

Изъ Терапевтическаго отдѣленія Саратовской Губернской больницы
(завѣд. приватъ-доцентъ Н. Е. Кушевъ).

«Актиномикозъ легкаго» *)

орд. В. А. Морозова.

М. Г. въ виду того, что актиномикозъ считается рѣдкою болѣзью и распознаваніе его даже въ клинической обстановкѣ не всегда легко, я позволю себѣ описать случай лучистаго грибковаго заболѣванія легкаго, наблюдаемый въ терапевтическомъ отдѣленіи Александровской больницы. Біологія и морфологія лучистыхъ грибовъ представляетъ еще много не разъясненнаго. Въ данное время преобладаетъ мнѣніе, что лучистый грибокъ или принадлежитъ къ группѣ нитчатыхъ вѣтвящихся бактерій, или является представителемъ особенной группы, промежуточной между высшими бактеріями и низшими плѣсенями. Большинство авторовъ предполагаетъ, что лучистый грибокъ обитаетъ на какихъ-нибудь растеніяхъ, вѣрнѣе всего на сорныхъ травахъ. *Берестневъ* указываетъ, что ему на ряду съ другими авторами (*Gasparini*, *Корсакъ*) удалось вырастить разные виды лучистыхъ грибовъ изъ сѣна, соломы, злаковъ и т. д. Заболѣваніе лучистымъ грибомъ встрѣчается несравненно чаще у животныхъ, нежели у человѣка; въ скотобойняхъ Москвы по даннымъ *Мари* на 100 головъ убитаго скота найдено 3,4 больныхъ лучистымъ грибомъ; у человѣка зараженіе происходитъ или черезъ посредство пищевыхъ веществъ, въ которыхъ содержится лучