется ряд чрезвычайно запущенных случаев, установленных при осмотре больных, обратившихся при первом проявлении субъективных симптомов. Поэтому мы не придаем абсолютного значения времени от появления первичного симптома. И называть этот момент началом заболевания, конечно, нельзя.

Об этиологии рака шейки матки мы так же мало знаем, как и об этиологии рака вообще. Можно лишь указать на некоторые предрасполагающие моменты. Возраст начинающего увядания организма—у женщин 40—50, у мужчин 50—60 лет имеет значение не только в отношении рака матки. У женщин это соответствует климактерическому периоду. Поэтому то на этот период и обращено столь большое внимание исследователей.

Значение последственности в этиологии рака матки также является вопросом общим для заболевания раком и других органов.

Из 347 опрошенных по этому поводу больных раком матки в амбулатории нашего Института указаний на последственность было 36 раз (10,3%). При чем 28 человек (8%)—1 степени и 8 человек (2,3%)—2 степени. Из остальных предрасполагающих моментов для возникновения опухолей шейки матки, коснемся родов, эрозий, воспалительных заболеваний гениталий и менструаций.

Последние у наших больных, за редким исключением были правильны (не во время самого заболевания). Одна лишь больная совсем не менструировала по невыясненным причинам. О влиянии родов на развитие интересующего нас заболевания уже сказано выше. У наших больных в 92,5% было от 1 до 20 родов, в 6,5% не было ни родов, ни аборт и в 1% не было родов, но были аборты. Нельзя не принять во внимание, что в том возрасте, когда женщины чаще всего заболевают раком, больше рожавших, чем не рожавших. Однако тот факт, что у женщин матка поражается раком чаще других органов, заставляет придавать родам известное значение. О самом гистогенезе опухолей в местах разрывов при родах также уже сказано. Также указано и на влияние воспалительных процессов, которым Zweifel, Bossi, Абрикосов, Улезко-Строганова и др. придают большое значение.

Из 36 оперированных у нас больных по поводу рака шейки воспалительные процессы гениталий в анамнезе имеется у 11 человек (30,5%).

Переходя к симптоматологии, мы хотим еще раз подчеркнуть, что пользуемся классификацией Schottländera и Kernmauner'a: деление рака матки на рак шейки и рак тела. Последний значительно реже встречается, но соотношения поражения обоих этих анатомических отделов различны по различным авторам.

Вначале мы коснемся очень ранней стадии развития опухоли, не дающей никаких субъективных симптомов. Появляется узелок, очень похожий на ovula Nabothi, маленькие ретенционные кисты. Последние имеют синеватую окраску. При их прокалывании выделяется содержащаяся в них слизь; если же слизь не выделяется, следует быть на стороже (Zweifel). Как только узелок заметно начинает увеличиваться, нужно сделать гистологическое исследование. Приходится считать с общеизвестным фактом, что благоприятный результат лечения зависит от раннего распознавания. Там же, где гистологическое исследование произвести нельзя, может быть даже предложено оперативное лечение, так как в том периоде развития опухоли, когда клинический диагноз прост, добиться хороших результатов лечения трудно.

Zweifel, Дьяконов и многие другие указывали на кровотечения после или во время полового сношения, как на самый ранний субъективный симптом. Из наших больных очень немногие жаловались на него. Этим мы не хотим умалять значение его. Он важен хотя бы потому, что женщины пугаются и обращаются тогда же к врачам. Но этот симптом непостоянен для данного заболевания и может наблюдаться и при других заболеваниях трутца и матки.

Другим ранним симптомом не только рака матки, но и вообще злокачественных новообразований гениталий, является кровотечение в постклимактерическом периоде.

Этот симптом был первым проявлением заболевания у большей половины наших больных этого возраста (52%), у других авторов (Neumann) он еще чаще.

Известно, что климактерический период может протекать разнообразно; меноррагия, метроррагия, периодические аменореи не редки в предклимактерическом периоде. Вот почему женщину этого возраста не беспокоит нарушение правильности менструаций. И только тогда, когда кровотечения становятся очень обильными, она обращается к врачу. Нельзя ставить диагноза без тщательного осмотра, что часто бывает (см. выше). Давно уже перестали считаться с существовавшим ранее положением, что женщину во время менструаций исследовать

нельзя. Следует лишь помнить об асептике в интересах не только больной, но и самого врача, так как установлено, что в 70% всех изъязвившихся опухолей имеется пиогенный микроорганизм.

Говоря о кровотечениях, мы не исключаем кровянистых выделений, часто напоминающих цвет мясных помоев. Они зависят от примеси большего или меньшего количества крови к серозным, серозно гнойным, или гнойным выделениям.

Последние зависят и от распада опухоли и от сопутствующих воспалительных процессов, весьма часто сопровождающих рак матки. К сожалению, на них женщины меньше всего обращают внимание. Причина ясна: многие женщины имеют бели, однако тяжелых последствий от этого они не наблюдают.

Кроме перечисленных имеется еще целый ряд симптомов, которые реже встречаются. Но в основе всех их лежит кровоточивость (за исключением, кажется, только одного симптома Siebold'a, зуд в области половой щели), что вообще присуще раку почти всех висцеральных органов. Указанные симптомы являются не только ранними признаками заболевания, они могут появляться в весьма запущенных случаях и коварство рака заключается, главным образом, в том, что в начальных стадиях он не дает ни нарушений функций органа, ни болевых ощущений, которые заставили бы своевременно обратить на себя должное внимание самого больного.

И только тогда, когда опухоль настолько увеличивается, что поражает параметральную клетчатку, или вызывает в ней сопутствующие воспалительные явления, или закупоривает шейку благодаря чему развивается пиометра, — появляются боли в пояснице, боли внизу живота, повышение t° . Когда опухоль метастазирует в паховые железы или железы подвздошной области и производит вследствие этого давление на нервы и сосуды, появляются боли и расстройства кровообращения, а затем отеки на конечностях. Когда опухоль сдавливает, или прорастает прямую кишку, появляются запоры, боли при дефекации. Когда она растет кпереди, прорастая пузырь, появляются расстройства мочеиспускания.

Заканчивая описание субъективных симптомов, мы коснемся редкого совпадения: течение ракового процесса вместе с беременностью.

Это совпадение встречается только при раке шейки. Исключением является случай Döderlein'a, где беременность имела одновременно с раком тела матки. Насколько оно редко, явствует из материала Glockner'a, у которого на 974 случая рака матки наличность беременности была установлена 17 раз, и материала Serwy, у которого на 53.833 роженицы было 26 случаев рака шейки. Один случай такого совпадения мы имели возможности сами наблюдать.

Большинство авторов (Olshansen, Bumm, Larwey, Opitz и др.) придерживаются того мнения, что присоединившаяся к раку беременность ускоряет рост опухоли. Наоборот, Courtu, Averdon, Aran наблюдали остановку роста опухоли при беременности. A Siebold имел даже случай самопроизвольного излечения рака при этом совпадении. Также разноречивы и экспериментальные исследования, произведенные, главным образом, на мышцах.

Разграничивать беременность, осложнившуюся раком, и рак, осложнившийся беременностью, как это стараются делать многие авторы, чрезвычайно трудно, часто даже невозможно.

Если в отношении влияния беременности на рост опухолей и существуют разногласия, то относительно влияния родов установился взгляд, что роды и послеродовый период усиливают рост опухолей.

Всех больных, подвергшихся у нас оперативному лечению, мы делим на 4 группы:

1. Поражение шейки. 2. Поражение шейки с переходом на своды. 3. Поражение шейки с переходом на своды и параметрий. 4. Поражение шейки с переходом на своды и параметрий и метастазы.

Эта классификация весьма несовершенна. Известно, что распространение *per continuitatem* происходит не параллельно метастазированию. Нередки случаи, когда параметрий свободен от опухоли, а имеются метастазы в области подвздошных артерий. Кроме того, при незначительном поражении сводов, если даже инфильтраты в параметральной клетчатке и не прощупываются, они могут быть констатированы на операционном столе. Иногда цистоскопия с катетеризацией мочеточников может дать некоторые руководящие данные. Однако только оперативной находкой можно руководствоваться для суждения о степени распространения процесса, и то весьма относительно. Особенно это должно касаться 3 и 4 гр., где могут быть весьма отдаленные метастазы, которые ни клинически, ни на операционном столе обнаружить нельзя. Все же для удобства учета получаемых результатов мы ею будем руководствоваться. Наши больные по группам и по гистологической форме опухоли делятся следующим образом:

По группам	1-ая группа	2-ая группа	3-ая группа	Всего по форме опухоли
Cancer planus	3	3	6	12
Cancer keratodes	1	1	1	3
Basalzellenkrebs	4	1	4	9
Adenoma ¹	2	—	—	2
Adeno-carcinoma	—	1	—	1
Cancer colli uteri без указан. формы	3	—	4	7
Гистологическое исследование не произведено	1	—	—	1
Всего по группам	14	6	15	35

Опухоли наших 6-ых по характеру их роста делятся следующим образом:

Рост опухоли	Экзофитн.	Эндофитн.	Не указано
По группам			
I группа	6	7	1
II группа	2	4	—
III группа	6	9	—
Итого	14	20	1

¹ Диагноз «аденома» не может быть принят за доброкачественный, так как вопрос о добро- или злокачественности решает само течение процесса и, иногда, вопреки патологическому диагнозу (Zweifel).

Экзофитно растущая опухоль, принимающая вид цветной капусты или гриба, выступающего в полость влагалища, легко кровоточащая при прикосновении, плотная и вместе с тем легко крошащаяся, не представляет трудности для постановки диагноза. Не представляет особых трудностей для распознавания и эндофитно растущая опухоль в той стадии своего развития, когда она принимает характерную коническую форму в виде кратера с неровными, как бы изъеденными краями, с неровным дном, покрытым некротическими массами, отчего она принимает желтоватую окраску плотной консистенции, также легко кровоточащая при прикосновении. Шейка при этом обычно бывает плотна, гипертрофирована. Такого же характера опухоль, но в более ранней стадии своего развития, когда она походит на доброкачественную эрозию, сплошь да рядом отличить от последней трудно. Часто имеющиеся на дне доброкачественной эрозии папилломатозные разрастания могут также легко кровоточить. И уплотнение шейки благодаря разрастанию плотной соединительной ткани легко симулируют раковую инфильтрацию. Steckel для дифференциальной диагностики пользуется зондом, который легко внедряется в плотную ткань раковой язвы в противоположность доброкачественным эрозиям.

Самым надежным средством для распознавания нужно считать гистологическое исследование.

В хронических эрозиях часто можно наблюдать папилломатозные разрастания, гиперплазию ткани, в которой по Уlezко Строгановой вырабатывается клеточный элемент для злокачественной опухоли, почему Orth и Hansemann их рассматривают, как прекарциноматозное состояние.

На нашем материале мы убедились, что предшествующие эрозии, в большинстве бывающие доброкачественными, могут служить исходной точкой для возникновения раковой опухоли.

Если клиника при некоторых заболеваниях часто может прийти на помощь патолого-анатому в распознавании патологического процесса, то в отношении рака шейки клиника сплошь и рядом бывает бессильна. Клиническая картина рака шейки часто напоминает сифилитическую язву, туберкулез, доброкачественную папиллому, что всегда нужно иметь в виду. А в одном случае, где клинический диагноз колебался, склоняясь больше в сторону рака, нашему прозектору удалось обнаружить сильно развитую эрозию с паразитами (оксиды) и с явлениями воспалительной реакции.

Из профилактических соображений при длительно незаживающих эрозиях у пожилых женщин мы удаляем матку. Bossi предлагает пластику шейки, Снегирев — полное удаление слизистой оболочки матки.

В более молодом возрасте мы рекомендуем высокую ампутацию шейки.

Во всех случаях рака шейки у нас применялась полная экстирпация матки со всей параметральной клетчаткой и частью влагалища. Последнее особенно важно, так как установлено, что распространение ракового процесса с шейки прежде всего идет на рукав. И при микроскопически неизменном влагалище можно часто в стенках его обнаружить опухолевые элементы. Распространение идет *per continuitatem*. Железы у подвздошных артерий и клетчатка этой области иссекалась только тогда, когда они видимо были изменены. Мы не стремились делать операции по Wertheim у без на то особых показаний (в смысле распространения

процесса), так как мы считаем, что наносимая травма, мобилизация, имеющейся почти всегда в параметральной клетчатке инфекции не окупают получаемых результатов. В одном только случае была произведена ампутация шейки (в 1920 г.). Меньше чем через год больная поступила с рецидивом и вскоре выписалась в очень тяжелом состоянии.

Показанием к влагалищному методу являлось: а) небольшое распространение процесса, главным образом, эрозии и б) подвижность матки. Там же, где можно было предполагать воспалительные сращения в малом тазу на почве предшествовавшего им настоящего воспалительного процесса, или можно было предположить наличие специфического инфильтрата в параметральной клетчатке, предпочиталась лапаротомия.

К операции больные обычно готовились ежедневными спринцеваниями перекисью марганца, или сулемой. В день операции язвенная поверхность опухоли смазывалась иодной настойкой и полость влагалища протиралась спиртом. Прижигание, или выжигание производилось редко, только в случаях, где имелась большая распадающаяся опухоль, выполняющая почти весь просвет влагалища.

Опасения Какушкина, что при прижигании получается гиперемия и отек окружающих тканей, не преувеличено. В одном случае мы имели возможность наблюдать это макро- и микроскопически на вырезанном препарате. Выжигания больших эвертирующих опухолей следует делать, но только не ранее одного дня до операции.

Zweifel рекомендует перед операцией зондировать канал матки, так как при высоко расположенных опухолях шейки и тела может быть закрыт просвет канала (следует остерегаться прободения) „если обнаруживается гной, нужно его отсосать и полость матки продезинфицировать“, — рекомендует он. В одном случае, при захватывании тела матки щипцами Museau, стал выделяться из утолств гной (Fauger рекомендует во время операции захватывать зажимами не тело, чтоб не оторвать последнее от шейки, а широкие связки с фаллопиевой трубой и круглой связкой). В этом случае мы имели дело с пиометром, что не всегда легко установить из-за эластически-плотной консистенции, которую при этом имеет матка.

Перед операцией в полость влагалища вставлялся тампон, который во время операции удалялся через влагалище после надсечения передней стенки его. Таким образом в момент удаления матки полость влагалища суха.

Брюшина полость всегда зашивалась наглухо. Если гемостаз произведен тщательно и видимых воспалительных явлений в параметральной клетчатке нет, влагалище также закрывалось наглухо. В противном случае влагалище оставалось открытым и тампонировалось. Операционное поле малого таза во всех случаях перитонизировалось.

Иногда в послеоперационном периоде нам приходилось открывать влагалище из-за нагноения в малом тазу, когда оно было наглухо закрыто во время операции, хотя в параметральной клетчатке и придатках не было заметно воспалительного процесса и гемостаз был произведен тщательно.

Самая тщательная асептика при производстве операции, высокие технические данные хирурга не гарантируют асептического течения послеоперационного периода, так как лимфатические сосуды этой области бывают почти всегда инфицированы из-за находящегося

в распадающейся опухоли пиогенного микроорганизма, чем и объясняют, между прочим, иногда имеющие место при данном заболевании пиелиты и пиелонефриты. Особенно тяжелое течение послеоперационного периода дает анаэробная инфекция.

Яичники удаляются всегда у пожилых женщин, хотя мы ни разу не видали метастазов в них. У молодых обычно оставляется один из яичников, видимо не измененный. Изредка оставляются оба. Некоторые утверждают, что оставлять яичники нет смысла, так как они погибают из-за недостаточного питания.

Недавно нам пришлось произвести релапаротомию больной через год после произведенной операции по поводу рака шейки, у которой были оставлены оба яичника. Оказалось, что один яичник весь кистозно перерожден, другой же нормальной величины и видимо не изменен (метастазов не было).

Из 14 больных первой группы (поражение только шейки) мы не имели ни одной послеоперационной смерти.

1 раз была применена высокая ампутация шейки (о чем было уже сказано), 6 раз влагалищный способ, 7 раз чрезбрюшинно.

Смертность от радикальной операции без разделения на группы у различных авторов различна (от 4 до 37%). Понятно, чем шире показания к оперативному вмешательству, шире производится само оперативное вмешательство, чем слабее технические данные оператора, тем процент смертности повышается.

В отношении отдаленных результатов этой группы мы получили на 13 посланных нами анкет 10 ответов.

Через 5 лет чувствует себя здоровой	1
„ 4 года „ „ „	2
„ 3 „ „ „ „	1
„ 2 „ „ „ „	2
„ 1 „ „ „ „	2

Одна больная умерла через 1 год после операции, у другой через 2 года после операции появились рецидивы.

Первая больная нами уже упоминалась, у нее на операционном столе был обнаружен пиометр. Может быть этот случай и не следовало бы относить в I группу.

Вторая больная нами также уже упоминалась: перед операцией, ввиду неясности диагноза, ей производили выскабливание, биопсию, что может значительно ухудшить течение процесса.

Больных II группы (распространение на шейки и своды) у нас было 6 человек. Если в параметральной клетчатке обнаруживались небольшие инфильтраты, которые можно было принять за воспалительные, больные считались II группы. Операция производилась по тому же принципу, который указывался: 5 раз абдоминальным путем, 1 влагалищным.

Из них одна больная умерла от пельвио-перитонита (operatio p. laparat).

От 5 оставшихся в живых получены следующие сведения:

В течение 5 лет чувствует себя здоровой . . . 1 больная	
„ 4 „ „ „ „ . . . 1 „	
„ 1 г. 2 м. „ „ „ . . . 1 „	
„ 8 м. „ „ „ . . . 1 „	
„ 6 м. „ „ „ . . . 1 „	

Рецидивов пока что не наблюдалось.

Больных III группы (поражение шейки, сводов и параметральной клетчатки) оперировано 15 человек.

У одиннадцати из них были обширные инфильтраты в около-маточной клетчатке с обеих сторон. У четырех были инфильтраты только слева, только справа ни разу не было.

Спаение с мочевым пузырем было 5 раз, с прямой кишкой — 4 раза. 2 раза опухоль проросла одновременно в мочевой пузырь и прямую кишку. Во всех этих случаях операция производилась через брюшную полость.

В одном случае при вскрытии брюшной полости заболевание оказалось столь запущенным, что невозможно было и думать о каком бы то ни было хирургическом лечении.

В 2 случаях, где имелись обширнейшие опухолевые инфильтраты в периметральной клетчатке, захватившие мочевой пузырь и прямую кишку, была произведена перевязка обеих *art. hypogastricae* с последующим выжиганием опухоли каленым железом для остановки кровотечения, где ни обычная тампонация, ни хлористый цинк, ни прижигания не помогали. Эффект от этих операций получался не всегда сразу. (Выжигание опухоли каленым железом применялось одно время, как метод лечения).

В остальных 12 случаях радикальная операция. Все видимо пораженное удалялось, мочеточники выделялись из инфильтратов, что почти всегда возможно, так как опухоль, как правило, не прорастает стенку его, пузырь и прямая кишка отслаивались, брюшная стенка зашивалась наглухо, влагалище большей частью тампониновалось.

Смерть после операции последовала в 6 случаях (1 — падение сердечной деятельности, 1 — *phlegmona pelvis et pneumonia*; 4 — пельвиоперитонит и общий перитонит).

На 9 посланных нами анкет сведения получены только 4.

Б-ая, у которой была лишь вскрыта брюшная полость, умерла через 2 м. после операции. Из 2 б-ых, которым было сделано выжигание опухоли и перевязка обеих *art. hypogastr.* одна умерла через 2 года после операции, от другой сведений нет. Остальные 6, перенесшие операцию: от 4 ответа нет, 2 умерли (одна через 7, другая через 2 м. после операции). Подводя итоги результатам оперативного лечения нашего весьма скромного материала, мы должны отметить следующее:

Первая группа б-ых не дала нам ни одного случая послеоперационной смертности. Отдаленные результаты удовлетворительны.

Вторая группа б-ых дала на 6 случаев — одну послеоперационную смертность. Отдельные результаты также удовлетворительны.

Нам кажется, что эти две группы б-ых должны подвергаться оперативному лечению при настоящем положении в деле лечения лучистой энергией.

Оперативное вмешательство при первой группе не представляет больших трудностей для оператора. Этого нельзя сказать про вторую группу, где имеется поражение и сводов. Часто имеющиеся воспалительные инфильтраты в параметральной клетчатке трудно отличить от специфических раковых инфильтратов, почему их всегда следует удалять.

В этих случаях для операции требуется опытность оператора, чтобы избежать лишней травмы, что стоит, конечно, в связи как с непосредственно послеоперационным, так и отдаленным результатом. Недаром Faure ставит такой большой акцент на технические данные оператора. И не удивительно, что он сам получает очень хорошие результаты. Вот почему нам кажется целесообразным,

чтобы врач соразмерял свои силы в каждом отдельном случае и при малейшем сомнении посылал таких б-ых к наиболее опытным.

Третья группа б-ых дает такую колоссальную послеоперационную смертность, результаты оперативного течения столь скверны, что подвергать таких б-ых хирургическому, т. н. радикальному лечению, нет никакого смысла.

Б-ым 4 группы оперативное лечение не производилось и, конечно, не должно быть применяемо.

Закончив рассмотрение нашего оперативного материала, мы хотим очень коротко остановиться на рецидивах.

Последние чаще всего появляются в культе влагалища по причинам выше упомянутым. Очень редко появляются раньше их метастазы в подвздошных и паховых областях. Клиника рецидива весьма сходна с клиникой первичного поражения раком шейки.

Также и здесь появление его не совпадает с появлением первичных субъективных симптомов. Последние могут быть в виде кровотечений, или гнойных выделений. Разница только та, что при появлении этих симптомов женщина понимает их значение и тотчас же обращается к врачу.

Мы не производили операций по поводу рецидивов, так как считаем, что в это время уже имеются где-либо метастазы, может быть только микроскопические. Только в одном случае у нас была применена операция при рецидиве. Но здесь ранее была произведена только ампутация шейки, даже не высокая. Матка с находящейся на ней опухолью (рецидив) была настолько подвижна, что операцию можно было произвести влагалищным путем, правда, с дополнительными боковыми разрезами. В заднем Дугласовом пространстве оказался инфильтрат. Гистологический диагноз — *Basalzellenkrebs*. Б-ая умерла через 11 месяцев после 2 операций от основного заболевания. Между 1 и 2 операцией прошло менее полугода.

Рекомендовать оперативное лечение при рецидивах у нас нет оснований. Иногда мы удаляли узелок с культи влагалища, когда мы хотели провести дифференциальную диагностику между рецидивом и гранулемой (лигатура), но только в тех случаях, когда это являлось сомнительным.

На основании изложенного мы пришли к следующим выводам:

1. Рак шейки встречается чаще всего в возрасте от 40 до 50 лет.
2. Раком шейки поражаются преимущественно многорожавшие.
3. Доброкачественные эрозии могут являться исходным пунктом развития раковой опухоли.
4. В случаях длительно незаживающей эрозии можно рекомендовать в молодом возрасте высокую ампутацию шейки, в более пожилом — простую влагалищную экстирпацию матки.
5. Клинический диагноз не всегда прост в начальных стадиях развития опухоли, особенно при эндофитном росте ее.
6. Гистологический диагноз в некоторых случаях может не соответствовать действительности.
7. *Cancer planus* встречается чаще других форм рака шейки.
8. Эндофитный рост опухоли чаще встречается, чем экзофитный.
9. Времени от начала заболевания нельзя придавать абсолютного значения.
10. При подвижной матке, если процесс занимает только шейку, следует операцию производить через влагалище. В противном случае абдоминальным путем.

11. Производить расширенную операцию по Wertheim'y без особых показаний, мы не считаем необходимым.

12. Послеоперационной смертности при поражении шейки без перехода на своды на нашем материале нет.

13. Послеоперационная смертность при поражении шейки с переходом на своды на нашем материале небольшая (1:6). Отдельные результаты обеих групп удовлетворительны.

14. Послеоперационная смертность при поражении шейки с переходом на своды и параметрий дает большой процент смертности. Отдельные результаты плохие.

15. Если имеется поражение раком шейки или поражение шейки с переходом на своды (1 и 2 группы) лечение должно быть применено оперативное. При этом необходим учет технических данных оператора.

16. Редидивы не должны подвергаться оперативному лечению.

KLINIK U. CHIRURGIE IN DER BEHANDLUNG DES CANCER COLLI UTERI

S. L. MINZ

Vorliegende Arbeit stützt sich auf ein Material von 1229 Fällen. Davon wurden 36 im Zeitraum von 1921–1926 operiert. Die Mehrzahl der Kranken stellte sich in dermaßen vorgeschrittenen Stadien ein, daß jede Behandlung von vornherein aussichtslos erschien. Nur in 2,5% der Fälle konnte ein operativer Eingriff vorgeschlagen werden. Die Erkrankten standen zumeist im Alter von 40–50 Jahren. Anzeichen von Heredität fanden sich in 10,3% aller Fälle. Die Menses waren fast bei allen vor der Erkrankung regelmäßig abgelaufen. 92,5% halten 1–20 Geburten durchgemacht. Auf Entzündungsprozesse der Genitalien stießen wir in der Anamnese verhältnismässig oft (bis 31,5%). Als wesentlichstes Symptom sind Blutungen zu betrachten, jedoch schliesst das Fehlen derselben, besonders in den Anfangsstadien, die Möglichkeit einer Krebserkrankung nicht aus. Schmerzen treten zumeist erst bei vorgeschrittenen, mit Entzündungserscheinungen einhergehenden Prozessen auf. Die übrigen Spätsymptome stehen mit der Lokalisation u. dem Grade der Primärerkrankung u. der Metastasen in Zusammenhang. Die objektiven Symptome können, zumal bei endophytem Wachstum der Collum-Geschwulst der Diagnose grosse Schwierigkeiten entgegenstellen u. zu Fehlschlüssen, selbst bei der pathologisch-anatomischen Diagnose, Anlass geben. Gutartige Erosionen können bisweilen zum Ausgangspunkt einer Krebsgeschwulst werden. Deshalb ist bei längerem Bestehen derselben bei jüngeren Frauen eine Amputation des Collum, bei älteren eine Uterusextirpation anzuraten. Die letztere muss eine totale sein mit Einschluss des parametralen Gewebes und teilweise auch der Scheide. Zur Operation nach Wertheim griffen wir nur in den dringendsten Fällen, da u. E., das dabei zu setzende schwere Trauma u. die damit verbundene Gefahr einer Infektion des parametralen Gewebes in keinem Verhältnis zu den zu erwartenden Erfolgen steht.

An Collum-Karzinomen wurden in unserem Institut 14 operiert. Todesfälle im direkten Zusammenhang mit der Operation hatten wir nicht zu verzeichnen.

Unter den Operierten befanden sich 6 Patientinnen, bei denen der Prozess vom Collum auf die Fornicis übergegriffen hatte jedoch ohne das Parametrium in Mitleidenschaft zu ziehen. Hier war der Ausgang

ein letaler. Im allgemeinen sind die Resultate für beide Gruppen als befriedigend zu betrachten: nur eine Kranke starb nach Ablauf eines Jahres, bei zweien traten nach 2 Jahren Rezidive auf, die übrigen fühlen sich bisher (1–5 Jahre nach der Operation) wohl. Bei einer Reihe anderer Patientinnen war ausser Collum u. Fornicis auch das Parametrium von der Erkrankung betroffen, des weitern bestand Verlötung mit Harnblase u. rectum, Infiltration der Harnleiter, Affektion der regionären Drüsen. Diese Fälle ergaben eine hohe postoperative Mortalität, wie auch die Aussichten der Überlebenden wenig Gutes verhießen. Wir können auf Grund dieser Feststellungen nur bei Kranken der ersten 2 Gruppen einen operativen Eingriff anraten, wobei allerdings auch das technische Können des Operators in Betracht zu ziehen ist. Für die Kranken der 3. Gruppe u. für Rezidive käme allenfalls eine Strahlenbehandlung in Frage, die in manchen Fällen gute Erfolge zeitigt.

РАК МАТКИ

3. СПОСОБЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛУЧИСТОЙ ЭНЕРГИЕЙ

Из Института для лечения опухолей 1 М. Г. У. Дир. проф. П. А. Герцен, Зав. Пат.-Анат. Отдел. прив.-доц. Г. Э. Корицкий, зав. Рентг. и Радиол. Отд. прив.-доц. С. Р. Френкель

Д-р Г. А. ЛИБЕРМАН

Современная актинотерапия рака (женской половой сферы) матки складывается из двух видов лучистой энергии: радио и рентгенотерапии, которые применяются каждая в отдельности, или оба вида комбинируются, образуя смешанное лечение, к которому, по некоторым авторам (Spinelli, Clark, Clyde, Donaldson) присоединяется электрокоагуляция, каутеризация, ионтофорез и обработка токами высокой частоты (диатермия и дарсонваль) для сенсбилизации освещенных участков токами.

Кроме того, указанная актинотерапия может считаться с хирургическим вмешательством в виде: 1) предварительного, дооперационного лечения с последующей операцией, 2) профилактического или послеоперационного лечения и 3) до- и после операционного лечения.

Значение, придаваемое применению того или иного вида лучистой энергии не везде одинаково велико. В этом отношении легко удастся установить влияние двух различных школ, из которых германская отдает предпочтение R₀-терапии, лишь присоединяя к нему радий, который играет как бы второстепенную роль в общем плане терапии; и французская, которая акцентирует необходимость применения радиотерапии, прибегая к рентгену только в единичных, обычно более запущенных, распространенных случаях. В зависимости от той или другой школы в гинекологических клиниках и рентгеновских институтах различных стран соответственно и преобладает тот или иной вид актинотерапии или, в лучшем случае, оба вида играют одинаково важную роль. Конечно, тут известное значение имеет еще доступность больших количеств дорогостоящих радиоактивных элементов тому или иному учреждению, проводящему гинекологическую актинотерапию, что в частности относится и к нашему Союзу, где большинство учреждений вынуждено ограничиваться одной рентгенотерапией за неимением радиоактивных веществ.

Мы остановимся, главным образом, на важнейших особенностях радио-терапии.

ПОКАЗАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ

Показанием для рентгено- и радиотерапии операбельных случаев шейки или тела матки, служат обычно те тяжелые заболевания сердца, легких и почек, которые являются противопоказанием для любого оперативного вмешательства.

Противопоказания для рентгено- и радиотерапии зависят, главным образом, от общего состояния организма, при чем на первом месте стоят кахексия и резкая слабость больной, затем следует общая инфекция организма с лихорадкой и высокой температурой, отдаленные множественные метастазы, даже при общем

хорошем состоянии больной, и, наконец, асциты, стоящие в связи с поражением забрюшинных желез.

Противопоказаниями для радиотерапии в зависимости от степени местного распространения процесса при операбельных случаях служат: 1) adenocarcinoma шейки с одновременной инфекцией или поражением придатков, 2) острые воспалительные процессы придатков или клетчатки малого таза (Nabias) и 3) безрезультатность предыдущего лечения (рефрактерность рака) Regaud. При иноперабельных случаях—4) канкрзные инфильтраты septa vesicovaginale и rectovaginale, вследствие опасности образования тягостных для больной свищей, 5) наличие vesico- и rectovaginal'ных свищей и 6) вторичные инфекции раковой опухоли шейки или тела матки.

Для рентгенотерапии (без радия) большинство указанных причин противопоказанием, как мы увидим ниже, служить не могут.

Единичные метастазы в кости (чаще трубчатые и позвоночник) при хорошем состоянии больных противопоказанием для лечения не служат, так как эти метастазы: 1) растут довольно медленно и 2) их рост удается задержать соответствующим рентген-облучением, на довольно продолжительное время. Имеющиеся болевые ощущения и ограничение подвижности конечности, обычно, исчезают уже после первого лечения. При наличии несрастающихся спонтанных переломов, на почве метастазов, дальнейшее общее и местное лечение метастаза противопоказано, ибо после облучения эти переломы не ведут к срастанию, а при срастании скоро в костной мозоли образуются рецидивы.

Сильно запущенные иноперабельные случаи и большинство больных, коим противопоказана радиотерапия, могут и даже должны подвергаться рентгенотерапии, если только нет кахексии или множественных метастазов. По указаниям многочисленных авторов рентгенотерапии удается значительно облегчить тяжелое состояние таких безнадежных больных. Ослабление болей, уменьшение обильных, ихорозных выделений и задержка тягостных, изнуряющих кровотечений уже являются ценными факторами, делающими более сносным существование этих обреченных на медленную смерть больных и оправдывающими предпринятое лечение. Donaldson в своей критической оценке неблагоприятной области лечения далеко зашедших иноперабельных раков матки приходит к заключению, что в таких случаях удается влиять на сохранение жизни больных рентгенотерапией, но достичь обратного развития или задержки процесса, приостановки кровотечений и прекращения выделений и даже продления жизни больных, безусловно, удается, а в этом уже заключается смысл такого лечения.

Показательным является и взгляд нашего Института, не считающий противопоказанием для рентгенотерапии распространение процесса и иногда даже наличие влагалитно-пузырного свища, при относительно хорошем состоянии больной и при отсутствии указаний на отдельные метастазы. При комбинации рентгенотерапии с общеукрепляющим лечением (мышьяк в больших дозах, аутогемотерапия и т. д.) нам удалось во многих случаях не только временно улучшить общее состояние больных, но добиться довольно продолжительной остановки процесса с удлинением жизни, при чем некоторые из больных могли вернуться к своему обычному труду, а в двух случаях получено зарастание vesico-vaginal'ных свищей, из которых один прослежен в продолжение более двух лет (Большая Занькова).

Интересно отметить, что беременность, в случаях появления рака шейки уже при наличии последней, противопоказанием для радиотерапии не является. По наблюдениям Nahias'a (в 2 случаях) и Cornet (1 собственный и около 10 собранных в литературе) применение радия влагалишным путем не вызывает во время беременности аборт и никоим образом не влияет на развитие плода (Nahias), если лечение предпринято в последних месяцах беременности (Cornet). Лечение шейки изнутри ее должно быть отменено из-за опасности наступления преждевременных родов.

При доведении беременности до конца, удаление плода при Кесаревом сечении является по Nahias'у и удобным случаем для введения радия in den Cervixstumpf. Введением радия vaginal'ным путем и одновременным рациональным лечением лимфо-желез автору удалось добиться в одном случае излечения, которое продолжается больше 18 месяцев.

В тех случаях, когда беременность желательно прервать, Cornet считает наилучшим способом лечения введение радия вагинальным путем при одновременной supravaginal'ной total'ной экстирпации матки, после чего радий вставляется и через брюшную полость.

Подготовка инструментария и больных к лечению должна быть проведена согласно последним требованиям асептики. Наличие вирулентных микроорганизмов требует крайне осторожных манипуляций и мучительной дезинфекции влагалища, а лихорадящие женщины вовсе не должны подвергаться радиотерапии (Philipp).

Для дезинфекции применяется 1% раствор сулемы или 3% раствор перекиси водорода, а при изъязвленном кратере шейки матки достаточно поверхностного смазывания иодом. Kehrer вообще советует прямо наливаться через зеркало на раковую язву настойку иода, излишек снимать сухими тампонами. В „Radiumhemmet“ поверхность опухоли очищается бензином.

Ряд авторов (Heimann, Furst, Zachel, Zancence) применяют для дезинфекции раковых язв матки рентгенотерапию, которую они обычно проводят перед введением радия или перед операцией, стараясь таким путем снимать процент ухудшения от инфекций и послеоперационных осложнений. Fürst особенно высоко ставит такое предоперационное освещение рентгеном и указывает, что с тех пор как он стал пользоваться этим методом, у него не было ни одного случая послеоперационного перитонита. Regaud также подчеркивает важность уничтожения инфекции, могущей значительным образом влиять на ход лечения до начала такого, ибо радиотерапия при наличии инфекций может повести к острым ухудшениям и даже сепсису. В особенности опасен в этом отношении стрептококк, дающий наибольшие осложнения. Поэтому Regaud, наравне с другими авторами (Coutard, Fraenkel, Zancence) считает необходимым проводить при комбинированном лечении рака матки раньше рентгенотерапию и затем радиотерапию, а не наоборот.

Особняком стоят те авторы, которые, как Spinelli, подвергают инфицированные карциномы перед лечением медному или серебряному ионтофорезу.

В нашей клинике, где препараты радия в шейку и полость матки не вводятся, на дезинфекцию влагалища не обращают особого внимания. Очистка последней производится иодом или перекисью водорода несмотря на это, нам никаких осложнений от распространений инфекций у своих больных отметить не удалось.

Техника гинекологического применения радия обычно варьируется, но в общем сводится к следующему. Перед введением Ра пациентка получает слабительное или клизму, лучше то и другое. В случаях резко болезненных нужна местная анестезия или даже люмбальная анестезия, если введение радия сочетается с небольшими хирургическими операциями, вроде подчистки или даже удаление раковых разрастаний шейки (больница St. Antoine), ионтофорезом, расширением шейки, пронизыванием иглами и т. д. В обычных случаях наркотики излишни. При введении в полость матки — предварительное зондирование (Bumm, Radiumhemmet) и бужирование Hegar'ом до 8 номера. При надобности тут же следует биопсия. После введения Ра во влагалище тщательная тампонада для фиксации препарата и оттеснения прямой кишки и мочевого пузыря, который, впрочем, менее чувствителен к Ра, чем rectum.

ПРОБНАЯ ЭКСЦИЗИЯ

Чувствительность различных видов рака к лучам различна. Эта чувствительность, кроме характера рака, зависит еще и от зрелости форм раковых клеток. Зрелые формы плоскоклеточных раков, без сомнения, реагируют значительно лучше, чем незрелые формы, а чисто железистые раки шейки не только реагируют хуже, но являются даже рефрактерными (Adler, Kehrer, Lahm). Из этого следует, что только один микроскопический контроль может показать целесообразность того или иного вида лучистой энергии при той или иной форме злокачественного новообразования матки.

Однако не все авторы относятся одинаково безразлично к биопсии. Мнение о том, что пробная эксцизия является манипуляцией, чрезвычайно вредно отражающейся на злокачественную опухоль в смысле стимулирования дальнейшего роста ее и склонности к метастазированию, — далеко не редкое явление в медицинской литературе. В частности Wintz придерживается того мнения, что пробная эксцизия является фактом, могущим ухудшающим образом влиять на рост новообразования и на дальнейшее распространение его; другие же, как Lahm, идут еще дальше и считают, что карциноматозную ткань необходимо, по возможности, беречь от всякого механического раздражения, к которым относятся и слишком частые, а в особенности чересчур энергичные гинекологические исследования. В этих случаях везде приходится думать не только о патогенных микроорганизмах, в изобилии гнездящихся на изъязвленных раковых опухолях, но и о прямом распространении раковых клеток по лимфатическим путям, вследствие простого механического давления.

Несмотря на это Fürst считает эксцизию необходимой операцией для подтверждения диагноза даже в тех случаях, когда макроскопически не может быть сомнений относительно наличия рака. Для предупреждения же могущих возникнуть при биопсии распространений раковых клеток исследование взятого кусочка следует, по его мнению, производить замораживанием, с тем, чтобы немедленно после исследования можно было приступить к лечению.

Французская школа также игнорирует боязнь биопсий и считает, что при достаточно осторожной манипуляции и при тщательной предварительной дезинфекции опасность могущих возникнуть осложнений сводится к нулю. У Regaud, напр., мы не находим никаких указаний на осложнения после эксцизии.

ДОЗИРОВКА И ТЕХНИКА ОБЛУЧИВАНИЯ

Döderlein, пришедший на основании своего опыта к заключению о необходимости исключительной актинотерапии рака матки и отказавшийся с 1912 года от операции, придерживается следующей техники: исключительно Ra — терапия проводится с 40 mg. элемента Ra при фильтре в 1 мм латуни + 1 мм резины, при интравагинальном или интраутеринном введении на 24 часа. Каждой больной отпускается 3 сеанса с интервалами в 4—6 недель. С 1918 года Döderlein стал присоединять сюда 7 маленьких полей R₀ размером в 6×8 см., также 3 сеанса с интервалами до 2 месяцев. С 1922 года вместо маленьких полей Döderlein лечит большими полями, а с 1923 года сюда присоединяется еще предварительное освещение гипофиза, которое, по имеющимся данным (некоторым) — (напр. прибавка в весе), дает благоприятные результаты. Техника освещения гипофиза: 2 поля 6×8 см. при расстоянии антикатада в 30 см., по 50% HED на sella со стороны висков.

Клиника Бумма отдает в последнее время предпочтение такому способу. Доза 100—140 mg Ra на 24—36 часов при фильтре в 0,8 золота для матки и 2 мм латуни для влагалища. При повторном лечении количество Ra уменьшается и продолжительность сеанса меньше 24 часов.

Regaud считает важным пользоваться при радиотерапии по возможности большими полями для более равномерного освещения всего предполагаемого пораженного участка. Это достигается распределением Ra по большому количеству отдельных трубочек, которыми выполняется вся полость матки и portio vag., Regaud вообще предпочитает метод использования естественных маточно-влагалищных путей радиологической хирургии. Когда канал шейки проходим, то он, по возможности, выполняется по всей длине трубочками радия. Фильтр 1,5 мм платины, или 2 мм золота + 0,1—0,2 мм алюминия и резины. При непроходимости канала шейки Regaud ограничивается вагинальным облучением и только впоследствии вставляется радий в шейку. Для предохранения слизистой увеличивается расстояние между препаратами Ra и стенкой влагалища, что достигается еще защитными пропарафинированными пробками. Препараты фиксируются пессарами. Regaud советует пользоваться наивысшими дозами, которые переносятся безболезненно нормальной тканью, в особенности наиболее чувствительной слизистой влагалища. В среднем дается 40 MC. в 4—5 дней для чего требуется количество приблизительно в 60 mg Ra. Сюда же присоединяется перкутанное облучение, исключительно j — лучами. Первоначально Regaud пользовался для этого дела 100 mg элемента радия, который он укреплял на расстоянии 6—8 см от кожи при помощи специальных нанесенных на кожу восковых настилок, в последнее же время количество Ra дошло до 4 гр., Ra применяется на специальных штативах на расстоянии 10 см. от кожи. Фильтр 1 мм платины; для защиты от излучения радий заключен в свинцовой коробке со стенками в 4 см. свинца. Количество полей от 2—7 в зависимости от локализации и распространения процесса. Продолжительность лечения 12—15 дней при 1—2 сеанса в день. Стойкость кожи к фильтруемым (к 1 мм. платины) лучам, более чем к рентгеновым лучам (при цинковом фильтре в 2,5 mm Ra применяется в тех случаях, где вставление Ra почему-либо затруднено и где имеется распространение процесса на параметрии

и по лимфатическим путям. С 1923 года проводится систематическая комбинированная R₀ и Ra терапия.

В нашем Институте обычно проводится комбинированное лечение R₀ и Ra, при чем R₀ следует впереди Ra. Количество в 50 mgr Br. в. ф. и 1 мм резины вводится во влагалище. Интраутеринно Ra не вставляется и также не применяются иглы, за неимением их. Продолжительность сеанса 48 часов, раньше проводился с промешутками в одну неделю, а за последнее время даются подряд. Различные приборы для вставления и удерживания радия признаны нашим Институтом нецелесообразными и не применяются. Ra удерживаются в надежном положении тупой тампонадой влагалища, которая еще имеет то преимущество, что тампоны впитывают в себя выделения, обычно усиливающиеся во время терапии, чего не бывает при применении приборов или при вставлении радия в канал шейки, задерживающих отток выделений. Противопоказания для применения радия указаны выше. R₀ в количестве 7 HED дается на 7 полей размером в 6×9 см.; в зависимости от величины поля увеличивается и соответственно расстояние антикатада (23 и 33 см); 3 поля спереди в области лобка и правой и левой паховой и соответственно сзади в области крестца и справа и слева от него; 7-ое поле-промежность дается в последние годы всем больным. При распространенных поражениях или у тучных женщин с дряблыми брюшными стенками, у которых деления на поля затруднены, применяются по одному большому полю спереди, сзади и промежность.

ЛЕЧИТЬ ИЛИ ОПЕРИРОВАТЬ?

Лечить или оперировать — является тем животрепещущим вопросом, который невольно напрашивается, как вывод ко всему вышесказанному и на который многие и многие желают получить определенный и ясный ответ.

Громадные усилия, которые делаются по всему свету для того, чтобы по возможности улучшить все еще неудовлетворительные или „печальные“, как выражается Seeligmann, результаты оперативного лечения рака шейки матки, ясно показывают, что в этой области не все еще обстоит благополучно и что тут не все еще сделано для того, чтобы вполне обеспечить женщину от неминуемого после операции рецидива. Правда, наибольшие препятствия здесь заключаются в трудности ранней диагностики, вследствие чего является слишком позднее обращение больных к врачу, ибо ныне является уже доказанным, что даже в ранних случаях имеются уже от 35—65% метастазов в лимфатические железы, которые не могут не ухудшать послеоперационного периода (Healy).

Но дает ли лучшие результаты актинотерапия, и можно ли вообще сравнивать оба эти вида терапии? Kimbrough отвечает на этот вопрос отрицательно, ибо сравнение результатов операции и лечения затрудняется отсутствием до настоящего времени единой классификации, а мы еще добавим — отсутствием единой техники как у хирургов, так и у актинотерапевтов, от которой в значительной степени зависит получаемые те или другие результаты. Выводы отдельных авторов говорят больше в пользу лечения. Если Kimbrough говорит, что в ранних стадиях операция и актинотерапия равноценны, в более запущенных случаях предпочтение следует отдавать лучистой энергии, то Proust считает нерациональным оперативное лечение рака шейки, за исключением ранних случаев.

Такое мнение его совпадает с выводами Еумер'а, который на основании материала Гейдельбергской к-ки (15-летний материал 247 ч.) при сравнении полученных результатов от операции и лечения приходит к выводу, что рак шейки следует лечить, так как операция не дает большого процента излечения, но связана с первичной смертностью, правда небольшой. Рак тела, наоборот, следует оперировать, ибо дает 50% излечений. Последнего взгляда придерживаются Virmann и Neil, говорящие, что при раке, тела следует по возможности, экстирпировать матку и только в тех случаях, когда операция невозможна, они дают 2.500 mgh радия в полость матки и поддерживают это лечение перкутантным облучением 1-2 гр Ra. Oppert на основании своего опыта предсказывает Ra-терапии такие же последствия, как операции, не говоря уже о том, что преимуществом Ra-терапии является незначительная первичная смертность. Frangul (Borm) указывает, что в то время, как при раке груди и желудка вопрос об операции или лечении решается в пользу операции, при раке матки наоборот,— в пользу лечения.

Jores—на основании своего материала склоняется к актино-терапии рака матки, хотя хорошо операбельные случаи он еще оперировал, а в 137 леченных им больных он только в 29 случаях оперировал, а в 137 леченных (некоторые в комбинации с операцией). К сожалению, результаты не указаны. Из 120 случаев леченных без операции он имел через 1 год 60% излечений, через 2 года—40% и через 4—5 лет—33%.

Phaller—в обзоре результатов, полученных в европейских и американских клиниках при лечении гинекологических раков, говорит, что правильно проведенное освещение с достаточной дозировкой дает во всех стадиях рака шейки больше чем какой-либо другой метод лечения. В ранних стадиях можно ожидать улучшения в 60—80% случаев, в поздних стадиях, напротив, меньше 1%, ибо чем распространнее заболевание, тем меньше шансов на излечение.

Végonin сомневается в том, чтобы результат Ra-терапии при операбельных случаях был лучший, чем результат операций у опытного хирурга, а Gagly находит, что оперативное удаление рака после Ra-терапии дает почти тот же результат, что и одна Ra-терапия без последующей операции.

В то время, как в клинике Бумма, вследствие недостаточности благоприятных результатов актино-терапии, перешли снова к операции, подвергая лечению только иноперабельных случаев, клиники Opitz'a и Döderlein'a (последняя с 1912 года) придерживаются исключительно актино-терапии.

По собранной Fürst'ом (Цюрихская Гинекологическая к-ка) статистике всех швейцарских и германских гинекологических клиник видно, что только в 6 из них применяется исключительно Rô-терапия, в то время как в 30 оперативные случаи подвергаются операции, Rô же пользуются только при рецидивах.

Grise считает, что пока не является еще доказанным, что следует предпочитать радикальную операцию или освещение Ra; при рецидивах хирургическое лечение бесполезно, в то время как лучистое лечение подчас дает еще блестящие результаты.

Ullman считает, что следует лучше лечить Ra, не представляющим жизненной опасности и дающим более высокий процент излечения, чем операция по Freund-Wertheim'a, процент излечений которой равен 25-26.

Clark указывает, что операбельные случаи с операционной смертностью в 1,4% дали при лечении одним радием на 68 случаев 5,9% излечений, а каутеризация, ампутиация и Ra с операционной смертностью в 10,6% дали на 14 случаев—42,9% излечения.

Végonin получил в начальных стадиях 75% излечений, в случаях, стоящих на границе операбельности 30%, иноперабельные дали не свыше 20%. Рецидивы

в большинстве случаев наступали в течение 2 лет, хотя в одном случае после 3 и в двух после 4 лет.

Radiumheimmet—указывает из 234 больных с инопераб. са шейки 5-летнее излечение в 39 случаях (16,7%). При 29 инопераб. рака тела 44,4% излечения.

Статистика Lynch'a, обнимающая 107 случ. рака шейки, леченных Ra с операцией и без таковой, дает в 59 инопераб. и стоящих на границе операб. через 5 лет — 5 излечений (9%). Из 22 операб. 18 было оперировано и дали 41% излечений, 4 лечились Ra и дали 25% излечения.

Его же сведения (статистика американских и германских к-к) дают на 308 леченных больных 40% излечения, а на 2.000 опериров. больных 42,1% излечений.

По клинике Бумма (Philipp и Gernick) статистика за 1913-1919 год (в одном случае рецидив через 20 лет) дает на 805 больных 123 излечений (15,7%). Из этого количества (80 оперативных случаев) дали 51 излечение (28,33%); 226 на границе операбельности 49 излечений (21,68%) и 399 иноперабельных 23 излечения (5,76%). Рак тела на 40 случаев 18 излечений (45%); оперирование по поводу рака тела матки дали 52,9 излечений.

Радикальная операция по Wertheim'у дала в этой клинике на 201 больную 82 излечения (40,79%). Операционная смертность равна 14,92%. Сводная статистика Martin'a на 129 больных с раком тела, леченных лучистой энергией дали 68 излечений через 3 и 5 лет—53%, а из 256 оперированных 161 излечений 60% через 5 лет.

К-ка Döderlein'a располагает—755 случ. раков шейки с 13,2% стойкого излечения, в то время как Würzburg'sкая к-ка дает 35% излечений (только оперирует).

Другая статистика Döderlein'a дает из 75 заболеваний 27 излечений через 5 лет 36%. Операции дали ему 58,8% излечений, послеоперационная смертность была равна 82,3%, в то время как при лечении смертность равна только 51%.

По Döderlein'у в 755 случаях наблюдения 5 лет живы и здоровы 103—13,2%.

Группа 1—110	излечено	48—43,6%
" 2—136	"	31—22 "
" 3—330	"	23—6,7 "
" 4—169	"	1

По Opitz'у в 42 случаях наблюдения от 3-4 лет живы 23—55%.

Группа 1—2	"	2—100%
" 2—9	"	5—55 "
" 3—25	"	16—55 "
" 4—1	"	6

По Kehrer'у в 129 случаях наблюдения 5 лет живы 36—27,9%.

Группа 1—19	"	11—58%
" 2—40	"	13—32 "
" 3—70	"	12—17 "

По Stiller'у в 162 случаях наблюдения 4-7 лет живы 32—20%

Группа 1—19	"	5—25%
" 2—19	"	5—25 "
" 3—143	"	28—20 "

Сводная статистика Lahma 2.427 случаев с 528 излечений—21,7%; в это число входят абсолютное количество излечений раков шейки.

BEHANDLUNG DES UTERUS KREBSSES MIT STRAHLEN-ENERGIE U. IHRE RESULTATE

G. A. LIEBERMANN

Die Technik der Behandlung war folgende: 50 mg RaB, 1 mm Messingfilter und 1 mm Gummi, vaginal eingeführt auf 48 Stunden auf einmal oder in 2 Sitzungen mit einwöchiger Pause. Die Dosis beträgt 2.400 mg Stunden RaBr. Das Radium wird in einmaliger Sitzung nach der Röntgenbestrahlung appliziert oder vor und nach der Röntgenbestrahlung in 2 Sitzungen. Röntgen: 7 Felder 6×8, bei korpusculären Frauen 2 grosse Felder von vorne und hinter und ein Dammfeld. Im Krebsinstitut werden operable Fälle operiert, inoperable kombiniert (Ra+Rô) behandelt. Nach der Operation systematische prophylaktische Röntgenbestrahlung.

О РЕНТГЕНО И РАДИОТЕРАПИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ

Б. К. РОЗЕНЦВЕЙГ

Из Украинского Государственного Рентгенологического и Радиологического Института (дир. проф. Г. И. Хармандарьян)

Карциномы губ по характеру своего образования и гистологическому строению представляют собою раки покровного эпителия — раки кожные и слизистой оболочки. Часто они возникают у красной каймы губ, на границе схождения кожи со слизистой. Преимущественным местом поражения является нижняя губа. Карциномы губ стоят на границе, и не только в анатомическом отношении, а и своими проявлениями и течением, между раками кожи и пищеварительного тракта. Им свойственен общий с первыми продолжительный прекарциномный стадий и медленный рост; а с другой стороны, большая склонность к метастазированию, отличающая раковые заболевания пищеварительных путей, хотя не в такой же мере, как у последних.

Частоту возникновения карцином нижней губы Kennedy определяет в 2% всех злокачественных новообразований и из них 98% падают на мужчин. У Stewens'a 50% всех новообразований, на лице локализованы на губах.

Среди материала злокачественных новообразований, подвергавшихся Rb-терапии в Укр. Рентген. и Радиологическом Институте, на рак нижней губы приходится около 6%. Правда, в этом материале не учтены карциномы пищеварительного тракта, где Rb-терапия применялась лишь в отдельных случаях.

Материал Украинского Государств. Рентгенологического и Радиологического Института насчитывает за время с конца 1924 г. по 1927 г., т. е. за три года (и два месяца) 117 случаев карцином губ, из них 114 приходится на рак нижней губы и только три случая с первоначальной локализацией новообразования на верхней губе. В отношении последних можно отметить, что из этих трех случаев Sa верхней губы — 1 случай приходится на женщину. Из 114 же случаев карцином нижней губы только один был у женщины (30-тилетнего возраста, по профессии домашняя работница), а остальные случаи падали на мужчин.

Как на причинные моменты образования Sa нижней губы указывают: курение табака (влияние никотина) и постоянное надавливание на углы рта трубок, местные ожоги, частые травмирования губы кариозными и больными зубами с выстоящими заострениями, порезы при бритье. Ту же роль могут также играть образующиеся на губе трещины и язвы, рубцовые изменения, бородавчатые образования, лейкоплакии.

Большинство больных нашего материала курило (часть из них пользовались трубкой), но и не мало больных совершенно не курило или задолго до заболевания оставило курение. Травма, как причинный момент, предшествовавший заболеванию, отмечена больными в семи случаях: в двух случаях — зубами, в трех случаях — ушибы и удары, в двух случаях — ранения.

Рак нижней губы может встречаться во всех формах кожного рака и рака слизистых оболочек. Начинаясь маленьким плотным узелком в коже, чаще всего ближе к тому или другому углу рта, рак нижней губы вначале растет медленно и, не вызывая болевых ощущений, долгое время может оставаться незамеченным. Обращает на себя внимание больных изъязвление, которое появляется над разрастающимся узелком, вследствие распада покровного эпителия. В отдельных случаях рак нижней губы может начинаться как переход хронического изъязвления или локально патологически измененной кожи или слизистой в карциному.

Медленно распространяясь в ширину в пределах cutis, рак нижней губы может представиться в виде плоского рака, имеющего длительное течение.

Чаще всего на нижней губе встречаются т. н. глубокие раки, развивающиеся из узелков, берущих начало из плоского покровного эпителия губ, часто также от железистых образований кожи или слизистой губы, а также волосяных сумок. Они же могут развиваться из до того времени медленно распространявшихся плоских раков. Эти глубокие раки проявляют тенденцию к быстрому росту по окружности и в глубину. Образующийся инфильтрат нестоек, наступает распад, образуются язвы, принимающие кратерообразный характер. Инфильтрат вокруг язвы, представляющий зону дальнейшего роста карциномы по окружности, имеет форму выстоящего, иногда бугристого валика, местами также распадающегося на поверхности. При распространении опухоли в подчелюстные области и в сторону шеи (где часто первичные новообразования сливаются с пакетами больших бугристых, вовлеченных в процесс, лимфатических желез), и распаде инфильтрата в глубине, этот распад может найти для себя выход через образующиеся свищевые ходы. Эти свищи могут иногда возбудить ложное подозрение на ячобы имеющееся инфекционно-гранулематозное заболевание. Отделяемое раковых язв кровянисто-серозное, часто с ихорозным запахом.

Опухолевые разрастания над поверхностью кожи в виде бугристых опухолей, иногда язвенно разрыхленных на поверхности, и сосочковые, напоминающие вид цветной капусты, — представляют следующие, также нередко встречающиеся, формы карциномы нижней губы.

Карциномы нижней губы, возникшие в слизистой оболочке, по своим формам и распространению ничем не отличаются от кожных раков. В своем развитии эти раки могут принять форму глубокого рака с кратерообразными, глубоко проникающими язвами и обширной инфильтрацией на дне и по окружности. Встречаются и бугристо-сосочковые раки, исходящие из слизистой губы.

Эти формы рака, равно как и предыдущие глубокие раки, довольно рано дают метастазы в ближайшие регионарные лимфатические железы.

Гистологически карциномы нижней губы, исходящие от кожи или слизистой, представляют плоскоэпителиальные раки и чаще относятся к типу ороговевающих, т. н. spinocellulare. Реже встречаются раки губы, развившиеся из клеток основного слоя эпителия — плоскоэпителиальные неороговевающие раки типа basocellulare.

Гистологическое строение карциномы имеет большое значение при лечении ее лучистой энергией. Гистологическая картина опухоли до известной степени определяет чувствительность ее к дей-

О РЕНТГЕНО И РАДИОТЕРАПИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ

Б. К. РОЗЕНЦВЕЙГ

Из Украинского Государственного Рентгенологического и Радиологического Института (дир. проф. Г. И. Хармандарья)

Карциномы губ по характеру своего образования и гистологическому строению представляют собою раки покровного эпителия — раки кожные и слизистой оболочки. Часто они возникают у красной каймы губ, на границе схождения кожи со слизистой. Преимущественным местом поражения является нижняя губа. Карциномы губ стоят на границе, и не только в анатомическом отношении, а и своими проявлениями и течением, между раками кожи и пищеварительного тракта. Им свойственен общий с первыми продолжительный прекарциномный стадий и медленный рост; а с другой стороны, большая склонность к метастазированию, отличающая раковые заболевания пищеварительных путей, хотя не в такой же мере, как у последних.

Частоту возникновения карцином нижней губы Kennedy определяет в 2% всех злокачественных новообразований и из них 98% падают на мужчин. У Stewens'a 50% всех новообразований, на лице локализованы на губах.

Среди материала злокачественных новообразований, подвергавшихся Rb-терапии в Укр. Рентген. и Радиологическом Институте, на рак нижней губы приходится около 6%. Правда, в этом материале не учтены карциномы пищеварительного тракта, где Rb-терапия применялась лишь в отдельных случаях.

Материал Украинского Государств. Рентгенологического и Радиологического Института насчитывает за время с конца 1924 г. по 1927 г., т. е. за три года (и два месяца) 117 случаев карцином губ, из них 114 приходится на рак нижней губы и только три случая с первоначальной локализацией новообразования на верхней губе. В отношении последних можно отметить, что из этих трех случаев Sa верхней губы — 1 случай приходится на женщину. Из 114 же случаев карцином нижней губы только один был у женщины (30-тилетнего возраста, по профессии домашняя работница), а остальные случаи падали на мужчин.

Как на причинные моменты образования Sa нижней губы указывают: курение табака (влияние никотина) и постоянное надавливание на углы рта трубок, местные ожоги, частые травмирования губы кариозными и больными зубами с выстоящими заострениями, порезы при бритье. Ту же роль могут также играть образующиеся на губе трещины и язвы, рубцовые изменения, бородавчатые образования, лейкоплакии.

Большинство больных нашего материала курило (часть из них пользовались трубкой), но и не мало больных совершенно не курило или задолго до заболевания оставило курение. Травма, как причинный момент, предшествовавший заболеванию, отмечена больными в семи случаях: в двух случаях — зубами, в трех случаях — ушибы и удары, в двух случаях — ранения.

Рак нижней губы может встречаться во всех формах кожного рака и рака слизистых оболочек. Начинаясь маленьким плотным узелком в коже, чаще всего ближе к тому или другому углу рта, рак нижней губы вначале растет медленно и, не вызывая болевых ощущений, долгое время может оставаться незамеченным. Обращает на себя внимание больных изъязвление, которое появляется над разрастающимся узелком, вследствие распада покровного эпителия. В отдельных случаях рак нижней губы может начинаться как переход хронического изъязвления или локально патологически измененной кожи или слизистой в карциному.

Медленно распространяясь в ширину в пределах cutis, рак нижней губы может представиться в виде плоского рака, имеющего длительное течение.

Чаще всего на нижней губе встречаются т. н. глубокие раки, развивающиеся из узелков, берущих начало из плоского покровного эпителия губ, часто также от железистых образований кожи или слизистой губы, а также волосяных сумок. Они же могут развиваться из до того времени медленно распространявшихся плоских раков. Эти глубокие раки проявляют тенденцию к быстрому росту по окружности и в глубину. Образующийся инфильтрат нестоек, наступает распад, образуются язвы, принимающие кратерообразный характер. Инфильтрат вокруг язвы, представляющий зону дальнейшего роста карциномы по окружности, имеет форму выстоящего, иногда бугристого валика, местами также распадающегося на поверхности. При распространении опухоли в подчелюстные области и в сторону шеи (где часто первичные новообразования сливаются с пакетами больших бугристых, вовлеченных в процесс, лимфатических желез), и распаде инфильтрата в глубине, этот распад может найти для себя выход через образующиеся свищевые ходы. Эти свищи могут иногда возбудить ложное подозрение на ячобы имеющееся инфекционно-гранулематозное заболевание. Отделяемое раковых язв кровянисто-серозное, часто с ихорозным запахом.

Опухолевые разрастания над поверхностью кожи в виде бугристых опухолей, иногда язвенно разрыхленных на поверхности, и сосочковые, напоминающие вид цветной капусты, — представляют следующие, также нередко встречающиеся, формы карциномы нижней губы.

Карциномы нижней губы, возникшие в слизистой оболочке, по своим формам и распространению ничем не отличаются от кожных раков. В своем развитии эти раки могут принять форму глубокого рака с кратерообразными, глубоко проникающими язвами и обширной инфильтрацией на дне и по окружности. Встречаются и бугристо-сосочковые раки, исходящие из слизистой губы.

Эти формы рака, равно как и предыдущие глубокие раки, довольно рано дают метастазы в ближайшие регионарные лимфатические железы.

Гистологически карциномы нижней губы, исходящие от кожи или слизистой, представляют плоскоэпителиальные раки и чаще относятся к типу ороговевающих, т. н. spinocellulare. Реже встречаются раки губы, развившиеся из клеток основного слоя эпителия — плоскоэпителиальные неороговевающие раки типа basocellulare.

Гистологическое строение карциномы имеет большое значение при лечении ее лучистой энергией. Гистологическая картина опухоли до известной степени определяет чувствительность ее к дей-

Необходимо тут же отметить, что не всегда, как это и отмечают многие авторы, увеличенные лимфатические железы при раках нижней губы являются карциноматозно пораженными. Нередко в удаленных инфильтрированных железах не находили карциноматозных клеток. Однако, шансы на излечение в значительной мере увеличиваются, если наряду с первичным поражением на губе во всех случаях были удалены регионарные лимфатические железы.

Подробно этим вопросом занималась группа авторов — Regaud, Lacassagne, Roux-Berger, Coutard, Monod, Peerquin et Richard из Радиологического Института в Париже (Strahlentherapie Bd. 26, H. 2). По мнению этих авторов, железы должны быть преимущественно удалены оперативным путем. Лечение инфильтрированных желез должно быть предпринято только тогда, когда имеются шансы на излечение первичного поражения.

Материалы этих авторов обнимают 112 случаев раков губ, подвергавшихся лечению в Парижском Институте за время 1919—1925 г. включительно (7 лет). Из этого числа 10 случаев карцином верхней губы; все излечены (они очень редко дают метастазы в железах); у 20 больных первичное поражение не могло быть излечено с самого начала и 6 умерло от других заболеваний. Из оставшихся 76 случаев — 41 операбельных, 18 на границе операбельности и 17 иноперабельных случаев. 17 из этих 76 случаев умерли вследствие карциноматозного поражения желез, 59 больных остались живы и свободны от карциномы в продолжение одного года и максимум 7 лет.

В отношении поражения желез в указанных 76 случаях дело обстоит так: в 13 случаях ни в начале, ни по окончании лечения железы не обнаруживались. В 63 случаях железы были увеличены и прощупывались, при чем у 16 больных железы были оперированы и удаленные инфильтрированные железы подвергнуты гистологическому исследованию. В 6 из этих 16 случаев карциноматозных клеток в железах не оказалось. Очевидно, что и среди остальных 47 случаев далеко не все инфильтрированные железы были карциноматозно поражены, так как часть больных без всякого лечения желез осталась клинически здоровой. Regaud определяет число случаев, свободных от карциномы в железах, хотя бы увеличенных, приблизительно в 60%.

По статистике Broder'a из Клиники Mayo, приводимой в своей работе Dubois-Roghebert, видно, что из 449 случаев карцином губ, у которых оперативным путем удалены были железы в подчелюстных областях, железы карциноматозно поражены были 105 раз (23%). По Bloodgood'у в удаленных при карциноме губы железах только в 25% были найдены карциноматозные метастазы.

Несмотря на это, наиболее обеспечивающим успех лечения является метод удаления первичного поражения на губе вместе с регионарными лимфатическими железами. Так, по сборной статистике Brewer'a (между ними его собственная), обнимающей много случаев карцином губы, вытекает, что излечение, в случаях, где произведено было оперативное удаление только первичного поражения, определяется в 66% всех случаев. Операции же на губе вместе с удалением желез дают 92% излечений.

По вопросу о том, какому методу лечения отдавать предпочтение при карциноме нижней губы, большинство авторов высказывается за оперативное лечение, или за хирургическое лечение, комбинированное с применением лучистой энергии.

Jüngling (Tübingen) рекомендует оперативное лечение карциномы губ. Большинство статистик дает 80% излечений.

Из приводимых Beck'ом (клиники в Kiel'e) статистик заимствуем: операции с удалением желез дали у Edel, Halström:

80% излечений 3-летней давности. У Perthes'a из 17 операбельных случаев лечение лучистой энергией дало 70% излечений 2-летней давности. Рост также за оперативное лечение. Proust рекомендует хирургическое иссечение с последующим профилактическим облучением. У Janway из 24 случаев 50% были рефрактерными при лечении лучистой энергией. Собственные 19 случаев Beck'a оперированные включая удаление желез, и затем профилактически облученные дали 79% длительного излечения (3-9 лет); 3 случая иноперабельные, облученные радием и рентгеном, дали временное улучшение, но не излечение. Muir получает излечение при

операциях в 60 и 93% при одновременном удалении непораженных желез и 33—34% при наличии метастаза в железах. Он же рекомендует электрокоагуляцию или радий с последующим рентгеновским облучением.

Клиника Schmieden'a, также и Holfelder считают преимущество за оперативным лечением.

Ewing (New-York) различает 2 различные формы карциномы губ: инфильтрирующая, язвляющаяся форма, с ороговевающей основой, растет медленно; лимфатические железы всегда вовлечены в процесс; рецидивы и метастазы, даже после тщательной экстирпации желез, появляются часто. Вся губа, хотя бы рак оперирован в пределах макроскопически видимой здоровой ткани, рассматривается автором, как-бы находящейся в предопределенной стадии карциномы. Облучение радиевое, щадящее лимфатические и кровеносные сосуды, имеет, по мнению автора, преимущество перед хирургическим методом. 2-ая форма — это плоская, бородавчатая, папиллозная; она возникает на почве себорройного дерматита и быстро распространяется в ширину. В виду значительного протяжения, захватываемого опухолью, более подходящим методом лечения, чем операция, является облучение. В отношении регионарных лимфатических желез автор требует индивидуального подхода. Если железы неподвижны, а спаяны с подлежащей тканью, экстирпация желез может способствовать распространению остатков карциномы по ходу лимфатических сосудов и нервных стволов. Тут показано относительно сильное облучение. Допустимо удаление желез после предварительного облучения.

По Kennedy (Indianapolis), терапия только хирургическая так же мало удовлетворяет, как само рентгенолечение. Комбинация обоих методов дает лучшие результаты. Электрокоагуляция в соответствующих случаях дает хорошие результаты, улучшающиеся в соединении с лучистой энергией. Автор применял радиотерапию в своих 150 случаях с весьма индивидуальной дозировкой. Результаты были удовлетворительны. Однако карциномы, давшие метастазы в железах, по мнению Kennedy, имеют мало шансов на успех лечения лучистой энергией.

По мнению Regaud и его сотрудников радиотерапия может подкрепить значение оперативного вмешательства и может сама по себе иметь значение. Эти авторы решились с 1925 г. оперативным путем удалить все железы, кажущиеся подозрительными на карциноматозное поражение и операции дополнять радиотерапией.

Stewens находит преимущество лечения за электрокоагуляцией, не дающей метастазирования, так как при этом сосуды (кровеносные и лимфатические) закупориваются. Затем, освещение рентгеновскими лучами и радием. Неоперабельные случаи подлежат лечению Рентгеном и радием; при рентгенотерапии большие дозы.

Краткое резюме литературных данных сводится к следующему. При местном только поражении карциномы нижней губы получают одинаково хорошие результаты как от оперативного вмешательства, так и при лечении лучистой энергией. При обширном местном поражении лучшие результаты достигаются лучистой энергией. Преимущество за радием. Подчеркивается значение метода возможно длительного (в пределах толерантности окружающей здоровой ткани) воздействия на опухоль радия, также эманация радия (и thorium X).

При рентгенотерапии — массивные дозы; повторные облучения. Среди оперативных методов рекомендуется и электрокоагуляция.

При карциномах нижней губы, осложненных метастазами в регионарных железах, шансы на излечение весьма понижаются.

Гистологическими исследованиями установлено, что в более чем в 50% случаев увеличенные лимфатические железы свободны, от карциноматозного поражения. Однако, необходимость удаления, главным образом, оперативным путем сколько-нибудь заметных, хотя бы и не подозрительных на наличие метастаза, регионарных желез подчеркивается почти всеми авторами. Отдельные авторы ограничиваются периодическим наблюдением, после ликвидации первичного поражения на губе, за состоянием желез с тем, чтобы, в случае их увеличения, своевременно их удалить.

Рекомендуется комбинированное лечение оперативным путем и лучистой энергией—рентгеновскими лучами и радием, а также основное лечение первичного поражения лучистой энергией дополнить удалением оперативным путем увеличенных желез.

Подчеркивается, что послеоперативные рецидивы весьма мало поддаются действию лучистой энергии.

В отдельных, кажущихся инкурабельными, случаях может иногда получиться неожиданно хороший эффект от лечения лучистой энергией. Показательным примером в этом отношении может служить наш случай.

Больной Гр., 46 л. телеграфист. оперирован 3-X-24 г. по поводу частично изъязвившейся опухоли, захватившей половину губы. При операции удалены были почти вся нижняя губа и подчелюстные железы. Через 5 месяцев после операции появился рецидив в виде язвы на подбородке и увеличения подчелюстных желез слева. С ноября 1925 г. до середины 1927 г. лечился радием, давшим улучшение, но не приостановивший роста опухоли. С середины 1927 г. наступило резкое ухудшение. Опухоль стала быстро расти и изъязвляться, а к 22-11—1928 г., когда больной поступил для рентгенотерапии, status был следующий: весь подбородок и подчелюстные области спереди заняты большой, бугристой, свисающей вниз опухолью, величиной с мужской кулак. Опухоль местами изъязвлена, местами покрыта струпилами. Значительные, весьма зловонные отделения.

Применены 3 сеанса R \ddot{o} -терапии:

Место облучения	Поле	Кожн. фок. расст.	Напр. лучей	Доза
27-II—1928 г. подбородок и подчелюстн. обл. справа	8×8 ст.	25 ст.	D—S	100%
28-II „ то же слева	8×8 „	„	S—D	100%
29-II „ подбородоч. обл. снизу	8×8 „	„	V—D	90%

15-V—1928 г. Status: значительное улучшение. Опухоль исчезла до небольшого остатка. Прощупывается уплотнение величиной со сливу на подбородке. В подбородочной и подчелюстной области слева инфильтрат. Выявился дефект кости нижней челюсти. На рентгенограмме обнаружена fractura pathologica нижней челюсти в среднем отделе, вызванная прорастанием опухоли.

Повторное облучение:

Место облучения	Поле	Кожн. фок. расст.	Напр. лучей	Доза
15-V—1928 г. Подбородок	8×8 ст.	25 см.	V—D	100%
16-V „ Челюсть и подчел. обл. слева	8×8 „	„	S—D	80%
17-V „ то же справа	8×8 „	„	D—S	70%

4-VII 1928 г. Status: Кроме небольшого уплотнения на остатке губы и подбородке, в центре которого имеется свищевой ход, ведущий к месту перелома челюсти, от бывшей опухоли и инфильтрата ничего больше не осталось. Общее состояние больного удовлетворительное. Жалуетесь на боль, причиняемую больной челюстью.

1 сеанс р-терапии на область губы и подбородка.

Техника наша рентгеновского облучения следующая: Neo-Intensiv—Reform Apparat 170—180 киловольт. напряжения, фильтр 0,5 Cu плюс 1,0 алюм. трубки Gross-Metro и AEG 3,0 MA, поле 8×8 ст., кожнофокусное расстояние 25—32 ст. Дозы 90% до 120% НЕД на поле при язвенной поверхности.

Из случаев рецидивов после операции, излеченных лучистой энергией, приводим краткие извлечения из историй болезней 3 наших больных.

1. Больной Д. 54 лет, по профессии ремонтный жел.-дор. рабочий, болен с 1923 г. На нижней губе у правого угла рта образовался небольшой прыщик. Безуспешное лечение домашними средствами в течение 2 месяцев заставило больного обратиться к врачу, направившему его в больницу, где больному в 1924 г. произведена была операция. После операции образовался свищ, с течением времени все увеличивающийся. В начале 1925 г. больной был вторично оперирован. 24-IV 1925 г. больной поступил для рентгенотерапии.

Status: Значительная часть нижней губы отсутствует. У угла нижней губы справа операционный рубец, идущий вправо и книзу под подбородок. $\frac{3}{4}$ подбородка преимущественно справа и правая сторона нижней челюсти пальца на два вправо занята опухолью твердой, бугристой консистенции. Под подбородком близ операционного рубца имеется глубокий язвенный фистулезный ход с подрывными краями. 24-IV и 25-IV 1925 г. 2 сеанса р-терапии по 90% НЕД каждый. 25-I 1926 года опухоль на нижней челюсти и губе совершенно исчезла. В настоящее время имеется втянутый рубец на нижней губе, местами спаянный с костью нижней челюсти.

26-I —1926 г. 1 сеанс на губу	80% НЕД.
11-IV —1927 г. 1 „ рентген-терапии на подчелюстн. област. справа	80% НЕД.
6-XII —1927 г.	инфильтраций нигде нет. Железы не прощупываются.
26-I —1928 г.	рецидива нет.
16-V „	то же.

2. Больной Чер. 48 л., служащий, болен 1 $\frac{1}{2}$ года. На нижней губе появилась твердая опухоль величиной с крупную фасоль. Постепенно опухоль распространилась, захватив значительную часть губы. Одновременно появились увеличенные подчелюстные железы. В 1925 г. произведена операция, состоявшая в удалении опухоли на губе и увеличенных подчелюстных желез. Через 1 год после операции появились на нижней губе трещины и незаживавшие язвочки.

Status 23-III—1926 г. На нижней губе большой операционный рубец; губа покрыта трещинами и небольшими язвами, прощупывается инфильтрат на губе, шейные железы справа увеличены.

Облучение: 3 серии сеансов рентгенотерапии:

23-III—26-III—1926 г. 2 сеанса	по 90% НЕД.
24-III—25-I „ 2 „	„ 90% „
14-III—15-XI „ 2 „	„ 90% „

Добавление радия в количестве 750 mg. RaEh в 3 приема.

9-I—1928 г. инфильтрат и язвы на губе исчезли. Рецидива нет. Железы не увеличены.

3. Больной С. 65 лет болен 2 год. Началось с незаживавшей трещины на губе. В сентябре 1925 года операция на нижней губе с удалением подчелюстных желез. В январе 1926 г. снова появились язвочки. Примененная в другом месте поверхностная рентгено-терапия не давала результатов, из язвочки увеличивалась.

Status 27-X 1926 г. На нижней губе язвочки величиной с небольшую серебряную монету с четко очерченными краями и инфильтрованным дном. Плотные, но не крупные подчелюстные и шейные железы.

Облучение: 2 серии сеансов рентгенотерапии, радий дробными дозами, всего 1000 mgh RaE. (д-р А. Г. Ченч) 22-VI 1928 г. здоров. Рецидива нет. Состояние хорошее.

Отчетный наш материал, насчитывающий, за небольшим лишь исключением, прогрессирующие случаи рака нижней губы, в том числе в подавляющем количестве случаев рецидивы после операций, представляла чрезвычайно неблагоприятный объект для рентгенотерапии и радиотерапии. Сюда входят также случаи инкурабельные, которым в надежде на паллиативный эффект р-терапии из соображений гуманности, мы не считали возможным отказывать в лечении.

Если сопоставить наш материал с приводимой выше статистикой французских авторов Regaud и др., то придется констатировать разительное несоответствие между качеством того и другого материалов и тот печальный факт, что наши больные в большинстве случаев являются на лечение уже в безнадежном, в смысле возможности излечения состоянии.

Приведенная нами статистика обнимает все случаи обращения в кабинет глубокой R₀-терапии Института для лечения и в расчет при рассматривании результатов R₀-терапии приниматься не может. В более чем 60% всех наших случаев полного систематического лечения лучистой энергией не могло быть проведено.

Большинство больных, гл. образом, крестьяне, получив по 1 серии сеансов р-терапии, на назначенное им повторное облучение не являлись, или же являлись со значительным опозданием уже в стадии инкурабельности. Лечение, по вине больных, либо в силу тяжести заболевания, не было доведено до конца. Так, 69 больных получили только по 1 серии сеансов и на повторное лечение после того больше не являлись, 30 больных получили по 2 серии сеансов и только 15 человек являлось на повторное лечение, получив по 3 и более серий сеансов R₀-терапии.

Из числа 39 больных из категорий иноперабельных случаев и рецидивов после операций, которым более или менее регулярно удалось провести R₀-терапию, результаты лечения, поскольку удалось получить сведения о больных, определяются следующим образом:

В 7 случаях клиническое излечение длительностью от 1/2 года и до 3 лет, т.-е. 18%. Временное порою значительное улучшение получено было у 15 больных; у 17 больных лечение было безрезультатно.

Конечно, проц. успешности лечения невелик, но если учесть все те моменты, какие выявляются при разборе нашего материала, то целесообразность лечения лучистой энергией, при условии улучшения качества материала, — станет неоспоримой. Необходимо, чтобы лечение было своевременно начато и планомерно проводится. В сильно прогрессирующих случаях рака губы и рецидивов в лимфатических железах, шансы на излечение весьма малы. Последнее положение должно быть принято к сведению лечащими врачами.

Тяжесть заболевания в наших условиях может быть иллюстрирована следующими данными: из числа умерших больных, о которых имеются сведения, 5 человек умерло через 1 неделю до 1 месяца после освещения, 14 больных умерло в течение времени от 2 и до 6 месяцев от начала лечения рентгеновскими лучами.

Из операбельных случаев, которых в нашем материале имелось 3, выздоровели 2, из них 1 в продолжение 3 лет, 2-ой — 8 мес. и 1 случай неизвестен.

Что касается профилактического облучения после операций, то таковых в нашем материале насчитывается 8 случаев. Из них 5 остались без рецидива от 6 месяцев до 2 лет; один дал рецидив и 2 неизвестно. Эти цифры слишком малы, чтобы делать выводы относительно значения профилактического облучения для предотвращения рецидивов. Положительное значение профилактического облучения весьма вероятно. В пользу профилактического облучения высказываются также ряд авторов.

Еще несколько цифровых данных, относящихся к нашему материалу: из числа 86 случаев, давших рецидивы после операций,

20 больных были оперированы дважды. 5 больных по 3 раза. Можно было еще отметить, что в отдельных случаях, вторая операция заключалась в удалении увеличенных желез, которые были либо оставлены при первой нерадикально произведенной операции, либо они в момент первой операции не прощупывались.

Относительно того, через какой промежуток времени можно считать наступившее излечение стойким, Regaud и его сотрудники высказываются в том смысле, что появление рецидивов на месте первичного поражения или в железах после промежутка времени в 3 года представляет большую редкость и этот срок эти авторы считают практически достаточным для заключения о выздоровлении. В нашем материале рецидивы после операций наступали самое позднее через два года, чаще всего через несколько месяцев после операции и в отдельных случаях уже через одну-две недели.

В качестве предупреждающего лечения Stevens (Montclair) рекомендует профилактику, по которой всякие изменения на губе в известном возрасте, как-то трещины, язвы, бородавчатые образования, должны быть тщательно удалены или разрушены термокаутером, даже при отсутствии каких-либо признаков злокачественного новообразования.

На основании нашего личного опыта и литературных данных, наши выводы по вопросу о лечении рака нижней губы мы должны формулировать в следующих положениях:

1) Общее требование в отношении злокачественных новообразований о необходимости возможно рано приступить к лечению — сохраняет свою силу и по отношению к раку нижней губы. Следует иметь в виду, что в запущенных случаях и при рецидивах после операций в железах, шансы на излечение лучистой энергией весьма малы.

2) Лечение должно быть с самого начала радикальным и по возможности одномоментным. Радикальность лечения понимается в одновременном воздействии на первичное поражение и регионарные железы. Необходимость соблюдения этих требований диктуется особенностями материала у нас по карциноме нижней губы, главным образом, социальным составом больных.

3) Наиболее отвечающим нашим современным условиям и возможностям методом лечения рака губы является хирургический метод. Может быть рекомендовано послеоперационное профилактическое рентгеновское облучение.

Тут же должно быть выставлено требование, чтобы оперативное вмешательство, — и это должно иметь силу в отношении всех злокачественных новообразований — производилось же квалифицированными силами, операция не вполне опытными руками может оказаться скорей вредной, чем полезной и лучше бы ее тогда не производить.

4) Целесообразно комбинированное лечение лучистой энергией первичного местного поражения (интенсивным облучением) с оперативным удалением желез.

Нельзя рекомендовать облучение регионарных желез по следующим соображениям: метастазы в железах отличаются, как отмечают многие авторы, большой резистентностью к действию лучистой энергии. При рентгенооблучении увеличенной карциноматозной железы, вместе с ней в сферу действия лучей включаются и могут повреждаться ряд соседних, еще здоровых лимфатических желез. Регионарным же лимфатическим железам приписывается

роль защитного органа, они представляют собою как бы барьер на пути распространения карциноматозных клеток. С этой точки зрения является более рациональным там, где это только технически выполнимо, оперативное удаление увеличенных желез, чем прибегать в этих случаях к рентгенолечению. Оперативное удаление увеличенных желез выгодно еще в том отношении, что позволяет, помощью гистологического исследования, выяснять характер изменений в железах и вместе с этим прогноз случая.

В тех случаях, где по техническим причинам локального характера оперативное удаление карциноматозно пораженных желез невозможно, может иногда с большим, по сравнению с рентгенолечением, успехом быть применена радиотерапия с относительно большого источника — кожного расстояния. Однако, для этого метода требуются значительные количества радия.

5) В иноперабельных случаях и при рецидивах после операций показана рентгенотерапия, также радиотерапия.

6) Лечащие врачи и особенно хирурги должны нести заботу о дальнейшей судьбе больного и взять на себя т. с. профилактически-просветительную миссию. Помимо врачебных указаний общего характера должно внушить больному сознание того, что до известного срока, примерно 3 года, он не может считать себя окончательно выздоровевшим и что рецидивы возможны. Ввиду этого больной должен следить за собой и, в случае появления рецидива на губе или увеличенной железе, он должен немедленно обратиться за надлежащей медпомощью.

7) Методы и техника лечения лучистой энергией рака губ нуждаются еще в дальнейшей разработке и усовершенствовании.

Из способов лечения лучистой энергией заслуживают внимания следующие методы: радиолечение экстраинтрамуральное, малыми очагами радия, рассчитанными на длительное облучение в течение многих дней. Радиотерапия надопухолевыми массивными дозами в более короткий срок. Лечение эманацией радия или палочками тория X, действующие в непосредственной близости в карциноматозной ткани, с постепенно убавляющейся интенсивностью, в продолжение нескольких дней. Радиопунктура. Рентгенотерапия практически гомогенными лучами и массивными дозами. Комбинированное лечение рентгеновскими лучами и радием.

8) Нельзя, однако, ожидать значительного улучшения результатов лечения лучистой энергией рака нижней губы, как и раковых заболеваний вообще, до тех пор, пока качество материала, в отношении запущенности случаев не будет улучшено.

Многое в этом направлении могут сделать врачи на местах в медучастках и врачебных пунктах.

Планомерная борьба с раком должна начинаться низовыми врачебными силами.

ZUR RÖ- u. RADIOTHERAPIE DES UNTERLIPPENKREBSSES

B. K. ROSENZWEIG

Aus dem Ukrainischen Staatlichen RÖ- u. Radiuminstitut zu Charkow

(Leiter: Prof. G. I. Charmandarjan)

Unter den bösartigen Neubildungen, die im Ukr. RÖ- u. Radiuminstitut der Tiefentherapie unterzogen wurden, entfiel ein nicht unerheblicher Prozentsatz auf den Lippenkrebs.

In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle fanden wir die Erkrankung auf der Unterlippe lokalisiert. Des weitern ist zu bemerken, dass das Leiden fast ausschliesslich das männliche Geschlecht betraf u. zwar vorzugsweise solche Personen, die schwere physische Arbeit zu verrichten hatten, darunter viele Bauern.

Von den 117 Lippenkrebsen, die der Behandlung zugeführt wurden, erwies sich nur in 3 Fällen die Oberlippe affiziert, während in allen übrigen (114) Fällen die Erkrankung die Unterlippe betraf, wo bei unter all'diesen Kranken sich bloss eine Frau befand.

In vernachlässigten Fällen erscheint der Unterlippenkrebs als sehr schweres Leiden, das in kurzer Zeit zum Tode führt. In den Anfangsstadien dagegen bietet dieses Karzinom ein sehr günstiges Objekt sowohl für einen operativen Eingriff als auch für die Behandlung mit Strahlenenergie.

Somit ist bezüglich des Lippenkrebses die allgemein gültige Regel zu beobachten nämlich die Forderung einer möglichst frühzeitigen Behandlung. Es ist stets im Auge zu behalten, dass in vernachlässigten Fällen u. bei Rezidiven nach Operation die Aussichten auf Heilung vermittelst der RÖ- strahlen überaus gering sind.

Die Behandlung muß von vornherein eine radikale sein und darf sich keinesfalls auf den Primäraffekt beschränken, sondern muß auch die Drüsenmetastasen in ihren Bereich ziehen.

Der operativen Behandlung der Primärherde wie auch der regionären Drüsen ist in vielen Fällen (auf Grund allgemeiner, örtlicher, mit dem Krankheitszustand nicht in Zusammenhang stehender, Verhältnisse) der Vorzug zu geben.

Zweckmässig erscheint die Behandlung des lokalen Primäraffektes mit Strahlenenergie (intensive Bestrahlung) kombiniert mit operativer Entfernung der regionären Lymphdrüsen.

Ein am Lippenkrebs Kranker muß nach erfolgter Heilung noch einen gewissen Zeitraum (etwa 3 Jahre) hindurch unter ärztlicher Beobachtung verbleiben. Auch muß den Kranken nachdrücklichst eingeschärft werden, daß sie im Laufe dieser Zeit selbst auf ein etwaiges Rezidiv am Ort der Primärerkrankung oder an den Drüsen achten.

Es ist durchaus mit allen zu Gebote stehenden Mitteln eine Verbesserung des zur Behandlung kommenden Krankenmaterials anzustreben, da nur möglichst frühzeitige Diagnose und dementsprechend - Behandlung zu einer Hebung der bisher im Allgemeinen doch noch unbefriedigenden Resultate der Therapie führen kann.

ЛИТЕРАТУРА

- Beck. Strahlentherapie. Bd. XIX, H. 2. Coste. Journal de Radiologie. Vol. X. Desplats. Strahlenther. Bd. XVII. S. 673. Duffu. Radiology. 1927, 9/5. Ewing. Radiology. 1927, 9/5. Guffin Mc. Canad. med. ass. journ. oct. 1925, реферировано по Internat. Radiotherap. Bd. I, S. 516 и 933. Hallström. Zbl. für Chirurgie 1907. S. 902. Halberstaedter und Simons. Strahl. Bd. XX H. 2. Holfelder. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1924, № 10. Jüngling Strahl. Bd. XIV H. 4. Kurtzahn. „Die Chirurgie“. 1926. Bd. I. Kennedy. Radiology April. 1925. Lenz. Americ. Journ. of roent. a. radiumth. 1926, № 3. Lammers. Acta Radiol. H. 11/6. Muir. Radiology. Vol. VII. 1926. Martenstein. Klin. Woch. 1922. № 26. Нерпина. Вестник рентг. и радиолог. Том III, вып. 3-4. Неменов и Гроссман. Рентг. и радиолог. Том V, вып. 2-3. Schoenhof. Med. Kl. 1924, № 35. Schreiner. Acta Radiologica. Vol. VII. Simpson. Lehrb. d. Strahlentherapie. Bd. I. S. 594, 596. Regaud. Lacassagne и др., Strahlent. Bd. 26. H. 2. там же и литератур. указатель Rost Strahlenther. Bd. XV. Wassink. De behandeling van lipkanker Neder. tijdschr. voor genees Kunde 1926; реферировано по internat. Radiother. Wetterer's. Bd. II.

СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МАТКИ

НАУЧНЫЙ ОБЗОР

Д-Р Б. О. ИЗАКСОН

Проблема злокачественных опухолей уже давно продолжает оставаться в центре внимания гинекологических клиник, — с трудом можно встретить хотя бы один номер журнала по Акушерству и Гинекологии, где бы в том или ином виде не рассматривалась какая-либо из сторон этого вопроса.

Поэтому представляется целесообразным в рамках научного обзора периодически систематизировать и подводить итоги тому, что появляется на страницах медицинских изданий в отношении клиники злокачественных образований матки в течение определенного времени (в настоящем обзоре преимущественно в течение одного последнего года).

Соответственно практической важности главное внимание исследователей сосредоточено на раке шейки и отчасти теле матки.

Из работ, посвященных описанию казуистических наблюдений и связанных с ними вопросов, мы остановимся на некоторых. Так, Хаюгин описывает не частый (по различным статистикам 1,28 до 1,97%) случай первичного множественного ракового заболевания: у 6-ой 11 лет тому назад операция по поводу рака груди (гистологическое исследование не произведено). 11 лет спустя операция по поводу рака матки с диагнозом *Carcinoma planocellulare polymorphe et adeno carcinoma cervicis et corporis uteri*. Таким образом, перед нами случай двойственного, а может быть, и тройственного начала ракового процесса. Случай карциносаркомы сообщает Schiffman (до него по данным Halban'a и Seitz'a 51 наблюдение). Патолого-анатомическое исследование показало преобладающий рост саркоматозных клеток в сравнении с карциноматозными, что как будто наводит на мысль о победоносной борьбе соединительно-тканых злокачественно перерожденных клеток по отношению к эпителиальным. Автор указывает, что возможность образования двух различных злокачественных опухолей представляется вполне вероятной. Ehrlich и Aroland, вводя мышам в вагину деготь, 24 раза получали рак, а один раз — саркому. В приведенном случае обнаружен метастаз рака (не саркомы) в яичнике, наблюдение, которое как будто подтверждает то, что саркома предпочтительнее распространяется по кровеносной системе, а Са по лимфатической. Такой же метастаз Са по лимфатической системе параметрии имел и Fels, также публикующий случай соединения саркомы и рака — *myoepithelioid sarcoma et adenocarcinoma*. Комбинации жировых опухолей матки с злокачественными встречаются чрезвычайно редко, они были описаны всего 2 раза Veneke и Mayer'ом; A. Springer присоединяет и свое наблюдение — *lipofibromyosarcoma*. Происхождение этих опухолей объясняется, по мнению Franque, метаталазией соединительной мышечной ткани, Mayer же полагает, что здесь речь идет об эмбриональной закладке, когда жировая ткань переходит в матку между Мюллеровыми и Вольфовыми ходами из параметральной ткани, проходящей между ними, и распространяется вдоль сосудов. Springer присоединяется к последнему взгляду, тем более, что и в его случае отложение жировых клеток наблюдалось преимущественно вдоль сосудов. Наконец, Gross и Adler описывают случаи гроздевидной саркомы шейки матки, последний — у девочки. До него в литературе известно 41 наблюдение, все с крайне неблагоприятным течением. Выздоровление отмечено всего в одном случае.

Одним из наиболее важных и вместе с тем еще неразрешенных вопросов есть вопрос о ранней диагностике злокачественного образования; в отношении рака шейки матки последние исследования некоторых иностранных авторов дают в этой области ряд новых сведений. Так, еще исследования Schottlander'a и Kermagner'a показали, что в ряде ранних стадий рака *portionis*

дело идет отнюдь не о прорастании злокачественно-перерожденных клеток вглубь подлежащих тканей, а о поверхностном процессе, затрагивающем исключительно эпителиальные слои шейки. Здесь, следовательно, характерной для злокачественных опухолей стадии проникновения клеток в подлежащие ткани предшествует стадия их поверхностного распространения. Bowin, Hinselmann и др. эта стадия рассматривалась, как „преканцерозная“ — Carrel, а за ним Schiller и др. принципиально не отличают ее от настоящего рака, временно лишь не распространяющегося в глубину. Hinselmann использует этот чрезвычайно важный для клинки факт, открывая при помощи особого аппарата (кольпоскопа), увеличивающего в 10—30 раз на шейке и сводах матки беловатые мутные, с белыми границами образования — *leukoplakii*'и, которые в случаях, предоставленных самим себе, переходят в обычную карциному. Эти лейкоплакии, поскольку они не являются лейкоплакиями сифилитического или иного происхождения, что, конечно, легко удастся выяснить путем соответственного патолого-анатомического исследования, под микроскопом выказывают строение, свойственное злокачественному эпителиальному разрастанию — одичание клеток, атипическое строение, полиморфия ядер, в смысле их формы величины и способности к окраске, частые митозы и т. д. Своевременным вмешательством, т. е. обыкновенной ампутацией шейки, по Hinselmann'у можно окончательно излечить женщин с такого рода преканцерозной (терминология Bowin'a) стадией рака или самым его началом (терминология Карреля). Исследования Hinselmann'a в общем подтверждаются и наблюдениями Schiller'a. Упомянутые выше лейкоплакии Schiller открывает без помощи кольпоскопа, который он считает излишним. Здесь нужно подчеркнуть, что Hinselmann в своем последнем сообщении подчеркивает, что вопреки этому взгляду он все же считает кольпоскоп обязательным, поскольку при его помощи открываются именно маленькие простым глазом незаметные лейкоплакии; поэтому, напр., с 1910 до 1914 г. и с 1919 по 1925 г., работая без кольпоскопа, он не нашел ни одной лейкоплакии, а с 1926 г. до 1928 г., систематически кольпоскопируя, наблюдал уже 56 случаев. Трудность диагностики по Schiller'у состоит в трудности обоснования того, насколько данный комплекс клеток и их ядер действительно представляется атипическим и не вызван ли он совершенно иными процессами, как, напр., беременностью (частые митозы), хроническим воспалением и т. д. Для преодоления этого рода затруднений Schiller использует установленное Warburg'ом биохимическим путем наблюдение, что карциноматозная клетка поглощает сахар приблизительно в 70 раз больше, нежели нормальная.

Содержание гликогена в карциноматозной клетке, говоря вообще, привлекает в настоящее время особое внимание исследователей; так, Lahm, не находя гликогена в ранних стадиях рака и обнаруживая его в далеко зашедших стадиях с ороговением, считает такое появление гликогена за оздоровительную тенденцию в раковой клетке; Jaroschka, наблюдавший накопление гликогена в раковой клетке при облучении, объясняет как раз целебное действие лучей тем, что под их влиянием в раковой клетке происходит ин активация гликолитического фермента и, как следствие накопление гликогена, нарушающего нормальную жизнедеятельность клетки Schiller равным образом рассматривает появление гликогена в поздних стадиях не как оздоровительный процесс, а как процесс, связанный с кератизацией.

Как бы то ни было отсутствие гликогена в раковой клетке, во всяком случае в ранних стадиях, в отличие от нахождения его во

всякой другой клетке, используется Schiller'ом для целей дифференциального диагноза. Отсутствие гликогена, обнаруживаемого при гистологическом исследовании окраской по Best'у, говорит за злокачественное перерождение. В своих дальнейших работах Schiller предлагает еще один весьма полезный для повседневной больничной и клинической работы метод исследования. Как известно, вещества, содержащие гликоген, при смешении с раствором Люголя, дают синее окрашивание. Поэтому стоит только представляющуюся подозрительной шейку матки, своды и стенки влагалища смазать этим раствором (еще более ясна реакция, если упомянутые места предварительно смазываются раствором иодистого калия без иода), чтобы на сплошном синем фоне обнаружить легко видимые простым глазом белые, не содержащие гликогена, пятна шейки лейкоплакии. Такие белые пятна, конечно, могут иногда наблюдаться и при иных явлениях (напр. явления гиперкератоза при проляпсах); они, однако, с несомненностью указывают на необходимость тщательного исследования. Для исследования Hinselman и Schiller советуют прибегать не к эксцизии, так как при последней захватываются затрудняющие исследование глубокие слои здоровой ткани и, кроме того, возникает опасность заноса раковых клеток в кровь, а к простому соскобу острой ложечкой.

Какие бы благоприятные перспективы не открывали новые методы ранней диагностики рака, в частности, шейки, и связанные с такой диагностикой относительно незначительные приемы вмешательства (ампутация шейки),—все же практически приходится еще иметь дело с случаями много большего распространения процесса. Здесь, конечно, иными должны быть и методы терапии. Еще очень недавно всех гинекологов в отношении предпочитаемой ими терапии можно было разделить на три группы (Eumer): исключительно хирургов, исключительно радио-рентгено-терапевтов и, наконец, врачей, стремившихся сочетать всю совокупность полезных свойств, представляемых применением обоих методов. Литература последнего времени свидетельствует о том, что первая группа может насчитывать едва ли не отдельные единицы, если не считать врачей, которым обстоятельства не дают возможности применить что-либо иное, кроме ножа. Защитники хирургического вмешательства являются фактически сторонниками комбинированной терапии, той терапии von Strahl und Stahl (стали и луча), которую еще в 1914 г. предсказал Lazarus. Если между гинекологами-хирургами и идет довольно значительная полемика, то по вопросам, связанным с различными методами выбора операции и отчасти способами комбинации ее с лучами. В частности, любопытную эволюцию в отношении к себе претерпела операция экстирпации матки per vaginum. Предложенная Schauta и имевшая сперва большой успех, а затем в значительной мере оставленная, она приобрела настойчивого сторонника в лице W. Stöckel'я. Его основательная разработка этого вопроса вызвала чрезвычайно оживленный обмен мнений со стороны едва ли не всех наиболее видных представителей немецкой гинекологии. Методика, выработанная Schauta, включает, как известно, следующие моменты: вагинальная манжетка, паравагинальный разрез, отсепаровка и полная мобилизация пузыря и мочеточников, изолировка и перевязка обеих маточных артерий, возможно более периферическое отделение «пара» тканей (параметральные, вагинальные, везикальные и ректальные ткани), нахождение и перевязка art. spermaticae; Stöckel присоединяет

операция Wertheim'а при первичной смертности в 4,6% позволила довести процент выздоровления до 61,9% (при вагинальных операциях, как мы упоминали, этот процент был у них равен 40,6%). Такую же цифру 4,6% смертности получил и проф. И. Л. Брауде, оперировавший 87 случаев по Wertheim'у при операбельности в 57%. Свои благоприятные результаты проф. И. Л. Брауде объясняет применением и разработкой методов, предложенных Latszko и Schiffman'ом и Franz'ем. Первый метод Latszko и Schiffman'а заключается в изолировке и перевязке отдельных слоев соединительной ткани (в клетчатке, окружающей матку, можно различить 4 отдельных пласта — от боковой стенки пузыря к нижнему отделу матки, от ниже-боковой стенки пузыря к влагалищу, крестцово-маточные связки, пласты ткани от боковых ребер матки к стенкам таза). Отдельное перевязывание и обкалывание этих слоев значительно уменьшает, по мнению Брауде, опасность последующего кровотечения. Опасность последующей инфекции устраняется применением предложения Franz'а, заключающегося в том, что по зашивании брюшины (в месте культи) ниже лежащие слои остаются незашитыми, благодаря чему создается отток инфицированному отделяемому и предупреждается возможность образования экзудата. Применение этих модификаций позволяет Брауде говорить о том, что хирургия рака еще не сказала своего последнего слова и что есть еще над чем поработать для окончательного совершенства оперативной терапии.

Как говорилось, эта оперативная терапия по существу является теперь комбинированной (Stöckel, Heyman, Adler, Van den Hoed, Патти, Amreich, Seisser и Mau, Stewenson, Martius, Писемский, Груздев, Богуш, Шишов и др.). Поучительными представляются данные Amreich'а—при операции с предшествующим и последующим облучением—излечение при Ca colli—в среднем около 50%; при отсутствии облучения благоприятные результаты на 10% ниже. Adler также получал соответственно 57% и 42%. Техника такого предварительного облучения по Stöckel'ю заключается в введении около 7 mgr радиоэлемента интрацервикально на 24 часа за 6 недель до операции. Seisser и Mau после предварительного очищения кратера вводят мезоторий адекватно 80 mgr радиоэлемента. У нестарых женщин дают 6.300 meh продолжительностью 38³/₄ часа, разделенных на два сеанса, у пожилых 1.575 meh продолжительностью 19³/₄ часа в один сеанс. После 6 недель контроль и снова небольшие дозы (8-10 часов 80 mgr радиоэлемента). Некоторые хирурги вставляют трубочки с радиоактивными веществами в параметрии во время операции—по Amreich'у 51,7% излечений. Все эти данные позволяют говорить о том, что термин „радио-хирургия“, обозначающий сотрудничество луча и ножа, с которым то и дело приходится сталкиваться в современной литературе, действительно является характерным для данного момента.

Наоборот, применение одного только лучистого лечения встречается возражение со стороны большого количества гинекологов. Сюда, кроме уже упомянутых, следует отнести и Zweifel'я, который в своем основном труде признает радию только для иноперабельных случаев и характерную работу Volaffio. Облучение производилось в 360 случаях. Облучались только пограничные и неоперабельные случаи; лечение производилось комбинированное, поскольку наблюдения автора показали, что один рентген

дает в 4 раза худшие, а один радий в два раза худшие результаты, нежели их комбинация. При этом получились такие данные:

Свыше 6 лет в пограничн. случ. прожило	11,1%	в неопераб. сл.	4,5%
" 5 "	" 14,3 "	" "	" 4,7 "
" 4 "	" 18,2 "	" "	" 6,5 "
" 3 "	" 25,0 "	" "	" 8,3 "
" 2 "	" 31,2 "	" "	" 11,4 "

Результаты эти, по мнению Volaffio, говорят о следующем: тогда как статистики при хирургическом вмешательстве выказывают в первые 2-3 года определенный процент смертности, который в последние годы повышается уже незначительно (по данным Seisser и Mau, из живших более 5 лет оперированных больных умерло всего 2), при лечении лучами кривая протекает совершенно иначе; здесь процент остающихся здоровыми понижается неуклонно не только первые 2-3, но и все последующие годы, приблизительно в таком же темпе, как в случаях, не леченных вообще. Это течение кривой по утверждению Volaffio говорит за то, что при лучистой терапии не происходит фактически полного уничтожения ракового образования (также думает и Stewenson, находивший при последующих после облучения операциях в глубине раковых очагов жизнеспособные клетки). Здесь мы чаще всего в состоянии лишь ослаблять и замедлять темп развития злокачественного процесса. Поэтому полное фактическое исцеление возможно лишь посредством удаления очага из организма, т.е. хирургическим путем. Все прочие методы способны только приводить этому методу на помощь. Мнение гинекологов СССР находит свое выражение в резюме проф. Г. Ф. Писемского на VII Всесоюзном Съезде: „Все, что доступно ножу,—необходимо оперировать, что недоступно для операции, а равно и после операции, необходимо подвергать лечению лучами радия и рентгена“.

Все же сторонники лучистой терапии высказываются иногда очень решительно. Так, Nealy, получивший 64% излечения в операбельных случаях, 38% в пограничных и 16% в далеко зашедших, принимая во внимание процент первичной смертности, говорит, что большую ответственность берет на себя хирург, решающийся в наше время оперировать рак. Из других работ, проводивших этого рода терапию, необходимо отметить нижеследующее. Laborde и Wieskham наблюдали 173 случая. Авторы делят свой материал на 4 группы. В первой группе (операбельные)—80% излечения, вторая группа (пограничные)—55%, третья группа (неоперабельные)—30%, четвертая группа (распространенные раки)—0%. Heuman при лечении лучами получал для рака шейки 20,7% — на весь материал, для рака матки на весь материал—40,5%, операбельные случаи—60%. Amreich, обучавший только неоперативные случаи, имел 10,57% излечения. В Ленинграде Неменов в операбельных случаях при наблюдении до 4½ лет имел процент излечения до 51%. В среднем общий процент первичного излечения у него был равен 23,4%. Однако, об окончательных результатах судить трудно, поскольку около 2/3 больных исчезло из-под наблюдения. Особый интерес вызвала работа Döderlein'a, опубликовавшего в текущем году 1.260 случаев лечения лучами; общий процент излечения равный 14, автор считает вполне благоприятным, поскольку операбельность приходящих на лечение лучами не слишком высока (около 20%); в последние годы с применением новой аппаратуры и введением комбинированной лучистой

терапии эффект достигался еще более благоприятный; так, за годы с 1921 по 1923 абсолютные цифры излечения соответственно были 23%, 34,3%, 35,6%. Strauss детализировавший несколько ранее опубликованную Döderlein'ом сводку 1.068 случаев, указывает, что при общем проценте излечения в 13,3% излечения среди полностью проведенных курс больных операбельных женщин достигает в сущности 74,8%, в пограничных 41,2%, а в совершенно неоперабельных 13,1%. Здесь, следовательно, радио рентген-терапия, примененная в руках хирурга-гинеколога, дает едва ли не самые лучшие из всех, приведенных в современной литературе, результаты. Достигнутые радио-рентгено-терапией успехи являются в глазах ее сторонников еще более благоприятными, если принять во внимание неоднократно упоминающиеся различными авторами указания на то, что лучистый метод лечения находится еще в стадии разработки, тогда как разработка хирургических приемов достигла уже своего максимума, указание, которое, как видно из полемики в отношении вагинального метода, или модификаций, предлагаемых Брауде и др., вряд ли является вполне исчерпывающим. В плюс лучистому лечению относится еще, как известно, и то, что оно все-таки способно исцелить 1/10 (в среднем) неоперабельных больных, без этой терапии, конечно, совершенно безнадежных, а также и то, что смертность от лечения является меньшей; впрочем она колеблется в довольно широких пределах. Так, Jkeda указывает цифру в 0,4%, Doderlein 0,6%, Seisser и Mau 2,6%, а Полубинский даже 3,5%. Не лишены также интереса сведения о симптоматическом действии лучей; Heiman наблюдал прекращение кровотечений в 90,1%, исчезновение болей в 53,4%, уничтожение белей 60,4%. Van den Hoed имел в 57% прекращение, а в 5,5% уменьшение кровотечений, 37,5% оставались без результата; боли исчезали в 45%, улучшались в 10%, без последнего 45%.

Как бы то ни было, литература этого рода не дает еще, как и раньше, окончательного ответа на вопрос о том, какой из методов может считаться единственным и исчерпывающим. В соответствии с этим находится и предложение Eumera продолжать накопление материалов, а главное их единообразную разработку в интернациональном масштабе. В наших условиях на Украине с радием в одном только Харькове все эти вопросы имеют в известной мере теоретический характер; для их разрешения „необходимо чтобы в каждом округе было, по крайней мере, одно лечебное учреждение, имеющее 50—100 мгр. бромистой соли радия“ (проф. Г. Ф. Писемский).

К вышеупомянутым основным методам лечения рака матки современная клиника вносит еще ряд других приемов. Определенное внимание в последнее время обращено в сторону диатермии. Как и в других областях, ее стремятся применить в виде концентрированного на небольшом участке переменного электрического тока высокого напряжения коагулирующего ткани (хирургическая диатермия, электро-коагуляция) и в виде метода, позволяющего прогреть в глубине ткани до 40°—43°. В виде электрокоагуляции ее применяют Seisser и Mau, как средство, очищающее кратер от воздействия на него радия, что, по их мнению, представляется значительно предпочтительней всех прочих методов уничтожения ткани, в том числе и каутеризации. Особенно горячо рекомендует хирургическую диатермию Simons. По его мнению диатермии

в отношении терапии злокачественных образований не уделяется надлежащего внимания, между тем ее значение может стать в одном ряду со значением ножа, радия и рентгена. По сравнению с Raquilin'ом она предпочтительнее потому, что развивает теплоту внутри самого организма лишь после включения тока, вследствие чего введение электрода много более безопасно, нежели раскаленного наконечника Raquilin'a, а также и потому, что диатермия варит ткани, тогда как аппарат Raquilin'a их сжигает. Сожженные ткани являются плохим проводником тепла, вследствие чего действие пакеленизации распространяется лишь на поверхности, диатермия, наоборот, распространяется и в глубину. Влияние температуры на раковые клетки проследжено недавно Mendel'ем на прививочных опухолях у животных и опухолях, вырезанных у человека. При этом оказалось, что определенные степени тепла в значительной мере способствуют анаэробному гликолизу карциноматозной клетки; так, для поражения клетки при 44° необходимо 3 часа, 43°—5 ч., 42,5°—6,8 ч., 42°—8-12 ч., 41,5°—16-24 ч. Подвергнутые такому нагреванию tumor'a уже неспособны к дальнейшей передаче. Этими исследованиями подводится экспериментальный фундамент под клиническое применение тепловое действие диатермии, в частности, с целью повышения радиосенсибильности раковых клеток, что важно во всех случаях и особенно там, где клетки при облучении стойки. Эти указания сводятся в сущности к тому совету, который дает Коварчик в своем руководстве по диатермии, комбинировать радий и рентген с диатермией.

Всем сказанным нельзя было бы считать законченным рассмотрение клинических методов лечения рака матки. В последние годы мысль исследователей постоянно обращается к чисто терапевтическому лечению, основанному на введении в организм различных веществ, способных либо повышать его защитные свойства и вызывать образование особых антител, либо воздействующих на самую раковую клетку. Сущность биологического метода Teilhaber'a предлагавшего трансплантацию органов молодых животных, мы уже реферировали на страницах „Вопросов онкологии“. Другой метод предложен Tietz'ом, который вшивает большим гомогенные карциномы других индивидуумов, рассчитывая на образование в организме специальных антител. Им даже продемонстрирован иноперабельный случай, где эта терапия в соединении с лечением лучами обусловила излечение больной. Влияние сложных соединений из сиадреналина, холина, солей тяжелых металлов и красящих веществ исследовалось Opitz'ом и его школой. Полученное вещество—Anabol обнаруживало, будто бы, хорошее действие, вызывая в раковой клетке изменения, сходные с изменениями при облучении. Anabol, как средство, рекомендованное столь авторитетным гинекологом, привлек к себе определенное внимание; однако, как указывает Rankow, сам покойный Opitz мыслил его себе лишь в качестве вещества, субституирующего лучистую терапию. Francis Carter Wood в числе прочих комбинирует лечение радием с введением внутривенно коллоидальных растворов свинца (0,1 на дозу) и видит от этого более благоприятные результаты, нежели от оперативного вмешательства; Motran производил над мышами эксперименты аналогичного характера (введение свинца и облучение радием); в результате 8 tumor'ов из 60 подверглись обратному развитию. Benttner советует перед облучением вводить внутривенно эманацию радия

к этому такие модификации—двусторонний (как правило) паравагинальный разрез, адреналинизация в области этого разреза и вагинальной манжетки (с целью остановки кровотечения), типичная разработка препаровки мочеточников, удаление „пара“ тканей лишь после перевязки всех четырех больших артерий и, наконец, что с принципиальной точки зрения самое важное, предварительное облучение радием и последующее после операции облучение рентгеном. Такого рода лечение проведено Stöckel'ем в 206 случаях. Первичная смертность равна 4,9%. Из оперированных до 1927 г. в Лейпциге 142 случ. в живых 48,7%. Из оперированных с 1923 г. в живых 50%. Относительно сходные данные получали и другие авторы. Что касается первичной смертности, то первое место остается, повидимому, за проф. Д. О. Оттом, оперировавшим, правда, не по расширенному способу Schauta (на 480 случаев—1,8%). Seisser и Mau получали при вагинальных операциях в операбельных случаях процент излечения равный 40,6. Благоприятные результаты позволяют Stöckel'ю говорить о том, что вагинальная операция является предпочтительной едва ли не для всех случаев. Слабое место ее, заключающееся в том, что железы не поддаются такому удобному удалению, как при операции Wertheim'a, по мнению Stöckel'я, не может считаться особо существенным. Дело в том, что удаление желез, крайне повышающее процент первичной смертности, заставило уже некоторых, как Holban'a, Franz'a и др. отказаться от излишнего радикализма, так что оно не должно учитываться, как нечто обязательное и всегда необходимое. При предварительном и последующем облучении, даже не удаленных раковых желез, рецидивы раковой опухоли наблюдаются отнюдь не чаще, нежели там, где железы с большим риском для жизни больной были удалены. Сам Stöckel не наблюдал на своем материале ни одного случая смерти от рецидива в железах. Поэтому он полагает, что поскольку раковые клетки вряд ли могут погибать сами по себе, то приходится допустить, что они погибают после облучения. Взгляды Stöckel'я находят достаточно широкую поддержку со многих сторон. За них в общем и целом высказались Halban, Schmidt, Rieck, Peham, Sellneim, Rankow, Heuneman, в СССР проф. Г. Ф. Писемский и др. Общее настроение в пользу этого метода, очевидно, является теперь настолько преобладающим, что Bracht из клиники Franz'a назвал даже свой доклад, принципиально противоположный вышеизложенному, „К спасению операции Wertheim'a“.

На 296 случаев, им приведенных, при общей операбельности в 50—65% и первичной смертности в 10%, процент излечений равен 44,93. Этот взгляд находит еще, разумеется, многих сторонников. Из них по реферлируемой литературе назовем Heiman'a (сводная статистика 500 случаев, излечение при Casolli 20,7, операбельность 58,7%), Патти, Amreich'a, французского хирурга Фора (снизившего первичную смертность до 2,66% путем горячо рекомендуемого применения тампона Микулича и быстрого производства операций), Скробанского (на 200 случаев при операбельности 45—50%, 21% смертности), Тер-Габрильяна (170 операций Wertheim'a, 40 per vaginam—рецидивы реже при первом методе), Груздева, Богуша (на 300 случаев операбельность до 70%, первичная смертность 13,6%, выздоровление приблизительно 35%), Seisser и Mau, у которых

и сообщает, что в настоящее время он занимается изысканием способов серологической подготовки перед производством лучистой терапии. Fischez-Wasels рекомендует вдыхание смеси газа, состоящего из 4½% угольной кислоты в чистом кислороде, 4 часа ежедневно. Экспериментально при этом крайне понижается процент прививаемости опухолей.

Как видно, все описанные методы еще не способны в корне разрешить проблему. По мнению Werner'a единственно, о чем можно говорить в настоящее время, это о принципиально доказанной допустимости комбинировать лечение лучами с введением различного рода веществ. Впрочем, Greil, много работавший по вопросу о злокачественных образованиях, высказывает уверенность, что именно подобным терапевтическим приемам всецело принадлежит будущее в деле борьбы с заболеванием рака.

ЛИТЕРАТУРА

- 1) Adler. Arch. f. Gynäk. B. 132. 1928. 2) Amreich. Wiener Med. Wochenschr. №№ 2-3-4. 1928. 3) Böttner. Zblt. f. Gynäk. № 9. 1928. 4) Богущ. Труды VII Вс. Съезда Ак. и Гин. изд. 1927 г. 5) Bolaffio. Strahlentherapie Bd. 29 H. 3. 1928. 6) Braecht. Arch. f. Gynäk. B. 132. 1928. 7) Брауде „Линек и Акш.“ № 4. 1928 г. 8) Gross. Zblt. f. Gyn. № 19. 1928. 9) Груздев. Труды VII Вс. Съезда Ак. и Гин. изд. 1927 г. 10) Döderlein. Arch. f. Gynäk. B. 132. 11) Еумер. Strahlenther. Bd. 29. Hft. 3. 1928. 12) Fels. Monatsch. f. Geb. u. Gyn. Hft. 4-5. 1928. 13) Fischer-Wasels. Zblt. f. Gyn. № 23. 1928. 14) Francis Carter Wood. (Journ. of the amer. assoc. 1926. Sept. 4. 15) Franqué. Zblt. f. Gyn. № 15. 1928. 16) Halban. Arch. f. Gyn. B. 132. 17) Healy. Zblt. f. ges. Radiologie B. 5. Hft. 4. 1928. 18) Heiman. Strahlentherapie Bd. 29. Hft. 3. 1928. 19) Heunemann. Zblt. f. Gyn. № 37. 1928. 20) Hinselmann. Zblt. f. Gyn. № 15. 1927. 21) Hinselmann. Zblt. f. Gyn. № 3. 1928. 22) Hinselmann. Zblt. f. Gyn. № 22. 1928. 23) Hinselmann. M. med. Wochenschr. № 40. 1928. 24) Vanden Hoed. Strahlentherapie Bd. 27. Hft. 3. 25) Jaroschka. Strahlenther. Bd. 28. Hft. 4. 1928. 26) Kowarschik. „Die Diathermie“. 1928. 27) Laborde et Wieckham. Bul. de l'Assoc. franc. p. l'étude de canc. № 6. 1928. 28) Lahm. Strahlentherapie Bd. 28. Hft. 4. 29) Martius Kl. Wochenschr. № 29. 1927. 30) Mendel Kl. Wochenschr. № 10. 1928. 31) Неменов. Труды VII Вс. Съезда Ак. и Гин. 32) Opitz. Zblt. f. Gyn. № 21. 1928. 33) Отт. Врач. Газ. № 2. 1928. 34) Pankow. Arch. f. Gyn. Bd. 132. 35) Patti. Zblt. f. ges. Radiologie Bd. 5 Hft. 1. 1928. 36) Peham. Arch. f. Gyn. Bd. 132. 37) Писемский „Медици Вести“ № 4-5. 1926 г. 28) Писемский. Труды VII Вс. Съезда Ак. и Гин. 39) Rieck. Arch. f. Gyn. B. 132. 40) Schiff. Monatsch. f. Geb. u. Gyn. Hft. 4-5. 1928. 41) Schiller. Zblt. f. Gyn. № 25. 1928. 42) Schiller. Zblt. f. Gyn. № 30. 1928. 43) Schiller. Arch. f. Gyn. Bd. 133. 44) Schmidt. Arch. f. Gyn. Bd. 132. 45) Schellheim. Arch. f. Gyn. Bd. 132. 46) Seisser ü. Man. Strahlentherapie Hft. 4. 1928. 47) Simons. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 27. Hft. 1/2. 1928. 48) Скробанский. Журн. Ак. и женск. бол. XXXIX кн. 3. 1928. 49) Springer. Zblt. f. Gyn. № 13. 1928. 50) Stewenson. Lancet. 1926. 2423. 51) Stöckel. Zblt. f. Gyn. № 1. 1928. 52) Stöckel. Arch. f. Gyn. Bd. 132. 53) Strauss. Monschr. f. Geb. u. Gyn. № 6. 1928. 54) Strauss. Med. klinik 1928. 55) Strauss. Med. klinik № 22-23. 1928. 56) Teilhaber. реф. „Вопросы Онкологии“ № 2. 1928. 57) Тер-Габриелян. Zeitsr. f. Krebsforsch. Bd. 26. 1928. 58) Tietz. Zblt. f. Gyn. № 3. 1928. 59) Tietz. Arch. f. Gyn. Bd. 132. 60) Фор. „Рак матки“ (пер. с франц. 1928. 61) Хаютин. Zeitsr. f. Krebsforsch. Bd. 26. Hft. 1. 1928. 62) P. Zweifel. „Die klinik der bösartigen Geschwülste. 1927. 63) Werner. Strahlentherapie Bd. 30. Hft. 1. 1928. 64) Ширшов. Труды VII Вс. Съезда Ак. и Гин.

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА НА УКРАИНЕ¹

Из Отдела Социальной Патологии Украинского Государственного Рентгенологического и Радиологического Института (Директор-проф. Г. И. Хармандарьян)

Н. С. МОРОЗОВСКИЙ

Введенная у нас в последние годы и все более прививающаяся в городах регистрация причин смертности дает нам возможность приступить к изучению распространения у нас рака. До последних лет мы такой возможности почти не имели. Данные были только по нескольким городам России. Клиницисты, работавшие в области онкологии, чувствовали в своей ежедневной практике, что урон, наносимый злокачественными новообразованиями, велик, но данных о распространении их имели очень мало. Между тем получение сведений было настоятельно необходимым. Это особенно остро начало чувствоваться, когда органы здравоохранения приступили к конкретным мероприятиям по борьбе с этим заболеванием. В настоящее время мы можем дать, по крайней мере в отношении городов, основные сведения по распространению рака. Правда, сведения эти относятся не к заболеваемости раком, а к смертности от него. Мы знаем, что это не одно и то же. Не все заболевшие погибают. Но данных о заболеваемости мы не имеем. Они смогут быть даны только после ряда лет работы специально организуемых для борьбы с раком институтов. Поэтому в настоящее время при изучении распространения рака нам придется исходить из данных смертности. Да и другие страны обладают, главным образом, данными о смертности.

Мы можем подойти в настоящее время к изучению смертности от рака у нас на Украине даже в связи с теми биологическими факторами, которые легко сравнительно устанавливаются при регистрации,—это с возрастом и полом. Но мы должны признать, что мы еще не в состоянии на основании наших данных начать изучение распространения рака в связи с факторами внешней среды, профессиональными вредностями, социальными моментами. Для такого изучения данные регистрации в загсах, которыми мы и пользовались, дают слишком мало материала. Для такого изучения требуются специально поставленные исследования. Наш же материал может служить исходным для таких исследований, должен служить ориентировочным для органов здравоохранения и специальных институтов при выработке мероприятий по борьбе с раком.

Кроме 1923 и 1924 годов, по которым данные нами были в свое время опубликованы², нами были получены приводимые в настоящей работе данные за 1925 год по следующим городам:

- | | | |
|---------------|--------------------|------------------|
| 1. Чернигов, | 7. Каменец, | 13. Золотоноша, |
| 2. Ковотоп, | 8. Умань, | 14. Шепетовка, |
| 3. Житомир, | 9. Могилев, | 15. Гайсин. |
| 4. Глухов, | 10. Белая-Церковь, | 16. Александрия, |
| 5. Коростень, | 11. Киев, | 17. Сумы. |
| 6. Смела, | 12. Тульчин. | 18. Прилуки, |

¹ По материалам Центрального Статистического Управления Украины.

² Врачебное Дело № 7, 1926 год.

19. Лубны,	28. Артемовск,	36. Мелитополь,
20. Ромны,	29. Сталин,	37. Херсон,
21. Нежин,	30. Славянск,	38. Первомайск,
22. Полтава,	31. Луганск,	39. Зиновьевск,
23. Кременчуг,	32. Кривой Рог,	40. Николаев,
24. Харьков,	33. Запорожье,	41. Одесса,
25. Изюм,	34. Павлоград,	42. Старобельск,
26. Кобеляки,	35. Днепропетровск,	43. Балта.
27. Червоноград,		

За 1926 год данные наши относятся к следующим городам: Ахтырка, Артемовск, Бердянск, Белая Церковь, Бердичев, Богодухов, Балта, Гайсин, Глухов, Гадич, Дмитриевск, Днепропетровск, Запорожье, Золотоноша, Зиновьевск, Изюм, Киев, Коростень, Кривой Рог, Кременчуг, Каменец, Конотоп, Каменское, Лубны, Луганск, Лохвицы, Мелитополь, Могилев, Мариуполь, Миргород, Николаев, Нежин, Никополь, Одесса, Прилуки, Проскуров, Павлоград, Первомайск, Пирятин, Ромны, Смела, Сумы, Сталин, Славянск-Старобельск, Сновск, Умань, Харьков, Херсон, Хорол, Чернигов, Черкасы, Шепетовка.

Таким образом, мы располагаем за 1925 год материалом по 43 городам с населением в 2.574.117 и за 1926 год по 53 городам с населением в 3.100.387. Население этих городов составляет около 59,5% всего городского населения Украины.

Всего умерло от рака в 43 городах в 1925 году 1.639 человек, а в 1926 году в 53 городах 1972 человека. Это составляет в 1925 году 63,7 на 100.000 населения и 63,6 в 1926 году. В 1924 году мы имели в 36 городах смертность равную 67 на 100.000 населения и в 1923 в 23 городах—65.

Мы не считаем, что на основании данных 4 лет, которыми мы располагаем, можно было бы говорить об увеличении или снижении смертности. Для установления факта падения или возрастания у нас смертности от рака необходимо иметь наблюдения еще за ряд лет. Тем не менее в интересах дальнейшего накопления материала мы разработали отдельно данные тех 16 городов, по которым имеются сведения за 1923-26 годы. Города эти следующие: Гайсин, Днепропетровск, Запорожье, Золотоноша, Киев, Коростень, Кременчуг, Кривой Рог, Лубны, Мелитополь, Прилуки, Смела, Сумы, Харьков, Чернигов, Шепетовка.

Смертность от рака по группам городов на Украине на 100.000 нас.

Таблица 1

	Год	Умерло от рака
Умерло по 16 городам	1923	43
	1924	71
Умерло по 27 городам	1925	65
	1926	69
Умерло по 37 городам	1924	71
	1925	65
	1926	66
	1925	63
	1926	65

Смертность в них равна в 1923 году—43, в 1924—71, 1925—65, 1926—69 на 100.000 населения. По следующим 27 городам, по которым мы имеем сведения за 1924-26 годы, мы имеем смертность за 1924 год—71, 1925—65, 1926—66. В эти 27 городов, кроме перечисленных 16, входят еще 11 городов: Артемовск, Балта, Зиновьевск, Каменец, Луганск, Николаев, Одесса, Павлоград, Первомайск, Сталино, Херсон. И, наконец, по 37 городам, по которым мы имеем сведения за 1925 и 1926 годы смертность равнялась в 1925 году 63, и в 1926 году—65 на 100.000 населения. В эту группу вошли еще следующие 10 городов: Белая Церковь, Глухов, Изюм, Конотоп, Могилев, Нежин, Ромны, Славянск, Старобельск, Умань.

Трудно судить по этим данным, с чем мы имеем дело—с некоторым увеличением смертности или проявлением устойчивости. Но во всяком случае смертность от рака должна быть признана значительной. Нужно, конечно, помнить, что вряд ли регистрация причин смертности от рака может быть признана исчерпывающей даже в городах. Цифры, верно, уменьшены, т. к. рак далеко не всегда диагностируется до смерти, а секции подвергается самая незначительная часть трупов.

Хотя смертность от рака у нас и значительна, но тем не менее она много ниже, чем в других странах. Данные стран, где статистика причин смертности ведется уже много лет, показывают, что смертность от рака там почти вдвое выше нашей и имеет как будто тенденцию к возрастанию из года в год.

Смертность от рака на 100.000 населения¹

Таблица 2

Г о д ы	Англия и Уэльс	Берлин	Нью-Йорк	Ленинград
1881—1885.	54,8	69,4	—	—
1886—1890.	63,2	78,2	—	85,4
1891—1895.	71,2	87,7	59,0	94,0
1896—1900.	80,1	104,0	64,4	91,0
1901—1905.	86,7	114,2	69,2	92,1
1906—1910.	94,0	130,7	74,6	91,4
1911—1915.	105,3	141,2	84,3	89,0
1916—1920.	118,7	153,9	91,0	91,4

Мы имеем в наших городах ту смертность, которую имели другие города и страны несколько десятков лет тому назад. Значительно больше, чем у нас смертность от рака и в Ленинграде, где она, правда, не проявляет такой правильной тенденции к нарастанию, как в других странах. Некоторые авторы объясняют увеличение смертности от рака улучшением диагностики, а также большей выживаемостью старших возрастов, вследствие общего

¹ С. Новосельский. Смертность от рака в Ленинграде. Бюллетень Ленинградского Губстатотдела № 13, 1925 год.

улучшения гигиенических условий в указанных странах. Конечно, обе эти причины имеют значение. По мере того, как большее количество людей доживает до более старых возрастов, должно увеличиваться и количество раковых заболеваний, поражающих, главным образом, более пожилые возраста. Но это не объясняет всего возрастания смертности от рака, тем более, что оно наблюдается часто и в более молодых возрастах. Меньшую тенденцию к возрастанию, чем по городам других стран, обнаруживают данные по Ленинграду, где приведенные цифры более или менее устойчивы.

Но последние годы и здесь замечается некоторое нарастание. Так, в 1921 году мы имели в Ленинграде 102,4 случаев смерти от рака на 100.000 населения, в 1922 году—94,3, в 1923—104,0, в 1924 году—105,4.

Если данные по Ленинграду рассматривать по полам, то обнаруживается, что женщины дают даже снижение смертности, мужчины же возрастание.

Число умерших от рака в Ленинграде на 100.000 населения (Стандартизованные коэффициенты)¹

Таблица 3

Г о д а	Мужчин	Женщин	Оба пола
1896—1897	80,9	101,6	90,7
1900—1901	80,5	107,7	93,4
1910—1911	82,7	100,2	91,0
1918	74,2	83,3	78,5
1920	68,7	89,9	78,7
1922—1924	85,6	90,0	87,6

Во всяком случае мы считаем, что в настоящее время еще нельзя окончательно сказать, что нарастание смертности от рака несомненно установлено, что смертность эта очень велика. Но для решения вопроса о нарастании ее нужно иметь дальнейшие наблюдения за ряд лет по полам и возрастным группам при одинаковых приблизительно условиях диагностики. Необходимо присоединить изучение смертности от рака по профессиональным, социальным и другим группировкам, чтобы уловить, какова тенденция по отдельным группам, чтобы установить, не идет ли нарастание за счет определенных возрастных, половых, социальных или профессиональных групп населения. В этом направлении необходимо собирать материал, которым мы еще не обладаем.

Такую же смертность, какую мы имеем в городах, имеет и Италия. Смертность от рака равнялась там 68 на 100.000 населения в 1917 г.

Перепись, проведенная в декабре 1926 года, дает нам возможность вычислить интенсивные коэффициенты смертности от рака по возрастам.

¹ С. Новосельский. Там же.

Смертность от рака по 53 городам за 1926 год по возрастам. (На 100.000 населения соответствующего возраста)

Таблица 4

Возрастные группы	Мужчин	Женщин	Оба пола
До 1 года	—	—	—
1—4 лет	—	—	—
5—9 „	—	—	—
10—14 „	0,7	0,7	0,7
15—19 „	0,6	1,0	0,8
20—24 „	0,9	1,6	1,2
25—29 „	2,0	10,9	6,8
30—39 „	19,2	46,2	32,9
40—49 „	91,0	115,1	102,8
50—59 „	273,1	257,4	264,4
60 лет и более	608,2	474,5	526,4
Всего	57,2	69,6	63,6

Сравним по возрастам смертность от рака со смертностью от заболеваний сердечно-сосудистой системы и туберкулеза (см. диаграмму 1 стр. 355).

Из этой диаграммы мы видим, что в более молодых возрастах преобладает в значительной степени туберкулез, как причина смертности. В возрастных группировках более старших значение рака, как причины смертности, возрастает. В возрасте 50—59 лет, когда организм еще находится в полном расцвете своих физических и особенно умственных сил, рак начинает преобладать над туберкулезом, немного уступая сердечно-сосудистым заболеваниям, в которые входит, собственно говоря, целая группа заболеваний. Но особенно велика смертность от рака после 60 лет, когда она больше чем в 2 раза превосходит смертность от туберкулеза. По всем же возрастам, вместе взятым, смертность от рака в 2,7 меньше, чем смертность от туберкулеза, которая равняется 169,6 на 100.000 населения. Смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы равняется 102,9 на 100.000 населения, достигая своего максимума в возрасте после 60 лет, когда эти заболевания в громадном большинстве случаев являются проявлением изношенности организма.

Изучение приводимых здесь интенсивных коэффициентов смертности от рака по возрастам представляет особо большой интерес. Но, к сожалению, мы обычно находимся при этом в зависимости от общих переписей населения. Мы здесь использовали данные переписи, проведенной в 1926 г. Важно было бы сравнить эти данные за ряд лет. Но возможность получить данные еще за один год мы получим, верно, только лет через 10, когда будет следующая перепись.

В отличие от материала за 1923 и 1924 годы, мы имеем уже случаи смерти от рака в самых молодых возрастах. Очевидно,

по мере того, как внимание врачей привлекается к проблеме борьбы с раком, по мере развития специальных научных институтов, улучшается диагностика, что привело к констатированию рака и в детском возрасте. Так в возрасте до 15 лет констатировано в наших городах 14 случаев смерти от рака в 1925 году и 2 случая в 1926 году. Единичные случаи смерти от рака в самых ранних возрастах приводятся и по другим странам. Нет возраста, которому бы в той или иной степени не угрожало это заболевание. Но если в младших возрастах это заболевание встречается очень редко, то с увеличением возраста оно встречается все чаще и чаще. По данным за 1925 и 1926 годы мы имеем единичные случаи смерти от рака в возрасте до 5 и даже до 1 года. Каков удельный вес смертности от рака среди смертности от всех других причин?

На каждые 100 умерших от всех причин умерло от рака в том же возрасте

Таблица 5

Возр.-пол. группы	в 1925 г.			в 1926 г.		
	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.
До 1 г.	0,04	0,09	0,07	—	—	—
1—4 г.	0,04	0,2	0,1	—	—	—
5—9 л.	0,4	—	0,2	—	—	—
10—14 „	—	—	—	0,2	0,3	0,2
15—19 „	—	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2
20—24 „	0,6	0,7	0,7	0,2	0,4	0,3
25—29 „	0,5	3,1	1,8	0,3	2,2	1,3
30—39 „	3,5	7,7	5,5	2,7	8,1	5,1
40—49 „	8,4	14,9	11,0	8,0	15,6	10,9
50—59 „	13,0	19,7	16,0	13,4	21,2	16,7
60 и бол.	13,7	11,6	12,5	11,8	12,8	12,3
Всего.	4,2	5,6	4,9	4,1	6,1	5,0

Мы видим, что рак дает 5% общей смертности у нас, т.е. из каждых 20 умерших один умирает от рака. Цифра эта довольно устойчива с некоторой тенденцией к возрастанию. Так, в 1924 году рак давал 4,7% общей смертности, в 1925 г.—4,4%, в 1926 г.—5%. В возрасте 40-49 лет на каждые 9 случаев смерти одна бывает за счет рака, а в возрасте 50-59 лет каждая шестая смерть имеет причиной рак. Таковыми остаются соотношения за 1924, 1925 и 1926 годы. Кривая по возрастам значительно приближается к кривым тех стран, где регистрация причин смерти и изучение смертности от рака ведется уже ряд лет, а также к данным Ленинграда. Это укрепляет нас в убеждении, что материал, приводимый в этой работе, имеет значительную степень достоверности.

По данным почти всех стран и авторов женщины дают большую смертность от рака, чем мужчины. Наши данные подтвер-

ждают это явление. Так, за 1925 год женщины дают 65,7, а мужчин 61,5 случаев смерти от рака на 100.000 населения. В 1926 году женщины—69,6, мужчины—57,2. Особенно резко выступает преобладание женской смертности в более молодых возрастах, как это видно из таблицы 4. Это происходит, нужно думать, за счет рака грудной железы и половых органов. Так, в возрасте 25-29 лет женщины дали 10,9 случаев смерти от рака на 100.000 населения, тогда как мужчины дали 2,0 случая. В возрасте 30-39 лет женщины дали 46,2 случая, а мужчины—19,2. В возрасте же до 50 лет мужчины дают большую смертность от рака, чем женщины.

Для того, чтобы лучше проследить распределение смертности от рака по полу и возрасту приведем следующую таблицу.

На 100 умерших от рака умерло в возрасте

Таблица 6

	1925 год (43 гор.)			1926 год (53 гор.)		
	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.
До 15 лет	0,7	1,0	0,9	0,1	0,09	0,1
15—19 „	—	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
20—24 „	0,7	0,6	0,6	0,2	0,3	0,3
25—29 „	0,5	2,6	1,6	0,4	1,8	1,2
30—34 „	1,7	3,3	2,6	1,4	3,9	2,8
35—39 „	3,9	6,3	5,2	3,7	5,9	5,0
40—44 „	4,7	7,6	6,3	7,8	8,4	8,1
45—49 „	10,5	8,0	9,2	8,7	7,2	7,9
50—54 „	11,0	12,7	12,0	14,1	12,7	13,3
55—59 „	14,7	13,8	14,2	14,6	12,8	13,6
60—64 „	19,5	14,0	16,5	18,5	13,2	15,4
65—69 „	13,6	13,2	13,4	15,1	15,2	15,2
70—74 „	10,5	9,0	9,6	7,8	8,5	8,2
75—79 „	4,0	4,7	4,4	5,5	6,1	5,8
80 и бол.	2,6	2,8	2,7	2,0	3,3	2,7

Из каждых 100 умерших от рака больше всего приходится на возраст 60-69 лет. Эти данные имеют относительное значение, т. к. зависят в значительной степени от количества населения в той или иной возрастной группе. Мы видим, что из каждых 100 женщин, умерших от рака в 1926 году, больше 12 умерло в очень молодом возрасте до 40 лет. До 45 лет умерло свыше 20% всех женщин, умерших от рака. Мужчины дают до 40 лет только около 6% мужской смертности от рака. Такие же соотношения, почти точно повторяющиеся, мы имеем для 1925 года в 43 городах.

Мы еще не можем ставить вопрос о сравнении смертности от рака в городах и селах, т. к. мы в сущности не обладаем почти никакими данными о причинах смерти на селе. Но чтобы накопить

данные о влиянии тех или иных чисто городских моментов, мы исчислили смертность по городам, разбив их на 4 группы по количеству населения.

Смертность от рака по группам городов на 100.000 населения за 1925 и 1926 год

Таблица 7

	1925 год			1926 год		
	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.
4 города с населением свыше 100 тысяч	67	72	70	63	76	69
6 городов с населением 50-100 тысяч	61	67	64	46	60	53
23 города с населением 15-50 тысяч	52	57	54	54	66	60
10 городов с населением до 15 тыс. человек	52	44	48	45	51	48
5 городов с населением свыше 100.000 чел.						
7 городов с населением 50-100 тысяч						
28 городов с населением 15-50 тысяч						
13 городов с населением до 15 тысяч						

В больших городах смертность от рака больше, чем в малых. За счет чего это? Соответствует ли это действительному положению вещей?

Ряд иностранных данных доказывает, что с развитием городской жизни увеличивается и смертность от рака. Так ли это?

Возможно, что и у нас, где малые города в значительной степени связаны с земледелием, а большие в большей степени индустриализованы, смертность в последних вследствие этого превосходит смертность в малых городах. Мы не беремся разрешить эти вопросы. Мы не знаем, какую роль в этом деле играют лучшие возможности для диагностики рака, имеющиеся несомненно в больших городах, отъезд больных для лечения в большие города и другие моменты, которые должны быть точно учтены.

В наиболее крупных городах мы имеем следующую смертность от рака (см. таблицу 8).

Полученные нами основные данные дают представление о распространении у нас этого заболевания и, следовательно, ориентировочные данные о размерах того явления, на борьбу с которым мы сейчас организовано вступаем. Но для того, чтобы эта борьба была успешна, необходимо, чтобы мероприятия были основаны на строго научных основаниях. Необходимо дальнейшее изучение рака не только в клинике и эксперименте, но и как массового явления. Необходимо изучить распространение рака и среди сельского населения. Необходимо выявить, какие моменты биологические, санитарно-гигиенические, социально-экономические, включая сюда и ряд специфических профессиональных, влияют на заболеваемость раком и его распространение. Только при таком направлении работы, только собравши достаточный и достоверный материал, можно будет сказать, имеем ли мы дело с ростом у нас из

Смертность от рака по 5 городам с населением свыше 100 тысяч на 100.000 населения.

Таблица 8

	1925 год			1926 год		
	М.	Ж.	Об. п.	М.	Ж.	Об. п.
Харьков	71	73	72	60	78	70
Киев	75	80	78	66	84	75
Одесса	62	68	65	65	65	65
Днепропетровск	54	56	55	57	72	65
Николаев ¹	68	73	71	62	76	69

года в год этого заболевания, предстоит ли этот рост в ближайшие годы одновременно с ростом индустриализации страны и городской жизни. Для изучения этих вопросов необходимы специально организованные исследования в дополнение к статистике смертности от рака, получаемых по данным загсов. Только по мере разрешения этих вопросов, нужно надеяться, все действительней будут становиться с каждым годом наши мероприятия по борьбе с этим заболеванием.

В заключение считаю необходимым выразить свою искреннюю благодарность заведывающему демографическим отделом ЦСУ А. П. Хоменко, референту отдела Ю. А. Корчак-Чепурковскому, любезно представившим в наше распоряжение все необходимые материалы, и сотруднице моей д-ру Э. Б. Цивьян за помощь в статистической разработке данных.

VERSUCH ZUR FESTSTELLUNG DER KARZINOMHÄUFIGKEIT IN DER UKRAINE

N. S. MOROSOWSKY

1. Auf Grund eines statistisch ausgearbeiteten Materials betreffs der Todesursachen in der Ukraine führt Verf. Daten der Karzinomsterblichkeit in 43 Städten für das Jahr 1925 u. in 53—für das Jahr 1926 an. Die Ziffer der in diesen Jahren an Krebs Verstorbenen beträgt 63,7 resp. 63,6 auf 100.000 Personen².

2. In Tabelle I sind die Vergleichsziffern von 16 Städten angegeben, die uns im Laufe von 4 Jahren zugegangen sind, von 27 Städten—für 3 Jahre, u. von 37 Städten—für 2 Jahre. In Tabelle IV finden wir die Sterblichkeitsziffern nach Altersstufen geordnet von 53 Städten für das Jahr 26 pro 100.000 Personen des entsprechenden Alters. In Diagramm 1 sehen wir die Krebssterblichkeit im Vergleich zu der an Tuberkulose u. an Erkrankungen des Herz-Gefäßsystems. Tabelle V zeigt die Krebssterblichkeit in ihrem Verhältnis zu 100 an anderen Krankheiten in verschiedenem Alter Verstorbenen verschiedenen Geschlechts.

¹ Гор. Николаев имеет свыше 100.000 населения, начиная с 1926 года.

² Anm. Nach den Angaben desselben Verf. belief sich die Krebssterblichkeit in 23 Städten der Ukraine für 1923 auf 61. für 1924 in 36 Städten auf 67 pro 100.000 Mann. Diese Feststellung teilt der Verf. in einem in der Zeitschrift „Wratscheboje Djelo“ 1926, № 7 veröffentlichten Aufsatz mit.

Табеле VI—Gruppierung der Krebstodesfälle nach dem Alter. Табеле VIII—die Krebssterblichkeit in 4 grossen Städten der Ukraine: Charkow, Kijew, Odessa u. Dnepropetrowsk (vormals Jekaterinoslaw).

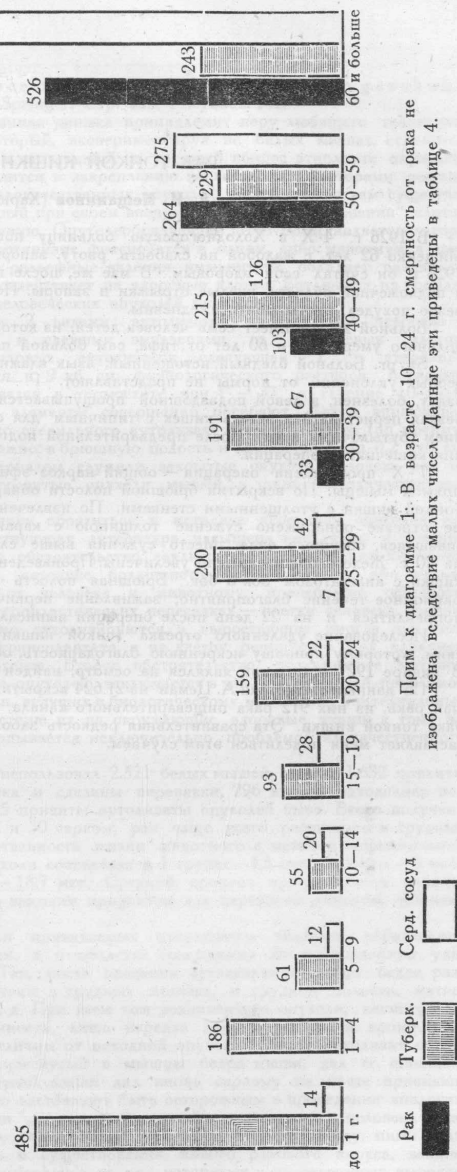
3. In Alter bis zu 50 Jahren überwiegt die Krebssterblichkeit beim weiblichen Geschlecht, nach 50 dagegen beim männlichen.

4. Wie in andern Ländern so wird auch bei uns ein wesentliches Vorherrschen der Krebserkrankungen in vorgeschritteneren Altersstufen beobachtet.

5. Der Autor erachtet es zurzeit noch für unmöglich festzustellen, ob in der Ukraine ein Anstieg der Karzinomziffer statthat. Um sich hierüber klar zu werden, bedarf es noch diesbezüglichen Materials für eine fortlaufende Reihe von Jahren.

Диаграмма 1

СМЕРТНОСТЬ ПО ВОЗРАСТАМ ОТ РАКА, ТУБЕРКУЛЕЗА И ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В 53 ГОРОДАХ УКРАИНЫ В 1926 ГОДУ НА 100 000 НАСЕЛ. СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ВОЗРАСТА



Прим. к диаграмме 1: В возрасте 10-24 г. смертность от рака не изображена, вследствие малых чисел. Данные эти приведены в таблице 4.

РАК ТОНКОЙ КИШКИ

Д-р А. И. Мещанинов (Харьков)

В 1926 г. 4-Х в Холоднорскую больницу поступил больной крестьянин Мищенко 62 лет, с жалобой на слабость, рвоту, запоры и боли в животе. До мая 1926 г. он считал себя здоровым. В мае же, после выпивки, почувствовал боли в подложечной области, кислые отрыжки и запоры. Последние два месяца больной резко похудел, рвоты почти ежедневны.

Больной женат, имеет семь человек детей, из которых живых двое. Отец и мать больного умерли 65 и 60 лет от тифа, сам больной перенес тоже тиф.

St. pr. Большой бледный, истощенный, язык влажный, чистый. Легкие и сердце особых отклонений от нормы не представляют. Р — 60 ударов в минуту. Живот вздут, болезнен, в левой подвздошной прощупывается плотный тяж. Отмечается резкая перистальтика петель кишек с типичным для сужения тонких кишек урчанием (бульблячий звук). После предварительной подготовки больного, освобождения кишечника — операция.

7-Х произведена операция — общий наркоз эфиром, разрез слева по краю прямой мышцы. По вскрытии брюшной полости обнаружена резко раздутая петля тонкой кишки с утолщенными стенками. По извлечении вздутой части в нижнем ее отрезке обнаружено сужение толщиной с карандаш; ниже сужения кишка спаившаяся, обычного вида. Место сужения выше слепой кишки приблизительно на 80 с. Железы брыжеечные не увеличены. Произведена резекция измененной части кишки с анастозом бок о бок. Брюшная полость закрыта наглухо. Послеоперационное течение благоприятно; заживление первичное. Больной быстро начал поправляться и на 22 день после операции выписался в хорошем состоянии.

Исследование удаленного отрезка тонкой кишки произведено проф. Еленевским, которому приношу искреннюю благодарность, обнаружило рак тонкой кишки. В январе 1927 г. больной являлся на осмотр, найден в хорошем состоянии.

По данным статистики А. Цеман на 21.624 вскрытия обнаружено всего 1.744 случая рака, из них 912 рака пищеварительного канала, из которых только 6 случаев рака тонкой кишки. Эта сравнительная редкость заболевания раком тонких кишек заставляет меня поделиться этим случаем.

Lothar Heidenhain. Ueber das Problem der bösartigen geschwülste. Berlin. 1928. Verl. Jul. Springer. Стр. 153. Рисунков 141.

Прекрасно и богато изданная книжка принадлежит перу любящего теоретическую онкологию хирурга, который, экспериментируя на белых мышках, стремится внести наибольшую ясность в запутанный и трудный вопрос этиологии опухолей. Основная мысль работы сводится к закреплению за внешними факторами решающего значения в развитии злокачественных опухолей, к доказательствам существования ракового агента, который при своем внедрении или „инфицировании“ клеток ведет к этому тяжкому страданию. Опухолообразующий агент представляется автору живым вирусом, который в организме фиксируется в одном, либо максимум в двух местах, вызывает достаточно рельефные явления иммунитета, обладает различной степенью вирулентности и воздействует на здоровые клетки. Вот вывод из громадного количества перевивок человеческих опухолей на мышей.

Heidenhain пользовался 2 видами аутолизатов из опухолей человека — тепловыми, замороженными и свежими эмульсиями из опухолевых клеток. Техника приготовления тепловых аутолизатов следующая — 1 гр. стерильно взятой опухоли измельчался в 9 куб. см. физиологического раствора, переслаивался толуолом и выдерживался в термостате при $t^{\circ} - 37^{\circ}$ в течение 10 дней. За это время все клеточные элементы совершенно погибают. Автор впрыскивал 0,5 куб. см. такого абсолютно стерильного аутолизата в мышцы бедра (по преимуществу), интракутанно, подкожно; в брюшную полость и печень вводили 0,2 куб. см. аутолизатов. Исходным материалом служили закрытые опухоли человека или их метастазы, спонтанные и перевитые опухоли мышей, а также 3 злокачественные опухоли быка.

Что заставило автора вновь обратиться к методике перевивок опухолей, несмотря на то, что соответствующая литература насыщена неудачами и отрицательными ответами? Первое обстоятельство заключается в совершенно необоснованной, по мнению автора, методике большинства исследователей, ибо нельзя трансплантировать опухоль от человека к животному, пренебрегая основным биологическим законом о гетеропластических пересадках — клетки человека, перенесенные животному, неминуемо аутолизируются, а выросшие иногда при этом опухоли происходят не из трансплантата, а из клеток реципиента под влиянием освободившегося ракового агента. Второе обстоятельство, послужившее мотивом для исследования аутолизатов опухолей, заключается в том, что основной проблемой рака является изучение причин, ведущих к биологическому изменению эпителиальных клеток и разрушающему действию их на окружающие здоровые ткани; к тому же проблема онкологии не исчерпывается исключительно проблемой злокачественного роста (Heidenhain).

Для своей работы автор использовал 2.521 белых мышей; из них 1.632 привиты аутолизаты опухолей человека и сделаны перевивки, 296 мышей находились под спонтанными опухолями и 145 привиты аутолизаты опухолей быка. Всего получено 94 опухоли, из них 64 рака и 30 сарком; рак чаще всего развивался в грудных железах (44 раза). Продолжительность жизни животного с момента впрыскивания аутолизата до смерти от опухоли составляла в I группе — 4,5 мес., во II гр. — 8 мес., в III гр. — 11,6 мес., в IV гр. — 18,7 мес. Средний процент прививаемости аутолизатов — 6, что является очень высоким процентом для перевивки опухолей человека на животных.

Общим положением для прививаемых аутолизатов является образование опухоли не на месте прививки, а в областях совершенно не предвиденных, удаленных от места инъекции. Так, после введения аутолизата в мышцы бедра различного рода опухоли отмечены в грудных железах, в грудной полости, матке, легких, верхней челюсти и т. д. При всем том возникающие опухоли, несмотря на гистологическую злокачественность, лишь изредка дают метастазы и, кроме того, часто по своему строению отличны от исходной опухоли. Напр., аутолизат остеосаркомы человека, впрыснутый в мышцы бедра мыши, дал ст. маммае; аутолизат же последней у другой мыши дал вновь саркому на месте прививки. Указанные черты определенно заставляют быть осторожным в проведении аналогии между этими искусственными „опухольями“ мышей и истинными у человека и не позволяют с такой легкостью, какая видна у автора, ставить между ними знак равенства. Предвзятая мысль о существовании живого ракового вируса, заключенного в клетках, толкает Heidenhain'a на ряд натянутых и недоказанных выводов и положений, находящихся в непримиримом противоречии с установленными данными экспериментальной онкологии. Почему раковый вирус Heidenhain'a задерживается в любом участке, кроме места введения, почему тот же вирус не в состоянии вызвать рака кожи, рака органов пищеварительного тракта, почему злокаче-

ственная опухоль почти не дает метастазов? Почему раковый вирус, разносящийся с током крови или лимфы после инъекции аутолизата, не вызывает образования множественных опухолей? Объяснить это иммунитетом к вирусу недостаточно тем более, что никто из авторов, а в том числе и Heidenhain, никаких доказательств в пользу его не представили.

Одна из подмеченных автором особенностей опухоли несомненно вызывает интерес, но толкование ее отнюдь не является бесспорным. Дело в том, что окружающие опухоль здоровые ткани постепенно погибают не от простого механического давления, как принято думать, а от ряда ферментативных, литических процессов, исходящих из бластоматозных клеток. Цитолиз нормальных тканей ведет к образованию полостей, очаговых некрозов, очагов кровоизлияний, к распаду окружающих тканей, что и является признаком злокачественности. До 30 микрофотограмм должны иллюстрировать это положение; некоторые микрофотограммы все-таки неубедительны. Следует заметить, что образование кровяных полостей на рис. 10 и 11 скорее напоминают мышечную ангиопласту, образование сосудов с эндотелиальной выстилкой и остатками мышечных ядер, чем процесс деструктивный в мышечных волокнах. В остальных 110 микрофотограммах мы видим различные типы опухолей, полученные при впрыскивании — с а, сарcoma, смешанные и неопределенного характера. Здесь мы видим большое богатство морфологических образований: эндотелиальная саркома, саркома селезенки, саркома легкого, перитонеома, круглоклеточная саркома мышц, саркома матки, кистозная фибросаркома яичника и таза, т. наз. неопределенные по строению опухоли, рак и саркома поджелудочной железы и т. д.

На основании всего сказанного остается один непреложный вывод: действительно, от впрыскивания аутолизатов опухолей человека мышам развиваются новообразования, в конечном счете смертельные для носителя, с характерной деструкцией окружающих тканей, с атипическим строением. Почти полное отсутствие метастазов при них, возникновение опухолей не на месте прививки, и получение их от аутолизатов, а не клеточных элементов, строение опухолей, независимое от строения прививаемого материала, исключают возможность их идентифицирования с опухолями человека. С фактом нужно считаться, его нужно учесть, принять, но принять с величайшей осторожностью, чтобы не сделать грубой ошибки, что так легко случается при одностороннем подходе к лабораторному эксперименту.

К сожалению, автор в вопросах раковой „инфекции“, иммунитета, распространения рака и т. п. выдвигает под покровом рабочей гипотезы такие положения, которые в корне противоречат данным современной науки. Мы уже не будем говорить о раковом вирусе человека, открытом вновь Heidenhain'ом, очень похожем на „ens malignitatis“ Carrel'я и мало раскрывающем тайники каузального генеза опухолей. Ведь, этот вирус не фермент, не коллоид, не бактерия, а нечто разносящееся током крови или лимфы и в конечном счете при фиксации в соединительной ткани производящее саркому, при фиксации в эпителии рак или и то и другое сразу. Но разве такое рассуждение реально? Имеет ли оно жизненный и клинический фундамент? Думается, что читатель не может не видеть в этих построениях автора печальной и бесплодной метафизики.

И дальше, под соусом рабочей гипотезы читатель узнает, что в опытах с тепловыми аутолизатами, в которых совершенно уже нет живых клеток „идет дело о своего рода истинном иммунитете в бактериологическом смысле“ (стр. 109). Злокачественные опухоли человека и мышей рассматриваются как инфекционные заболевания, „так как мы не знаем до сих пор такого переносимого заболевания с типичной клинической картиной и типичным анатомическим строением, которое не оказалось бы инфекционным. То обстоятельство, что это возбудитель еще не выделен, не говорит против этого заключения“ (стр. 111). „Раковая болезнь человека и прививочный рак мышей представляют поразительное сходство в происхождении, формальном генезе и даже в гистологическом строении“ (стр. 112). „Мы принимаем, что отношения у людей аналогичны таковым мышей, и что таким образом значительная часть людей по природе иммунна к возбудителям злокачественных бластом“ (стр. 109). Зная все это, не приходится удивляться, когда автор приписывает возникновение саркомы таза через 3 мес. после ушиба внедрению в общий ток крови неизвестным путем возбудителя, осевшего на месте травмы, лишенном местного иммунитета к возбудителю саркомы.

Мы не будем загружать рецензию и останавливаться на деталях, т. к. и без того тенденция автора улавливается легко. Он принадлежит к экзогенистам, ищет бластоматозный вирус в воздухе, сырых местах, лабораторных клетках для животных, в особенностях географических условий и условий научных учреждений, видит в насекомых возможных передатчиков вируса и т. д.

Как там ни относиться ко всем этим мало обоснованным бактериологическим симпатиям автора, все же фактическая сторона его экспериментов вызывает большой интерес, требует к себе внимания и ждет дальнейшего серьезного и спокойного изучения.

Б. Милонов.

ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Albert Fischer. Биология раковых клеток, выращиваемых in vitro. Zeitsch. f. Krebsfor B. 26, N. 6. 1928 г.

Автору удалось выращивать продолжительное время несколько различных штаммов злокачественных опухолей 3 штамма куриной саркомы (из них один в течение 3½ лет) 1—крысиной саркомы и 1—аденокарциномы мыши (оба свыше одного года). Изучая характер роста вышеуказанных штаммов, автор подметил следующие факты: 1. Раковые клетки также и вне организма отличаются от нормальных известными свойствами. Пока они живы, они и вне организма остаются раковыми клетками, способными давать при перевивках новые опухоли; свои свойства они передают и дочерним клеткам. 2. Раковые клетки могут образовывать новые клеточные массы из веществ, которые недостаточны для роста нормальных клеток и получать стимул к росту благодаря контакту с клетками другого рода—эти оба момента дают объяснение, по мнению автора, безграничному росту этих клеток. Автор далее отмечает, что все его выводы сделаны на клетках с резкой злокачественностью, но он думает, что должен быть постепенный переход от нормальных клеток к злокачественным.

Б. Варшавская.

Erich Urbach u Hans Schnitzler. Экспериментальные исследования об иммунизации интракутаным путем мышей в отношении карциномы и саркомы. W. K. W. № 27. 1928.

Авторам при иммунизации мышей интракутанно вполне вирулентными, но небольшими дозами эмульсии опухолей не удавалось стимулировать организм к выработке антител; это и заставило думать, что если и существует иммунитет в отношении к трансплантационным опухолям, то в основу его должны быть положены другие принципы, нежели принципы иммунитета при инфекционных заболеваниях. Авторы присоединяются к мнению Lewin'a и др. о повышении при интракутанной инъекции защитных сил организма неспецифического характера; при этом ретикуло-эндотелиальной системе должна быть приписана значительная роль. Пытаясь обосновать последнее положение, авторы впрыскивали мышам по 0,2 кб. взвеси карциноматозной опухоли (разведение 1:250) и саркоматозной опухоли (разведение 1:300 и 1:250) интракутанно в спину, в течение месяца не наблюдалось образования опухоли. Параллельно другим мышам инъцировали интравенно по 0,2 кб. разведенной туши и через 24 часа одновременно с контрольными по 0,2 кб. взвеси карциноматозной или саркоматозной опухоли. Через 14 дней у 28% животных была обнаружена плотная саркоматозная опухоль (инъцирована взвесью 1:300); у инъцированных саркоматозной взвесью 1:250 наблюдалось образование опухоли в 100%; у обработанных карциноматозной взвесью образование опухоли в 33%. На основании этих исследований авторы заключают, что интенсивное введение туши значительно понижает естественные защитные силы организма мышей в отношении карциномы и саркомы, что связывают с параличом функции ретикуло-эндотелиальной системы.

Б. Варшавская я.

E. Haagen. Значение моноцитов при экспериментальных опухолях D. M. W. № 3. 1928 г.

Автор, изучая культуры тканей моноцитов из крови здоровых людей и лабораторных животных, а также из крови кур с Rous'овской саркомой, — обнаружил различные свойства моноцитов из крови здоровых и пораженных злокачественными новообразованиями (моноциты из крови последних обладали повышенной пептолитической способностью, а также повышенной способностью разлагать углеводы). Кальтурами моноцитов из крови саркоматозных кур и моноцитов из крови здоровых, обработанных мышьяковой кислотой — удавалось вызвать у кур образование опухолей; культурами же фибробластов невозможно было получить такой же ре-

зультат. Из этих фактов автор заключает, что „Eus malignitatis“ опухолей заложен в моноцитах в виде внутриклеточного химического вещества, повидимому, энзима, фермента или витамина; что и нормальным моноцитам можно придать злокачественность, если воздействовать на них химическими веществами, при чем последние играют при этом лишь роль активаторов или катализаторов.

В. Варшавская.

Stoel M. „Влияние радия на экспериментальный дегтярный рак“ (реф. Le cancer, 1928, № 2).

Белых мышей, у которых имелся на спине вызванный дегтем рак, облучали для уничтожения опухоли радием. Применялась следующая техника: 20 mgr. радия прикладывались к поверхности в 1-2 кв. см, фильтр из $\frac{1}{2}$ мм платины и 1 мм каучука, продолжительность облучения — 20 — 24 часа. У большинства животных, леченных таким образом, опухоль уничтожалась через различное время: при проверке под микроскопом для излечения потребовалось время от нескольких часов до трех недель. Ав. приходит к следующим выводам: 1) экспериментальный дегтярный рак белых мышей может быть уничтожен полностью под влиянием лучей радия; 2) это излечение является результатом чисто местного применения радия по указанной выше технике; 3) нельзя отметить влияния облучения на частоту метастазов; 4) микроскопические изменения:

а) явления митоза прекращаются уже во время облучения, они вскоре вновь появляются, но имеют неправильные формы; б) через 1—3 дня после начала облучения клетки опухоли начинают набухать, цитоплазма становится базофильной и через несколько дней можно видеть „ядра в виде малины“ и большие глыбы хроматина; в) многочисленные группы лейкоцитов выходят из сосудов, наполненных кровью, и проникают в опухоль; д) несколько позже (через 4—7 дней) можно видеть пролиферацию различного вида клеток соединительной ткани, проникающих в опухоль, фагоцитирующих остатки клеток и заполняющих свободное пространство.

Пр.-доц. Я. Войташевский.

✓ *Hans-Ulrich, Hirsch-Hoffmann.* О влиянии ваго и симпатикотропных веществ на рост опухолей. D. M. W. № 8, 1928.

Автор, проверяя экспериментально на мышах влияние ваго и симпатикотропных веществ на рост опухолей, обнаружил задерживающее рост действие ваготропных и способствующее росту — симпатикотропных. В качестве ваготропного вещества автор применял пилокарпин (1:400), впрыскивая ежедневно от 0,05 до 0,3 мг. в качестве симпатикотропного адреналин (1:1000) от 0,1 до 0,4 в зависимости от индивидуальной чувствительности животного. Нужно ли получения результат обяснять действием на сосудистую систему или здесь играют роль другие факторы (гистологический характер опухоли и т. п.) остается пока открытым.

С. Утевская.

Prof. Dr. Carl Levin. Иммунизация при злокачественных опухолях. Ztschrift. f. Krebsf. V. 27; N. 1-2 1928.

Автор на основании своих наблюдений и опытов присоединяется к точке зрения Caspari о том, что сущность иммунитета при злокачественных опухолях базируется на образовании неспецифических антител, вырабатывающихся при введении протениновых веществ. Введением последних (различных опухолей, эмбриональных тканевых клеток, кровяных телец, чужеродных опухолей) автор достигал задержки роста опухоли; инъекции вышеприведенных веществ производились до прививки животным опухоли или в первые дни после прививки.

Murphy считает, что защитная реакция организма при злокачественных опухолях связана с реакцией на лейкоциты; все мероприятия, к-рые ведут к уменьшению количества лейкоцитов, способствуют более интенсивному росту опухоли в силу ослабления естественного иммунитета; мероприятия, ведущие к увеличению количества лейкоцитов, наоборот, повышают активный иммунитет неспецифического порядка. Иммунитет вызывается не только неспецифическими веществами, но и физическими агентами (рентген, радий, тепло) и бесклеточными химическими субстанциями, ведущими, по мнению Murphy, Caspari и автора, к увеличению количества лейкоцитов и тем самым к повышению иммунитета. Игруют ли при этом роль и специфические антитела остается открытым.

Бактерицидные свойства сыворотки зависят, по мнению автора, от присутствия бактериолитически действующих антител, так как для наступления бактериолиза необходимо было присутствие компонента.

С. Утевская.

Fritz Kauffmann. Бактерицидное действие человеческих сывороток на *V. tumefaciens*. Ztschrift. f. Krebsf. V. 26, N. 6. 1928.

Автор, изучая бактерицидные свойства сывороток раковых больных, обнаружил, что они по силе не резко отличаются от таковых же свойств сывороток здоровых и больных другими инфекционными заболеваниями (гоноррея, скарлатина, тиф и т. д.), далее, что сыворотки раковых больных действовали бактерицидно сильнее на *V. tumefaciens*, нежели на холерного вибриона и гонококка.

При изучении бактерицидных свойств сыворотки, автор пользовался следующими методиками: 1) капельным методом — на поверхность агаровой пластинки наносилась капля густой взвеси *V. tumefaciens* (в NaCl или бульоне), а на нее капля свежей активной, неразведенной человеческой сыворотки карциноматозного больного. Через 24 часа стояния в термостате при 37° производился учет степени роста микробов; 2) пробирочным способом — к 0,5—1 куб. с. активной, неразведенной карциноматозной сыворотки прибавляли каплю тонкой взвеси *V. tumefaciens* ($\frac{1}{20}$ ушка взвеси *V. tumefaciens* в NaCl) и оставляли стоять при комнатной температуре 24—72 часа. Через 24-48-72 часа производились посевы из этих пробирок; при чем из пробирок с активной сывороткой роста не получалось. В качестве контроля служила ин'активированная сыворотка.

С. Утевская.

Hannan E. Необычное метастазирование саркомы при наличии двух опухолей. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 35. H. 2.

Клинически: у мужчины 41 г. в течение короткого времени развитие многочисленных узелков (до лесного ореха величиной) в мускулатуре туловища и конечностей. Биопсия: преобладает картина хронического воспаления с некрозами, подзорительного в смысле сифилиса. Специфическое лечение безрезультатно. Предположительный диагноз — myositis nodosa. Нарастающая слабость, внезапная смерть. Секция: веретенообразно-клеточная саркома щитовидной железы с метастазами в поперечно-полосатую мускулатуру, сердце, мозг, легкие, почки, кишечник, диафрагму, в гипернефру правой почки. Гистологически в основной опухоли некоторый полиморфизм клеток с преобладанием веретенообразных форм. В метастазах — сравнительная бедность клеточными элементами, преобладание мелких веретенообразных клеток, сходных с фибробластами, некрозы, выраженная круглоклеточная реакция вокруг узелков. Сходство гистологической картины с картиной хронического воспаления сближает данную опухоль с саркомами, отклоняющимися от обычного типа строения в сторону сходства с грануляционной тканью и с молодой рубцовой тканью (Borst).

Распространенность метастазов (необычна локализация их в поперечно-полосатой мускулатуре) и гистологическое своеобразие опухоли зависит, м. б., от наличия второй опухоли — гипернефромы; развивавшаяся гипернефрома активировала рост саркомы щитовидной железы.

В. Виноградова.

G. O. E. Lignac. „Опухолевидные заболевания белых мышей при хроническом отравлении бензолом и связь их с лейкемией“. Krankheits Forschung. V. 6, N. 1. 1928.

Задавшись целью воспроизвести лейкемию у белых мышей, автор вводил им под кожу бензол (по 0,003, т.е. 0,15 на кило веса). В зависимости от числа инъекций и достигнутого эффекта опыты разбиваются на 3 серии.

К 1 серии относятся животные, получившие до 33 уколов. У всех убитых животных этой группы обнаружено значительное увеличение селезенки и лимфоузлов, с большим количеством светлых узелков в этих органах.

Под микроскопом фолликулы оказались резко увеличенными (белые узелки), состоящими из большого числа лимфоцитов и лимфоцитов, с обилием митотических фигур.

Животные 2 серии, получившие до 46 уколов, в большинстве погибли. На секции обнаружено резкое уменьшение селезенки, происшедшее за счет почти полного исчезновения фолликулов и пульпы.

При жизни этих животных у них наблюдалось вначале увеличение селезенки, как и у 1-й группы, и последующее уменьшение ее. Отмечено также обеднение костного мозга гринулоцитами. В обеих сериях наблюдались, кроме того, распад эритроцитов и заметное оживление эритропоэза в костном мозгу, а также большие отложения кровяного пигмента.

Мыши, дожившие до 50 уколов (3 группа), представляли наибольший интерес: у них наблюдалось резкое увеличение печени и селезенки; в печени, наряду с явлениями застоя, найдено большое количество светло-серых опухолевидных узлов, состоявших из мало дифференцированных клеток мезодермального ряда. Эти

элементы обнаруживали теснейшую связь с эндотелием сосудов. Увеличение селезенки было вызвано застоем (мускатная печень), а также мощным развитием эритропоэза в пульпе органа. Умеренный эритропоэз наблюдался и в костном мозгу. Со стороны периферической крови отмечалась резкая лейкопения.

Автор считает изменения, описанные в 3 группе, близко стоящими к лейкемии.

И. Верткин.

F. D'Allaines et J. Hiely. „Гетеротопные опухоли груди“. *Ann. d'Anat. pathol. et d'Anat. nor.* Т. 5, № 4, 1928.

В статье описаны два случая сравнительно редкого заболевания грудной железы, известного под названием смешанной или гетеротопной опухоли ее. В обоих случаях, у 42-летней женщины и у молодого мужчины, имелась в области грудной железы инкапсулированная опухоль величиной с орех. Главную массу опухоли составляла молодая, эмбрионального типа, соединительная ткань, среди которой были разбросаны островки эпителиальной ткани. Последние местами имели строение многослойного плоского эпителия с тенденцией к образованию жемчужин, местами же напоминали железистые ходы; кое-где имелись кистовидные растяжения. Во втором случае, кроме того, в соединительной ткани развивался эмбрионального типа хрящ.

Авторы считают обе опухоли доброкачественными, но статистические данные заставляют их допускать частую возможность злокачественного перерождения таких опухолей.

И. Верткин.

Görög D. Случай дермоида IV желудочка мозга. *Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd.* 35. Н. 2.

У 50-летней женщины за 8 дней до смерти внезапно развились симптомы поражения головного мозга. Внезапная смерть. Секция: на дне IV желудочка, соответственно *Recess. lateralis* и *Calamus script.*—дермоидная киста с обильным содержанием волос и салообразных масс. Кроме того—атерома паховой области и множественные фибромы мозгового вещества почки.

Разбирая ряд теорий о возникновении смешанных опухолей вообще, и, в частности, дермоидов центральной нервной системы, автор относит описываемый случай и подобные ему к порокам развития; за это говорят: локализация близ линии смыкания мозговой трубки, сочетание с атеромой туловища и фибромами почки.

Дермоиды центр. нервн. системы, как правило, находятся в связи с мягкой мозговой оболочкой. Элементы кожи находятся лишь в месте возникновения дермоидной кисты, тогда как на остальном протяжении стенки кисты „эпителизируется“ последовательно.

Т. Виноградова.

Gangler J. Редкий случай врожденной липомы бедренной вены. *Virch. Arch.* Bd. 265. Н. 3.

У девочки 1 г. опухоль (величиной с яблоко), связанная со стенкой бедренной вены. Гистологически опухоль исходила из адвентиции вены. Опухоль возникла, очевидно, из заблудшегося эмбрионального зачатка, так как адвентиция в норме жировой ткани не содержит, а для процесса метастазии микроскопия не дает оснований.

Т. Виноградова.

Robert Clenet. „Гистологическое исследование менингеальной опухоли“. *Ann. d'Anat. pathol.* Т. 5, № 4, 1928.

Автор обнаружил в исследованной им менингеальной опухоли ряд гистологических особенностей. Опухоль 3×4 ст., представлявшая в центральной части картину эндотелиомы, а по периферии—картину ангиома *plexiforme*, содержала большое количество так наз. коллагеновых шаров, рассматриваемых некоторыми авторами, как отложения опухолевых клетками масс коллагена. Автор, однако, установил, что часть этих образований представляет свернутые в клубки волокна, пробегающие по ходу многочисленных сосудистых пучков. Частые колебания кровяного давления при полном отсутствии в ткани опухоли эластических волокон, вызывают, по мнению автора, эти своеобразные спиральные скручивания соединительно-тканевых волокон. Другая часть шаровидных образований имеет иное происхождение: резкий отек интимы сосудов ведет к полному закрытию просвета; этот своеобразный процесс автор предлагает называть облитерирующим отеком. Автор допускает, что все эти образования, подвергшись гиалинозу и петрификации, и создают картину, характерную для так называемой псаммомы.

И. Верткин.

Töpfer D. I. „Инфильтративно растущая гемангиома кожи с множественными расширениями капилляров кожи и внутренних органов“.

II. „К вопросу об ангиомах позвоночника“. *Frankf. Zeitsch. f. Pat.* 1928. Bd. 36. Н. 2, s. 337.

I. Автор описывает случай огромной (с голову ребенка величиной) гемангиомы (каверномы) плеча у мальчика двух месяцев. При операции была обнаружена инфильтрация опухолью подлежащих мышц и костей. На аутопсии подобные же узлы обнаружены решительно везде за исключением скелетных мышц, почек и зубной железы. Микроскопически: типичная кавернома; наряду с ней—множественные расширения капилляров. Автор склонен свой случай рассматривать с точки зрения порока развития кровеносной системы, совершенно отрицая опухолевую природу узлов.

II. Взгляд, что ангиомы костей редки—не верен.

А. изучил 2.154 позвоночных столба, обнаружив ангиомы в 257 случаях—11,93%. Чаще они наблюдаются к старости (60-70 лет), нередко отмечается множественность. Микроскопически—картина каверномы, изредка—ангиолипомы.

Костный мозг в окружности кровяных полостей атрофируется; костные балки истончены.

Ф. Пожарский.

M. Kartogener. „Случай канкроида щитовидной железы с картиной перителиомы“. *Ziegl. Beit. zur Path. Anat.* В. 79, Н. 3.

Опухоль щитовидной железы у 6-го 64 лет представляла под микроскопом 3 типа строения:

1) Картину перителиомы с характерным радиальным расположением (венчиком) вытянутых клеток вокруг многочисленных сосудов;

2) Солидный рак, местами близкий к ороговевающему;

3) Отличающийся от предыдущего наличием среди тяжей опухоли многочисленных щелей с различной выстилкой, местами напоминающих железистые ходы.

Наличие щелей, если не считать их вторичным образованием (в чем автор не уверен), может пролить некоторый свет на генез опухоли в смысле связи ее с эмбриональными остатками (*ductus thyreo-glossus* и жаберные щели).

И. Верткин.

Werner Rotter. „О необычной опухоли щитовидной железы“ *Zentrbl. f. allg. Path. u. Path. Anat.* В. 42, № 7, 1928.

Сообщаемый случай интересен необычным полиморфизмом гистологической картины метастаза опухоли щитовидной железы. У 6-ой 41 года удалена опухоль щитовидной железы, оказавшаяся под микроскопом полиморфной саркомой с узлами микро- и макрофолликулярной струмы. Через 1½ месяца—вторичное удаление опухоли: под микроскопом та же картина, но без примеси струмы и с обширным распадом в центре. Через 7 лет—экзартикуляция верхней конечности в плечевом суставе по поводу опухоли плеча. Эта опухоль состояла из 8 гистологических компонентов, из которых главные—ороговевающий рак и коллоидная струма. Отдельные участки имели строение: трабекулярной аденомы, разрастающейся (*wuchernde*) струмы, параструмы, папиллярной фиброаденомы, цилиндрического рака, веретенообразноклеточной саркомы.

И. Верткин.

Chiari, H. Хордома позвоночного столба. *Zentrbl. f. Allgem. Pathol. u. Path. Anat.* Bd. 42, № 11.

Ав. описывает редкий по локализации случай хордомы позвоночного столба у 35-летней женщины. Опухоль развилась из тела V шейного позвонка, вызвав сдавление спинного мозга. Наступил полный паралич конечностей, пролежни. Смерть от сепсиса.

По вскрытии и гистологическому исследованию опухоль оказалась хордомой.

До этого был описан лишь один случай подобной хордомы (Klubs).

П. Котлярчук.

Voss E. „Меланосаркома пищевода“. *Frankf. Zeitsch. f. Pat.* 1928 г. Bd. 36. Н. 2, s. 353.

А. описывает случай первичной меланомы пищевода у мужчины 59 лет. В нижней трети пищевода обнаружена опоясывающая, стенозирующая опухоль светло-коричневого цвета. Метастазы (в лимфат. узлах, мозгу, кишках, легких)—были окрашены

более интенсивно. Микро: вытянутые и полигональные клетки, богатые пигментом, обилие фигур деления. Произведенные специальные реакции на меланин дали положительный результат. Исходную почву для меланомы А. видит в пигментных клетках эктодермальных симпатических вclusions стенки пищевода.

Ф. Пожарский.

Eichter P. „Случай врожденной лимфосаркомы поджелудочной железы“. Frankf. Zeitsch. f. Pat. 1928 г. Bd. 36. N. 2, s. 326.

При аутопсии ребенка семи дней от роду, на месте поджелудочной железы обнаружен узел опухоли (9 × 6 × 6 см.), белого цвета, мягкой консистенции. Метастазов нигде не обнаружено. Микроскопическое исследование дало картину мелко кругло-клеточной саркомы.

В головке рагсаас у детей постоянно встречаются островки лимфатической ткани, каковые А. и склонен считать исходной почвой для развития данной опухоли.

Ф. Пожарский.

R. Lieske. Исследования относительно заболеваний раком у растений, животных и человека.

Centralbl. f. Bacter. etc. I Abt. V. 108 N. 1-4.

Автор работал с 14 штаммами *B. tumefaciens*, изолированными из опухолей растений, животных и человека. Этими культурами удавалось при прививках животным и растениям вызывать у последних типичные раковые опухоли.

Автор считает, что рак является типичным инфекционным заболеванием в то время, как другие основные теории возникновения опухолей (напр. нарушение клеточного обмена и теория химических, термических и механических раздражителей) оставляют неясным вопрос о перевиваемости опухолей. Рак вызывается, как и другие инфекционные заболевания, единым специфическим возбудителем. Отдельные штаммы культур, выделенных из опухолей, могут давать отклонения от типичных форм (в смысле вариационных Löhnis'a)—поэтому одни авторы описывают возбудитель рака как: 1) фильтрующийся вирус, другие как 2) грамотрицательную палочку с однополюсным жгутиком (*B. tumefaciens*), 3) как грампозитивную палочку и 4) как стрептококка (*Nuzum*). Все вышеозначенные формы автор объединяет и называет *B. polyomnas tumefaciens*, он находит этот микроб широко распространенным в природе в сапрофитном состоянии. Причина перехода его из сапрофитного состояния в вирулентное остается до сих пор неизвестной, как это имеет место и в отношении других микробов. В раковых опухолях растений и животных микроб этот, по мнению автора, находится в виде микроскопически необнаруживаемой формы; он, очевидно, находится в тесном симбиозе с клетками хозяина. При посевах же удается выделить вышеприведенного возбудителя рака из пораженных тканей лучше всего на среде следующего состава: glyzerin—2%, Kaliumnitrat—0,5%; Saures phosphors, Kalium (KH_2PO_4)—0,1% Magnesiumsulfat 0,01%. Agar—2% Де-стилирован. воды. Автор смотрит на химические, термические и другие раздражители, как на момент предрасполагающий, способствующий внедрению ракового возбудителя; и на все раковые заболевания у животного, человека и растений, как на однотипные.

С. Утевская.

КЛИНИКА

ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ, КАЗУИСТИКА

Herbert Kahn. Серодиагностика рака при помощи реакции Albumin—А. и количественного учета помутнения при помощи опалометра. Klin. Woch. № 10 1927 г.

Автор усовершенствовал реакцию определения альбуминов А в сыворотке раковых больных; он предложил для более быстрого и точного учета их специальный опалометр, а для высушивания бумажек особым образом устроенный сосуд. Автор считает эту реакцию в рамках клинических исследований пригодной для дифференциально-диагностических целей, особенно в смысле ранней диагностики злокачественных опухолей. Далее автор находит, что, пользуясь этими усовершенствованиями реакции, можно определить также влияние терапевтических мероприятий (операция, облучение и т. д.) на количественное содержание альбумина А в сыворотке раковых больных.

С. Утевская.

E. Haagen. Изучение вопроса о применимости способа Ringold'a для диагностики рака. D. M. W. № 7 за 1928 г.

Автор, исходя из значения моноцитов при злокачественных новообразованиях, изучал как оригинальный способ окраски препаратов крови по Ringold (окраска мазков крови после фиксации метиловым спиртом, Borax saurem, Eosin Methylenblau с последующей дифференциацией в растворе танина; при этом обнаруживаются большие лимфоциты и моноциты с двумя и большим количеством ядер, иногда сливающимися и налегающими друг на друга), так и подсчет количества моноцитов (из них делящихся) на 500 лейкоцитов в обычном мазке крови, окрашенном по Giemsa. Автор изучал вышеописанными способами мазки крови здоровых людей (10 чел.); больных раком (14 чел.) и другими заболеваниями (30 чел.) и обнаружил в крови здоровых и больных нераковыми заболеваниями присутствие многоядерных моноцитов в количестве не меньшем (от 2,1 до 3,3%) в процентном отношении, чем в крови раковых (2,4%). Исходя из изложенного, автор не считает способ Ringold'a ценным для диагностики рака; противоположного мнения придерживается, правда тоже на основании небольшого материала (11 чел.), Simon's.

Б. Варшавская.

Prof. W. Lahm. Биологическое исцеление рака. Strahlentherapie. Bd. 28, h. 5.

По автору под биологическим исцелением нужно понимать безоперативное исцеление рака, к биологическому исцелению нужно отнести: самостоятельное обратное развитие новообразования или его артефициальное удаление при помощи различных средств (термокаутер, хлорцинк, металлы, металлоиды, соли, кислоты, алкалоиды, ферменты, лучи с короткой волной и т. д.). Наши сведения в данной области недостаточны. Что должно понимать под самостоятельным обратным развитием? Является ли оно таковым при исчезании опухоли после диагностической экцизии? Есть ли каустика другое чем инструментальное удаление? Встречается ли самостоятельное исцеление рака? Как оно происходит? Полного ответа на эти вопросы мы не имеем.

Наши понятия о биологическом лечении карциномы основываются на гистологических результатах и даже они чрезвычайно скудны.

Ценным пунктом есть: 1) рак человека имеет очень мало общего с раком животного, почему и нельзя переносить наши экспериментальные данные на людей. У животных—большое однообразие формы рака в противоположность многообразию у человека, 2) в процессах обратного развития мы видим или начало или конечный стадии; обратное развитие опухоли или превращение в злокачественную мы не наблюдаем.

Когда клетка или сумма клеток перестает быть способной к пролиферации еще не совсем ясно. Автор считает, что эта способность к пролиферации уничтожается быстро, но что еще долгое время остается местное предрасположение к злокачественной пролиферации. 3) Различны также положение, значение и происхождения, встречаемой в окружности опухоли реактивной зоны.

Ясно только, что местное сопротивление играет большую роль. Автор полагает, что сущность зоны и реакции сопротивления не заключается в наличии или образовании соединительной ткани (гистоциты, фибробласты). Подвижные элементы не представляют боевых групп против рака. Лейкоциты появляются в результате местного раздражения. Это есть хемотактический процесс.

Не останавливаясь на тех группах клеток, которые автор встречал в окружающей опухоли, автор обращает внимание на содержание гликогена в карциноматозных клетках. В ранних формах Са шейки и аденокарциномах гликоген отсутствует. В то время как клетки поверхностного слоя эпителия шейки содержат достаточно гликогена, в глубокопроникающих гликоген отсутствует. В доказательство приводит случай Са ovariae, где параллельно с облучением, идущее дифференцирование клеток шло с изменением углеводистого обмена. Эозинофильные лейкоциты в интиме сосудов образуются местно. Эозинофилию и гибель лейкоцитов автор относит к анафилактической реакции. Происходят изменения также и в соотношении электролитов. Содержание кальция и калия в облученных тканях, изучено Lieber'ом. Карцинома будет изменяться при добавлении раствора соответствующих электролитов. К биологическому исцелению принадлежит не только появление общей реакции: также анафилаксия в виде местного заболевания. Рак, являясь вначале местным заболеванием, может излечиваться вначале местными условиями или мероприятиями. Общее лечение должно выровнять тот вред, который вызывается в организме долго находящимся раком.

Ф. Абрамович.

D-r F. Gal. Отдаленные результаты, полученные при лечении лучистой энергией карциномы женских половых органов. Strahlentherapie. Bd. 27, h. 1.

Случаи рака матки, могущие быть оперированными, должны, по автору, быть оперированными; лечению же лучистой энергией подлежат те случаи, где операция уже не может быть произведена. При сравнении успешности результатов терапии важно учитывать радио-чувствительность разных видов рака, а также соотношение начальных и запущенных случаев.

Резистентными к лучистой энергии оказались 17,7%. Опухоли встречаются после мировой войны в более молодом возрасте. Положение, что чем больше лучей доводится до места заболевания, тем лучше результаты получаются, — в настоящее время не приемлемо. Точно так же не приемлема определенная карциноматозная доза. Все-таки отравная доза для рака матки 100—100% НЕД. Для успешности терапии необходим совершенный мощный аппарат, знание дозировки и выбор потребной для каждого случая дозы. Применяемый же метод особого значения не имеет.

Лучистая энергия применяется до и после операции, более употребительно послеоперативное применение. Профилактически применяется радионое лечение. Автор применял 70—80 mgr bromistogo radia 2-3 раза в течение месяца, выжидая пока рана в своде заградулирует; фистул не было. Рентгенооблучение на 15—20 день после операции повторно 2-3 раза. Через 5 недель при обычной карциноматозной дозе. Техника применения радия проста, но выбор правильной дозировки и место применения требует многолетнего опыта. При выборе дозы важно знать связь с окружающими органами и тканями (rectum, мочевого пузыря); фильтр 2mm меди. Доза радия при совместной рентгентерапии должна быть уменьшена. Все оперированные случаи профилактически подвергались облучению; радий применен был у 75 больных с рецидивом у 27—30%; рентген применен в 20 случаях без рецидива и рентген и радий в 43 случаях с рецидивом в 6,9%.

Во всех случаях опухоль исследовалась гистологически. В 2 случаях оказался туберкулез, 410 случаев плоскоклеточного, 104—цилиндро-клеточных и 83 базально-клеточного рака.

Автор не мог обнаружить связи между гистологическим видом опухоли и ее чувствительностью к лучистой энергии. По возрасту больные распределились так: от 20—30 лет было 27 случаев; 31—40—157 случаев; 41—50—194 случая; от 51—60—165 случаев; 61—70—50 случаев, а от 70—10 случаев. Выздоровление отмечалось во всех случаях, также в самых ранних по возрасту. 70% было многорожавших, 16% рожавших—1 раз и 13% вовсе не рожавших. Главным признаком заболевания (60%) было кровотечение, боли же только в 10%. Общие результаты—выздоровели меньше двух лет 210 больных, два года 39, три года 16, 4 года 19, 5 лет 16 больных, 6 лет 8 больных и 7 лет двое больных. Без рецидивов 99, с рецидивом—59.

Ф. Абрамович.

Prof. O. Jungling. Polyposis intestini. Наследственность и отношение к раку. Bruns Beiträge Z. Kl. Chirurgie 143,3.

Картина заболевания Polyposis recti intestini включает в себе ряд проблем, заслуживающих дальнейшего изучения. В отношении этиологии, необходимо отметить, что оно встречается наследственно. Передача заболевания недостаточно прослежена. Требуется своего разрешения также вопрос—есть ли встречаемые случаи рака перерождения полипов или же мы имеем дело с первичным заболеванием.

Автору удалось проследить одну семью в трех поколениях, при чем общее количество заболевших членов 15 чел. Заболевание может долгие годы не давать никаких клинических симптомов. Ректоскопическое исследование является решающим. Во всех случаях отмечалось изменение слизистой в смысле покраснения и появление отдельных пятнышек. Заболевание это есть сверхчувствительность слизистой кишке вследствие половых раздражений. Прямой связи между Polyposis recti и раком установить нельзя.

Ф. Абрамович.

Fruchaud H. Рак уретры у женщин (Le Cancer, 1928, № 2).

Это заболевание наблюдается у женщин в возрасте между 40 и 60 годами; в возникновении играют некоторую роль местные причины (полипы, инфекции и др.). Рак уретры не имеет склонности к генерализации: лимфатические железы редко поражаются, метастазов почти не бывает.

Распространяется он, большей частью, per continuitatem в различных направлениях: до седалищно-лобковых костей по обеим сторонам, вверх до os. pubis, книзу—на влагалище, взад—на мочевой пузырь. Ав. приводит случай рака уретры у женщины 58 лет, у которой время от времени появлялась кровь во влагалище; при исследовании была обнаружена язва в области верхней части влагалища. Больная не могла мочиться; обнаружить отверстие мочеиспускательного канала на этой язвенной поверхности не удалось. В виду запущенности случая пришлось прибегнуть к цистостомии и ретроградной катетеризации. Симптоматология этого заболевания обычно сводится к явлениям цистита и незначительным кровотечениям. Симптомы могут варьировать в зависимости от того, находится ли перерожденный полип у отверстия канала или же проникает вглубь его. Диагностика, в общем, легка, но только биопсия дает возможность избежать ошибки. Смерть, обычно, наступает вследствие мочевой инфекции. Лечение может быть различное: хирургическое вмешательство, диатермия и радиотерапия. Операция заключается в частичной или полной экстирпации уретры; это вызывает иногда недержание мочи. Коагуляцию можно рекомендовать в тех случаях, когда процесс не зашел далеко, когда полип находится у устья уретры и обнаруживает склонность к перерождению. Радиотерапия—это метод выбора, она применяется как при злокачественных, так и при доброкачественных опухолях. Непосредственное приложение радия к опухоли дает, в общем, недостаточные результаты. Облучение на расстоянии предпочтительнее: оно позволяет подвергнуть действию лучей подозрительные места, не требует большого количества радия и особенно сложной техники. Лимфатические железы, если они увеличены, подлежат удалению хирургическим путем.

Современные данные относительно лечения радием рака уретры у женщин говорят за то, что этот метод лечения является наиболее действительным.

Пр.-доц. Я. Войташевский.

Romanis and Neilson. Трансплевральное вмешательство на пищеводе (при раке). The Lancet № 5452, vol CCXIV, 1928.

Авторы рекомендуют перед трансплевральной операцией на пищеводе за три дня до нее производить искусственный пневмоторакс. Если легкое хорошо спадается, то нет необходимости резецировать ребра. Сделав достаточно большой разрез на боковой поверхности грудной клетки между двух ребер, разрезав интракостальные мышцы и плевру, вводят один или два сильных реберных ретрактора по типу rack and ratchet. Через такую рану можно манипулировать обеими руками. Такой доступ к интракостальной части пищевода очень удобен и благоприятен для удаления пораженной раком части пищевода. Многие хирурги, оперирующие при раке пищевода, обычно резецируют 2-3 ребра сзади и справа, достигая пищевода через задние средостенные без вскрытия плевры. А. считают, что и таким образом можно освободить и иссечь раковую опухоль пищевода, но этот способ: 1) технически труднее, 2) рискованнее в смысле инфекции тканей, окружающих пищевод. В случае проникновения инфекции будет менее опасно, если воспалительный процесс возникнет в плевре, где он может быть ликвидирован обычными хирургическими методами. Инфекция медиастина: 1) диагностируется труднее, 2) лечение почти невозможно 3) прогноз—безнадежен.

К достоинствам трансплеврального вмешательства при раке пищевода авторы относят хороший послеоперационный эффект: нет выпячиваний, деформаций и слабости в этом месте грудной стенки. При раке пищевода часто возникает сдавление дуги аорты, срращения пищевода с ней и бронхами. Радикальная операция в таких случаях невозможна. Иногда ни эзофагоскопия, ни X-лучи не оказывают того, что встречается хирург во время операции (множественные опухоли, окружающие пищевод в виде сплошной массы). А. а. предлагают пользоваться трансплевральной

операцией, т. к. своевременное хирургическое вмешательство обнаруживает опухоль пока она курабильна и удалима. 20-30% всех раков пищевода падают на его кардинальную часть над диафрагмой; также часты раки пищевода ниже дуги аорты. И здесь чрезвычайно трудно поставить ранний диагноз рака пищевода, т. к. часто первым симптомом рака является дисфагия. А. а. считают необходимым применять эзофагоскопию и рентген у каждого больного с явлениями дисфагии в течение 3-4 дней. Ими приводятся три истории болезни, из которых видно, что во всех случаях одним из симптомов рака была дисфагия. В запущенном случае рака нижней части пищевода, с распространением опухоли на желудок, путем трансплевральной операции удалось без особого труда подойти к нижнему отделу пищевода и даже исследовать проксимальную часть кардии, пораженную карциномой.

Всеволод Корхов.

Ullmann. Лечение рака свинцом. Lead Surgery, Gynecology Obstetrics 1928, № 1, vol XLVI, P. 119.

А. указывает на предпочтительность применения коллоидального раствора свинца—ортофосфата при лечении рака перед металлическим коллоидальным раствором. На основании клинических и экспериментальных данных а. выяснил значительно меньшую токсичность для организма первого препарата. А. не берет на себя смелость поставить указанный метод выше испытанных хирургических приемов и лечения лучистой энергией, но считает, что коллоидальный раствор свинца—ортофосфата может служить резервным средством в случаях неудач или в комбинации с применявшимися методами. А. настаивает на необходимости достаточной квалификации лиц, применяющих этот метод, т. к. препараты свинца при неправильном пользовании могут вызвать явления отравления и принести вред. Он советует проводить лечение свинцом в стационарных условиях, что имеет значение при наблюдении за диетой б-ого, т. к. диета, в данном случае, играет роль (потеря аппетита к концу лечения, прием молочной пищи, как антидота свинца). Кроме того свинец, несомненно, оказывает влияние на функцию почек и поэтому здесь необходимо периодическое производство цветной пробы функции почек. Также должна проверяться формула крови. Растворы коллоидального свинца ортофосфата вводятся интравенно соответственно колебаниям веса больного и величинам опухоли. А. употребляет дозу не более 0,7 миллиграмм элемента—свинца на фунт веса больного. Средняя доза—80 мгр., но и большие дозы могут без вреда для организма оказывать действие (и еще более реальное) на опухоль. Withers and Ranson давали более, чем 120 мгр. при каждой инъекции и наблюдали заметные регрессивные явления и исчезание опухолей. Введение препарата можно применять ежедневно. Эти недельные дозы повторяются до введения 300-500 мгр. Рентген и Радий начинают применять после того, как введено в кровь 200-300 мгр. Каждые 24 часа дается молочно-кислый кальций и четверть литра молока. А. приводит 2 случая лечения свинцом рака грудной железы, при чем оба случая были запущенные с обширными поражениями регионарных желез. В 1 сл. после радикального удаления рака грудной железы, под влиянием лечения свинцом, узлы в коже, подкожной клетчатке, метастазы в легких, кожная эритема стойко регрессировали. Б-ная получила 602 мгр. свинца на протяжении 8 м-цев. Во 2 сл. в теч. 4 м-цев дано 450 мгр. и 3-х крат. переливание крови. Все местные явления сошли на нет, и б-ная получила возможность двигать рукой, которой она не могла владеть до лечения.

Всеволод Корхов.

Hunt. У. С. Папилломатозная эпителиома почечной лоханки. Journal of Urology, 1927, XVIII, 225.

Папилломатозная эпителиома почечной лоханки является злокачественной опухолью почки. Обычным местом для опухолей почек является паренхима органа, полость почечной лоханки—место необычное для новообразований.

Из 318 злокач. опухолей, удаленных путем нефрэктомии в клинике Mayo, 23 оказались первичными эпителиомами почечных лоханок; 8 из них относились к плоским эпителиомам и 15 к папилломатозным. Плоские и папилломатозные формы микроскопически различаются по степени злокачественности, характеру blastomatозного роста и распространению. На основании клинических данных и лабораторных исследований плоские эпителиомы, соответственно классификации Broder'a являются более злокачественными, чем папилломатозные. Плоские эпителиомы прогрессируют и быстро распространяются, проникая в периренальные ткани, почечные вены и дают метастазы, в то время как папилломатозные эпителиомы растут, распространяясь по слизистой оболочке бокалов почки, мочеточникам и пузырю. Гематурия—самый обычный симптом.

Пальпируемое увеличение почки говорит за присоединившийся гидронефроз. Обнаружение при помощи цистоскопии папилломатозной опухоли в мочевом пузыре

особенно вблизи мочеточникового отверстия, подкрепляет предполагаемый диагноз. Иногда путем пиззографии удается поставить точный диагноз папилломатозной эпителиомы почечной лоханки. Если опухоли располагаются только в лоханке, бокалах почки и в мочеточнике и не распространяются на мочевой пузырь, методом лечения является нефрэктомия, часто с частичной, а иногда с полной уретерэктомией. В случае поражения опухолью пузыря в области мочеточникового устья и дистальной части мочеточника производится сегментарная резекция пузыря с частью мочеточника cystourethrectomia partialis.

Всеволод Корхов.

Persson M. Окончательные результаты резекций желудка при раке. Annals of Surgery v. LXXXVI, P 321, 1927.

А. приводит 1.150 случаев операций при раке желудка. В 339 случаях была произведена пробная лапаротомия со смертностью в 17,1%, в 450 случаях была применена Г. Э., как паллиативная операция (23,1%).

В 361 случае была произведена радикальная операция. А. указывает, что за последние 20 лет послеоперационная смертность от резекций желудка значительно увеличилась, но это увеличение обязано более радикальным вмешательствам, применяемым теперь и еще потому, что много случаев прежде считавшихся иноперабельными, в настоящее время довольно широко оперируются. Из 361 больных, подвергнутых резекции желудка, 210 были мужского пола. Резекции производились по способам Billroth I, Billroth II и Polya. Общая смертность 28%. Операции Billroth I и Polya дали большую смертность, чем операция по Billroth II. 80,5% больных умерли от рецидива рака в период 5 лет. 18 б-ных живы и здоровы от 7-20 лет после операции. В нескольких случаях с хорошими отдаленными результатами при операции были обнаружены обширные опухоли. В 2-3 случаях по необходимости была резецирована поперечная ободочная кишка. Ни в одном случае, окончившемся длительным выздоровлением, не было обнаружено вовлечение в раковый процесс регионарных лимфатических желез. Общее впечатление—операции Billroth II и Polya пользуются большим успехом, чем операции Billroth I. По наблюдениям автора карцинома скirrosного типа имеет большую тенденцию к рецидиву, чем другие формы рака.

Всеволод Корхов.

Rudolf Roosen. Можно ли усилить действие Isaminblau на злокачественные опухоли? Zeitschrift. f. Krebsf. B. 26. H. 6. 1928.

Из ранее приведенных данных автора следует, что лечебное действие Isaminblau параллельно отложению этой краски в опухолях и что некоторые опухоли, например, желудочно-кишечного тракта, плохо воспринимают краску. Кроме того известно, что витальная окраска органа усиливается при повышенной функции его (беременная матка, например, воспринимает Isaminblau чрезвычайно сильно); функцию же органа можно повысить, действуя на него электрическим током высокой частоты—диатермией. Исходя из этих фактов, автор изучал комбинированное действие Isaminblau и диатермии на животных и отмечает, что оно приводило к более сильному отложению этой краски в опухолях или органах, подвергавшихся диатермии, что давало более благоприятный лечебный эффект. Хотя автор сам не применял, за отсутствием подходящего материала, комбинации этих средств на людях, — он все же считает этот метод à priori вполне применимым и целесообразным.

Б. Варшавская.

Grandclaud et Marcel Liégeois. К вопросу об изучении возбудителей при инфекциях, осложняющих cancer colli uteri. Presse Medicale 1928 г., № 80.

Вторичная инфекция пораженных раком естественных полостей является правдою, преимущественно при раке шейки матки. Проявляются они в виде местного нагноения или распространяются вглубь на эндометрий. В процессе лечения раком шейки матки вторичные инфекции являются серьезным осложнением местным или общим, вызывающим иногда смерть. Несмотря на самые тщательные предосторожности, они являются причиной удлинения курса лечения Ра, компрометируя результаты Механизм действия лучей на развитие инфекции еще не достаточно изучен, предполагают, что лучи, ослабляя сопротивляемость ткани, возбуждают вирулентность инфекционного начала. Со времен Пастера бактериологи не перестают изучать бактериальную флору cancer'ов, преимущественно из язвешных cancer'ов шейки матки, при чем обнаруживаются: bacterium coli, бациллы Hoffman'a, стрептококки, тетрагенные, стафилококки, энтерококки. Кроме аэробов были обнаружены и анаэробы:—bacillus perfringens.

Как фактор осложнений — доминирующую роль в гуморальных инфекциях играет стрептококк. Heimann считает гемолиз — признаком их вирулентности. Автор наблюдал в Centre Entancereux в больнице проф. Roussy в Париже 70 больных cancer'om colli uteri. Преобладание анаэробных стрептококков должно быть отмечено, как важный факт, еще не бывший предметом специального изучения.

Стрептококки и тетрагенные были слабо вирулентны, однако, 2 культуры (бульон Martin) золотого стрептококка дали активный токсин вприснутый кролику 5 см в вену — вызвавший смерть животного.

Наблюдения показали, что стрепто-энтерококки аэробные и анаэробные играют преобладающую роль при вторичных инфекциях Ca colli uteri. Lesbre считает, что гемолиз, вызываемый токсином указанной группы бактерий, явление не постоянное, и находится в огромной зависимости от активности омомотивного процесса.

Автор наблюдал 4 рода гемолитических стрептококков, культуры которых дали токсин, вызвавший положительную интрадермальную реакцию в разведениях $\frac{1}{500}$, $\frac{1}{1000}$.

Prévoit считает анаэробные стрептококки — сапрофитами естественных полостей, становящихся вирулентными при травме или развитии других инфекций.

Он же разлагает 3 разновидности анаэробных стрептококков:

I тип микро — в виде длинных цепочек, разжижающих желатину, не дающих запаха;

II putridus — большой кокк, разжижающий желатину, мутит бульон, образует газ;

III evolutus — разжижает желатину, свертывает молоко, делает газ.

Б-ые, у которых обнаружены указанные анаэробы, обнаруживали септические явления, скачки температуры гемокультуры их при аэробных условиях дали отрицательный результат. Автор считает необходимым продолжать наблюдения и рекомендует повторные систематические бактериологические исследования опухолей colli uteri, что даст ценные сведения, необходимые для лечения Ca радием.

Идентификация возбудителей инфекции, осложняющих Ca colli uteri, сделает возможной лучшую профилактику септических осложнений, наблюдающихся в процессе лечения Ra. и выбор терапевтических мер в борьбе с инфекцией.

К. Пушкар.

Renfer L. «Два случая некроза миокарда после применения радия». (Le cancer, 1927, № 4).

Ав. описывает два случая некроза сердечной мышцы после лечения рака пищевода посредством введения в пищевод радиевых зондов. В первом случае у 6-ого имелся стеноз пищевода на расстоянии 38 см. от края зубов; вводилось 26,6 mgr. бромистого радия; облучение производилось в течение 74 часов; фильтр — 1,5 мм платины для зонда с 10 mgr. и 1,2 мм платины для зонда с 3,3 mgr. радия. Через 5½ месяцев больной умер при явлениях общей слабости и сильного кровотока. Аутопсия обнаружила место некроза в задней стенке левого желудочка; некротический очаг проникал через всю толщу стенки, произошло прободение стенки желудочка и кровоизлияние в перикард.

Второй случай по клинической картине, лечению и исходу подобен первому. Относительно возникновения некроза после облучения радием существует два взгляда: один Kienboeck, Uhma, Holzknacht считают, что сперва имеет место повреждение клеток, затем наступает воспаление, другие (Jassman, Waerman, Liuser) признают, что происходит первичные изменения в сосудах и затем только наступает вторичная дегенерация клеток. Изменения в клетках зависят от чувствительности их и количества поглощенных лучей радия. Ав. объясняет свои случаи след. образом: кардиоматозная ткань, весьма чувствительная к лучам радия, быстро разрушилась, это повело к расширению просвета пищевода (6-ой мог глотать куски мяса и хлеба), но действие радия не ограничилось патологически измененными тканями, — произошло повреждение перикарда, а затем миокарда. Трудно указать, когда проявилось действие радия на миокард, во всяком случае некроз наступил не тотчас после облучения, — тут имеет место „поздний некроз“. Ав. полагает, что сперва происходит дегенерация миокарда, а некроз наступает вторично вследствие проникновения бактерий.

В мышце сердца не было обнаружено раковое перерождение.

Ав. приводит случай Gottesmann'a, где также последовала смерть после применения 30 м. гр. радия в течение 50 часов; доза в этом случае равнялась 1.500 mgr. часов; у автора доза была равна 1000 mgr. - часов. Эти случаи показывают, что при лечении рака пищевода радием, несмотря на фильтр, гамма-лучи разрушают не только пораженный раком пищевод, но и мышцу сердца.

Пр.-доц. Я. Войташевский.

СОЦИАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ

СТАТИСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА С ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Stephan Wahl. Über die Zunahme der Lungencarcinoms. Zeitschr. für Krebsf. B. 25. S. 302. 1927.

Автор, приводя свой материал и статистические данные с 1895 г. по 1927, указывает на повышение заболеваемости раком за последние пять лет на 2,68%, а рака легких на 6,97%, т.е. на абсолютное увеличение числа легочных карцином. Автор делит далее карциномы легких по локализации их на 4 группы: 1) карциномы на месте бифуркации бронхов, 2) карциномы главного бронха, 3) малых бронхов и 4) альвеол. Наиболее часто поражение падает на 7 десятков.

Б. Варшавская.

Q. Lakhovsky. К вопросу об этиологии рака. (Влияние состава почвы на космические излучения и развитие рака). Paris. 1927 г.

В процессе изучения раковых опухолей и причин их развития возник вопрос о том, не играет ли значительной роли в распространении этого страдания состав почвы — ореография и гидрография.

В 1869 г. Havigang говорил: Темза и ее притоки пересекают обширное раковое поле. В 1897 г. Noel указывает на аналогичные наблюдения. Ныне вопрос этот снова поднят автором, целью работы которого является показать, насколько распределение рака может быть обусловлено физическим составом почвы, — места пребывания субъекта.

Автор объясняет все биологические процессы у животных от простейшего до совершеннейшего позвоночного влиянием электромагнитных волн. Живая клетка беспрепятственно поглощает и иррадирует их. Жизнь — проявление постоянного течения этих волн и является результатом их динамического равновесия в клетке. — Нарушение этого равновесия — есть болезнь.

Космические волны, поглощаемые и иррадируемые почвой, нарушают динамическое равновесие клеток и вызывают рак.

Путем наблюдений автор пришел к заключению, что диэлектрики — песок, гравий, песчаник, известняк пропускают космические волны и не вызывают неполазмы.

Мергель, сланец, руды, глины, каменноугольные пласты, т.е. проводники — отражают электромагнитные волны, нарушающие нормальное течение их в организме и способствуют образованию опухолей.

Автор обследовал Францию по распространению рака и обнаружил, что в различных кварталах Парижа рак наиболее распространен в местах, где преобладают глинистые почвы, сланцы, мергель. То же можно сказать о департаменте Сены и городах, как Гавр, Руан, Линк и местностях Эльзас-Лотарингии, насчитывающих раковых больных в большом количестве. — Женева, Тулуза, Брюссель, Берн — дают меньшие цифры.

Вода, являясь из соответственной почвы обладает ее свойствами и употребление ее в пищу является, повидному, причиной возникновения рака.

Интересен следующий факт, приведенный врачом Симереем: население одного села не имело представления об этом ужасном биче человечества — раке, пока пользовалось водой из своих колодезь, вырытых в пределах своих дворов. Когда же муниципальный совет провел водопровод из отдаленного источника, находившегося за селом — последовательно один за другим стали заболеть раком жители села.

Автор объясняет это тем, что вода из отдаленного источника не содержала химических компонентов, нужных для поддержания электрического равновесия клеток организма некоторых субъектов по отношению к космическим излучениям.

В заключение автор говорит, что при современном состоянии наших средств в борьбе с раковыми заболеваниями никакие данные новых исследований не должны игнорироваться.

К. Пушкар.

УВАЖАЕМЫЕ ТОВАРИЩИ!

Забелеваемость и смертность от рака и других злокачественных новообразований достигли в последние годы очень высоких цифр; поэтому сейчас необходимо принять решительные меры для организованной и рациональной борьбы со злокачественными новообразованиями.

Всесоюзное Совещание, состоявшееся в Москве в 1925 году, наметило план создания Раковых Институтов и ряда мер для правильной организации профилактики и своевременной терапии злокачественных опухолей.

Народный Комиссариат Здравоохранения УССР ставит своей задачей расширить борьбу со злокачественными новообразованиями. Основное условие успешной практической работы—это наличие специальных раковых патолого-гистологических лабораторий для исследования биопсированного материала, чтобы своевременно выявить предраковое состояние (что очень важно для профилактики), ранней раковой диагностики и т. п.

Такая патолого-гистологическая лаборатория теперь основана при Рентген-Институте в Харькове, которая уже начала функционировать для обслуживания округов Левобережья. Аналогичная лаборатория организована Рентгеновским Институтом в Киеве для обслуживания округов Правобережья. Лаборатория принимает бесплатно биопсированный материал (кусочки опухоли, тканей, соскобы и т. п.) для исследования, чтобы выяснить точную и раннюю диагностику. Уведомляя о существовании вышеозначенной лаборатории, просим вас присылать соответствующий материал по адресу: Харьков, Пушкинская ул. № 53, Рентген-Институт.

Директор Института Г. И. Хармандар'ян.

КРАТКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРОИЗВОДСТВУ БИОПСИЙ И ПЕРЕСЫЛКИ ПОЛУЧАЕМОГО МАТЕРИАЛА.

Метод биопсии во многих случаях является способом, позволяющим надежно установить природу страдания, дать основу рациональным практическим мероприятиям и направить терапию по должному пути. Однако, необходимо иметь в виду, что этот метод, оказывающий в определенных случаях чрезвычайно ценную, незаменимую помощь, как и всякий другой метод, имеет известные границы.

На вопросы—есть ли в данном случае настоящее новообразование, какова его природа, имеется ли воспалительный процесс и т. д.—могут быть даны исчерпывающие ответы во многих отношениях. Но относительно, напр., природы воспалительного процесса respect.—его возбудителя гистолог часто не в состоянии дать решающего ответа; для этого нередко нужны другого рода исследования (напр., бактериологические).

Особую ценность этот метод имеет при установлении ранней диагностики ракового страдания и гинекологического рака в особенности.

Биопсия, делающая возможным точное своевременное распознавание и раннее рациональное лечение как злокачественных новообразований, так и различных предраковых состояний,—тем самым входит в круг мер профилактической борьбы со злокачественными новообразованиями.

Для того, чтобы использовать данный метод во всей его полноте, прежде всего необходимо, чтобы биопсия была произведена правильно, соответственным образом и в должном месте.

Здесь невозможно дать вполне точных и исчерпывающих указаний—всякий случай должен быть взвешен индивидуально. Во всяком случае, если только позволяют обстоятельства, помощью свободных разрезов удаляется большей или меньшей величины кусочек ткани, а при возможности и все пораженное место. Конечно, в том случае, когда подозревается поверхностное раковое поражение—его не удаляют целиком, а довольствуются небольшим кусочком для целей установления диа-

гностики. Чаще всего наиболее полезными для гистологической диагностики оказываются периферические части, граничащие со здоровыми тканями, а не центральная часто некротизированная часть опухоли. При вырезывании кусочка опухоли, изъязвленной и т. п. всегда захватывают по возможности и часть прилегающих здоровых тканей.

Необходимо употребление острых, хорошо отточенных инструментов, по возможности часто сменяемых во время операций взятия кусочка. Применение ножниц, пинцетов, тупого пути вообще как средств сильно разминающих ткани и клетки—не желательно. Острым ножом извлекается клиновидный кусочек, проникающий также соответственно в глубину. Поверхностно срезанный кусочек часто оказывается недостаточным.

Очень часто во многих случаях важно дать схематический рисунок, поясняющий направление разрезов. Для исследующего гистолога весьма существенно знать, где находится поверхность, где края (внутренний, наружный) и где глубокая зона в иссеченном кусочке.

Краткое описание кусочка в изложенном смысле необходимо в каждом случае (исключая, конечно, случаи вполне очевидных). Без этого всегда имеется некоторый риск сделать срезы для микроскопического исследования не в той плоскости, где нужно.

В случаях глубокого положения места поражения (как, напр., гортань, пищевод, полость матки и т. п.) большей частью, конечно, невозможно применение ножа, а приходится прибегать к специальным инструментам, частью разминающим ткани и не дающим больших кусочков. Здесь важно собрать все извлеченные кусочки.

При получении соскобов из полости матки желательна предварительная быстрая промывка водой добытого материала для удаления сгустков крови, но в сомнительных случаях (мало материала, невозможность в данный момент отличить кусочки ткани от свертков и т. п.) лучше этого не делать, а весь собранный материал отослать в лабораторию.

После того, как материал для исследования получен—необходимо его тотчас же (во всяком случае—не позже 2-3 часов) пересылать в лабораторию в хорошо закупоренной посуде или, в крайнем случае, в парафинированной бумаге. Ни в коем случае не следует оставлять добытых кусочков ткани лежать в марле или вате, равно как нельзя и пересылать материал в таком виде. Марля и вата в силу гигроскопичности поглощают тканевую жидкость, и кусочек может быстро высохнуть (особенно, если он не велик) и погибнуть для исследования.

Если же полученный материал не может быть тотчас передан в лабораторию, то он должен быть немедленно погружен в фиксирующую жидкость. Наиболее доступной и дешевой фиксирующей жидкостью является формалин, а именно 10%-й его раствор в воде. Можно, конечно, фиксировать и в крепком спирте (но не в водке или в денатурированном спирте). Нужно иметь в виду, что при последней фиксации в будущем невозможно исследование на жиры и липоиды.

Посуда, в которой производится фиксация кусочка, должна быть соответственной величины, нельзя насильно втискивать кусочки, напр., в пробирку или другую какую-либо узкую посуду. Фиксирующей жидкости должно быть налито достаточное количество.

Хорошо закрытая банка с фиксирующей жидкостью и плавающими в ней кусочками должна быть обернута несколькими слоями ваты, после чего ее нужно вложить в соответственный футляр деревянный или металлический, если же банка мала, то в картонную коробку. В футляр можно предварительно всыпать древесных опилок и он должен быть хорошо закрытым, после чего его зашивают холстом и сдают в почтовом отделении по адресу: г. Харьков, Пушкинская ул., 53, Рентген-Институт.

Патолого-гистологическое исследование—это есть, по выражению Masson'a, специальная, сложно проводимая медицинская консультация, устанавливающая во многих случаях истинную природу страдания. Гистолог—патолог есть и гистолог и врач, учитывающий во многих случаях всю картину болезни,—поэтому посылка материала для исследования не должна сопровождаться лаконической припиской—«направляется для исследования кусочек ткани» без всяких дальнейших пояснений, но, как правильно, должна сопровождаться более подробными указаниями, необходимыми также и для статистической разработки материала.

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ

После заполнения отсылается вместе с биопсированным материалом в лабораторию Рентген. Института

1. Год, месяц, число
2. Адрес для ответа (№ телеф.)
3. Фамилия, имя больного, место постоянного жительства
4. Возраст, пол, семейное положение
5. Чем занимается и как давно
6. Когда обнаружили первые симптомы болезни, какие именно и в каком органе (указания на травмы, воспалительные процессы, кормление грудью, кровотечения—их характер, бели—как долго и т. п.)
7. Характер роста опухоли (быстрый, медленный)
8. Состояние кожи в области опухоли (цвет, подвижность, изъязвления)
9. Состояние регионарного железистого аппарата
10. Был ли оперируем больной вообще по поводу новообразований (каких именно)
11. Было ли оперативное вмешательство по поводу данного страдания (когда и в чем оно выразилось, было ли произведено гистологическое исследование и каков его результат)
12. Не является ли данное страдание рецидивом
13. Был ли лечен рентгеном, радием и как давно
14. Имеются ли у больного аномалии развития, пигментные врожденные пятна, бородавки и т. п.
15. Указания на неоплазии у родственников больного (в каких органах)
16. Какие заболевания перенесены: алкоголизм, сифилис, наркотики (какие—табак), травмы, хронические воспалительные процессы
17. Клинический диагноз
18. Способ взятия кусочка (схема, пояснение см. выше)
19. При биопсии опухоль в капсуле или нет
20. Замечания, которые вы считаете нужным сделать

Подпись

АКАДЕМИК ФЕОФИЛ ГАВРИЛОВИЧ ЯНОВСКИЙ

В ночь с 8 на 9 июля с. г. после непродолжительной, но тяжелой болезни скончался в Киеве один из самых крупных и старейших клиницистов-терапевтов нашей страны академик Феофил Гаврилович Яновский.

Он заболел внезапно, на своем посту—во время защиты диссертации одним из его учеников, у Феофила Гавриловича произошел мозговой инсульт.

Он скончался на 68 году жизни в полном расцвете сил, среди напряженной, кипучей деятельности. И тем неожиданнее, тем горестнее эта невозвратимая потеря. Нет слов выразить скорбь по дорогой для всех утрате...

Не стало лучшего клинициста, создавшего определенную школу и определенное направление в клинической медицине. Не стало редкой души человека и, поистине, великого гуманиста!

Первое клиническое образование Феофил Гаврилович получает под руководством проф. К. Г. Тритшеля, будучи избран после окончания Киевского Университета в 1883 г. ординатором Госпит. Терапевт. Клиники. По окончании ординатуры, он углубляется в изучение бактериологии и работает в Берлине в Институте Коха и в Париже в Институте Пастера, посещая одновременно с этим клиники Лейдена и Гергардта в Берлине и клинику Се в Париже. Вернувшись в Киев, по поручению факультета, он устраивает бактериологическую лабораторию, тогда первую для Киева, в которой продолжает интенсивную научную работу и публикует целый ряд ценных работ.

Наряду с этим, Феофил Гаврилович углубляется в изучение физиологии. Будучи избран в 1888 году на должность пом. прозектора при кафедре физиологии в Киеве, которой заведывал тогда известный физиолог проф. Чирьев, он работает в этой области несколько лет.

Наряду с изучением бактериологии, Феофил Гаврилович работал в смежной с ней области инфекционных болезней, принимая непосредственное участие в борьбе с эпидемией холеры, брюшного, сыпного и возвратного тифов и др. Он публикует целый ряд ценных работ.

Но одной из самых главных областей, в которых работал Феофил Гаврилович большую часть жизни, являются болезни легких и особенно туберкулез легких. Из первых работ его в этой области назовем: „К симптоматологии и патогенезу туберкулезной пневмонии“, „О ползуном пространстве Траубе“, „К технике аускультации“, „Терпиол при кровохаркании“, „К распознавательному значению бронхиальных слепков“ и др., из более поздних—„О противопоказаниях к употреблению иода“, „О постукиваниях верхушек легких при бургорчатке“, „Выработка иммунных тел в зараженном туберкулезом организме“ и др., и, наконец, его известную большую монографию „Туберкулез легких“, которая выдержала за короткое время 2 издания и которая является настольной книгой каждого врача. Многие его работы по туберкулезу, помимо русского, напечатаны на немецком и французском языках.

В области болезни почек, как и в области туберкулеза легких, Феофил Гаврилович является одним из самых крупных и авторитетных специалистов в нашей стране. Имя его, как знатока туберкулеза легких и почечных заболеваний, широко известно и за границей.

Говоря о работах его, нельзя не остановиться на тех работах обобщающего характера, в которых он подводит итоги и намечает новые пути в клинической медицине, в которых выявляется мировоззрение и облик его, как клинициста. Сюда относятся его работы: „Опыт классификации методов при лечении внутренних болезней“, „Новые пути в диагностике внутренних болезней“, и особенно его доклад на II Всеукраинском Съезде Терапевтов в Одессе в 1927 г. „Пути научного исследования в клинике“. В этих работах Феофил Гаврилович устами авторитетнейшего и старейшего терапевта нашей страны призывает не увлекаться, не ставить на первое место лабораторные исследования, как это имеет место часто в настоящее время, а быть „поближе к больному человеку“.

Уже на этих кратко-приведенных данных мы видим, сколь плодотворна, и многогранна была научная деятельность Феофила Гавриловича! Большинство его работ затрагивают важнейшие вопросы клинической медицины. Тем не менее, все они далеко неполно еще характеризуют его, как клинициста и ученого. Много осталось еще у него в высшей степени ценных и оригинальных клинических наблюдений, которыми он делился с нами, его учениками, у постели больного во время клинических обходов. Почти по каждому вопросу клинической медицины он имел свое личное мнение, основанное на многолетних наблюдениях. Преждевременная смерть не дала ему возможности опубликовать многие ценные его наблюдения.

Феофила Гаврилович любил клинику, любил больного. Здесь, у постели больного, выявлялся истинный, многогранный облик того большого клинициста, каким был покойный. Он обладал талантом и интуицией тонкого диагноста и не менее тонкого терапевта, огромным опытом и большой научной эрудицией. Чрезвычайно перегруженный работой, он успевал, тем не менее, следить за новейшей литературой и всегда в этом отношении был на высоте. Он не увлекался, однако, новыми теориями, новыми данными, а трезво и спокойно оценивал их. С другой стороны, его пылкий ищущий ум не успокаивался и на рутинных данных. Он всегда мог понять и оценить важное и главное среди новых веяний.

Как преподаватель и лектор Феофила Гаврилович отличается исключительными дарованиями. Его преподавательская деятельность начинается с 1891 г., когда после блестящей пробной лекции он получает звание приват-доцента при Киевском Университете. В 1904 г. он избирается на кафедру Терап. Госп. Клиники Новорос. У-та, но уже в следующем 1905 г. переходит в родной для него Киев на кафедру Врачебной Диагностики. Почти вся его научно-клиническая деятельность протекает в Киеве. В 1913 г. он избирается на кафедру Терапевт. Госпит. Клиники Киевского У-та, а в 1921 г. на кафедру Фак.-Терапевт. Клиники, которую занимал до последних дней жизни.

Природные дарования, глубокий аналитический и обобщающий ум, огромный опыт и научная эрудиция, блестящие лекторские способности ставят Феофила Гавриловича в ряды лучших наших клиницистов. Желая отдать ему заслуженную дань уважения, I Всеукраинский Съезд Терапевтов избирает его постоянным и несменным председателем Всеукраинских Съездов, а VIII Всесоюзный Съезд Терапевтов в том же году — избирает его почетным членом всех Всесоюзных Съездов. Наконец, в 1927 г. Украинской Академией Наук он избирается академиком, являясь первым, и до сих пор единственным, у нас академиком из представителей клинической медицины.

Исключительные душевные и нравственные качества Феофила Гавриловича были причиной неподдельной любви и глубокого уважения, к нему. Кристаллическая чистота души, чуткость, мягкость, поразительная скромность и простота в обращении — все это производило чарующее впечатление и влекло к нему сердца всех, кому когда-либо приходилось соприкасаться с ним.

Одной из черт его, которая всегда поражала тех, кто знал его хоть сколько-нибудь близко, была его исключительная работоспособность. Он массу времени уделял клинике, проводя в ней ежедневно по несколько часов. Чрезвычайно перегруженный бесперывной вереницей больных, которым он не умел отказать, Феофила Гаврилович вместе с тем, не имел дня, когда не принимал бы участия в том или ином заседании, где его голос, его мнение имело решающее значение. Он неизменно председательствовал в Терапевтическом Обществе, в Курортной Комиссии, в Туберкулезных заседаниях и т. д., принимал активное участие в заседаниях Академии Наук, в Терапевт. Съездах и т. д. Он был активным членом и Председателем последних Всеукраинских и Всесоюзных Съездов Терапевтов, выступая на них в качестве программного докладчика.

Всем памятно его последнее выступление в мае с. г. на X Всесоюзном Съезде Терапевтов, его заключительная речь, отличавшаяся редкой задушевностью, сердечностью и бодростью... И вот его уж нет среди нас... Его не стало, но никогда не будет забыто все то доброе и полезное, что было посеяно им!

Мы всегда будем хранить в сердцах память о нем, лучшим клиницисте нашей страны, исключительном враче — гуманисте, человеке великой души и дорогим, незабвенным учителем.

Вадим Иванов.

Киев, 1928 г.

СОДЕРЖАНИЕ I ТОМА

SOMMAIRE I TOME

Книга 1		№ 1	
	Стр.		Page
От редакции	1	De la Redaction	1
Вступительное слово Народного Комиссара Здравоохранения УССР Ефимова	III	Avant propos du Comissar de Santé d'USSR Jefimoff	III
А. В. Репрев. Экспериментальная злокачественная опухоль и обмен веществ при ней	1	A. Repreff. Métabolisme dans le tumeur maligne expérimental	1
А. И. Гейманович. К главе о полиморфных глиомах (о динамизме невроглии)	24	A. Geimanovich. De gliomas polymorphe (de la dynamique de neuroglie)	24
И. П. Мищенко. Об эндокринных железах при экспериментальном бластоматозном росте	36	I. Mistchenko. Les glandes endocrines en croissance blastomateuse	36
А. П. Шанин. Непосредственные результаты лечения рака гортани радием	44	A. Chanine. Résultats récents du traitement du cancer du Larynx par le radium	44
И. Н. Никольский. Влияние эндокринной системы на патогенез и рост злокачественных опухолей	53	I. Nikolski. L'influence du système des glandes endocrines sur la pathogénès et la croissance des tumeurs malignes	53
Рецензии	73	Critique	73
Отчет о съезде Германского Патологического Общества	76	Conférence de la Société Pathologique Allemagne	76
Рефераты	84	Analyses	84
Книга 2		№ 2	
Н. Н. Петров и Н. А. Кроткина. Экспериментальные данные о взаимоотношении камней и рака желчного пузыря	89	N. Petroff et N. Krotkina. Recherches expérimentales sur les corps étrangers et le cancer de la vésicule biliaire	89
М. В. Ольховская и Н. М. Бесчинская. К вопросу о ферментах крови у раковых больных	101	M. Olchovskaja et N. Bestchinskaja. De ferments du sang chez les malades cancéreux	101
П. Г. Бережанский. О морфологических изменениях в кардиомиомах при лечении радием	109	P. Berejansky. Les changements morphologiques dans les épithéliomes sous l'influence de la curietherapie	109
М. В. Хмелевский. О злокачественных опухолях щитовидной железы	115	M. Kmelewsky. De tumeurs malignes de la glande thyroïdienne	115
М. И. Малева. Значение возраста и пола в заболевании раком	129	M. Maleva. La rôle de l'âge et du sexe dans la maladie du cancer	129
М. Магат. Обзор экспериментальных работ по физической химии раковой ткани	136	M. Magat. Revue de travaux expérimentaux de la chimie physique du tissu cancéreux	136
Случаи из практики	153	Cas de pratique	153

1928-1930

Стр.	Page
Практика борьбы с злокачественными опухолями	156
Рецензии и библиография	158
Рефераты	161
Хроника	178

Книга 3

Д. П. Гринев. Основные черты научной деятельности проф. А.В. Репрева	185
А. А. Кронтовский. Метод изолирования опухолей в организме и вне организма	188
Н. Н. Петров и Н. А. Кроткина. Проявление злокачественного роста при эмбриональных прививках	194
И. П. Мищенко и М. М. Фоменко. Об азотистом обмене при экспериментальном бластоматозном росте	208
Б. Б. Варшавская. Обмен веществ при миелоидной и лимфоидной лейкемии и его изменение под влиянием рентгенотерапии	216
М. И. Лифшиц. К вопросу о классификации и сущности системных заболеваний лимфоидной, миелоидной и ретикуло-эндотелиальной тканей	227
Г. И. Хармандарьян. К вопросу об организации борьбы со злокачественными новообразованиями. 245	
М. А. Магат. Методы борьбы со злокачественными новообразованиями в Америке	251
Рецензии	258
Рефераты	261
Хроника	274

Книга 4

К 10-тилетию советской медицины на Украине	281
А. А. Кронтовский и М. А. Магат. Трансплантация и эксплантация при изучении стойкости злокачественных тканей по отношению к кратковременному повышению кислотности среды	284
А. М. Антонов. О влиянии некоторых веществ на рост и прививаемость карциномы Flexner-Jobling'a	292
П. М. Кокорин. Патологическая анатомия рака матки и причины смерти больных	296
С. Л. Минц. Клиника и хирургическое лечение рака шейки матки. 304	

не VI - 7219

La lutte contre le cancer	156
Critique, b.bliographie	158
Analyses	161
Chronique	178

№ 3

D. Grineff. Les traits fondamentaux de l'activité scientifique du prof. A. Repreff	185
A. Krontovsky. Méthode de l'isolation des tumeurs dans l'organisme et en dehors de lui	188
N. Petroff et N. Krotkina. Greffes embryonnaires et croissance maligne	194
I. Mistchenko et M. Fomenko. Du métabolisme nitreux dans la croissance maligne expérimentale	208
B. Varchavskaja. Le métabolisme en leucémies myéloïdes et lymphatiques et ses modifications sous l'influence de la radiothérapie	216
M. Lifchitz. Études sur la classification et sur la nature des maladies systémiques de la tissu lymphatique, myélogène et réticulo-endothéliale	227
G. Charmandarjan. Problème d'organisation de la lutte contre le cancer	245
M. Magat. Méthode de la lutte contre le cancer en Amérique	251
Critique	258
Analyses	261
Chronique	274

№ 4

Dix ans de médecine Soviétique en Ukraine	281
A. Krontovsky et M. Magat. Transplantation et explantation en l'étude de résistance du tissu malin à l'augmentation d'acidose passagère 284	
A. Antonoff. L'influence de quelques substances sur la croissance et inoculabilité du cancer Flexner-Jobling	292
P. Kokorin. Anatomie pathologique du cancer d'utérus et les causes de mort des malades	296
S. Mintz. Clinique et traitement chirurgical de cancer colli uteri	304

Стр.	Page
Г. А. Либерман. Способы и результаты лечения лучистой энергией рака матки	316
Б. К. Розендвейг. Рентгено-и радиотерапия рака нижней губы. 324	
Б. О. Изаксон. Современная клиника злокачественных образований матки	337
Н. О. Морозовский. Опыт изучения распространения рака на Украине	345
Случай из практики	356
Б. Милонов. Рецензия о книге Heidenhain'a	357
Рефераты	359
Хроника	372
G. Liberman. Les méthodes et résultats du traitement des cancers de l'utérus par le radiations	316
B. Rosenzweig. Roentgen-et Radiumthérapie de cancer de la lèvre inférieure	324
B. Isakson. La clinique contemporaine de neoplasmes malignes de l'utérus	337
N. Morosovsky. Essai d'étude de propagation du cancer en Ukraine. 345	
Cas de pratique	356
B. Milonoff. Critique d'un ouvrage de Heidenhain	357
Analyses	359
Chronique	372

IX ГОД
ИЗДАНИЯ

ОТКРЫТА ПОДПИСКА

IX ГОД
ИЗДАНИЯ

на 1929 год

..... НА

НОВЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ АРХИВ

Под редакцией проф. В.-М. Академии С. П. ФЕДОРОВА
и проф. Днепропетровского Мединститута Я. О. ГАЛЬПЕРНА

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА:

I. ОРИГИН. СТАТЬИ ПО ВОПРОСАМ ТЕОРЕТ. И КЛИ-
НИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ, ПО ОБЩИМ ВОПРОСАМ ХИ-
РУРГИИ (ИСТОРИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСК.
ПОМОЩИ И Т. П.) II. ОШИБКИ В ХИРУРГИИ. III. СЛУ-
ЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ. IV. ХИРУРГИЧЕСКИЕ СЪЕЗДЫ
И ЗАСЕДАНИЯ ХИРУРГИЧ. ОБЩЕСТВ. V. РЕЦЕНЗИИ
И РЕФЕРАТЫ. 6. РАЗНЫЕ ИЗВЕСТИЯ.

В 1929 ГОДУ БУ- **11 КНИГ** В ОБЩЕМ НЕ МЕНЕЕ
ДЕТ ВЫПУЩЕНО **110 ПЕЧАТН. ЛИСТОВ**
В ТОМ ЧИСЛЕ „ТРУДЫ 3-го ВСЕУКРАИНСКОГО СЪЕЗДА
ХИРУРГОВ. Днепропетровск—IX 1928 г.“.

Подписная цена на 1925 г. была 20 руб., на 1926 г. 18 руб.,
на 1927 г. 17 руб., на 1928 г. 16 руб.

На 1929 год—15 руб. с пересылкой.

ДОПУСКАЕТСЯ РАССРОЧКА:

8 руб. при подписке, остальные—до 1 мая 1929 года. Для
сельских хирургов допускается более дробная рассрочка—по
соглашению с редакцией.

Денежные переводы направлять: Днепропетровск, ул. Коро-
ленко, 22, проф. Я. О. Гальперну.

ЦЕНА № В ОТД. ПРОДАЖЕ—1 руб. 60 коп.

анн
перс

ь шве.
только

ля зан
ь ср

соч
ь лист
венія

икла ты
учень

продс.
ной р

дня С
абря

ю С
3

изъ
отчені

ями
и д

ми или
ь шумъ.

у швей-
шпы,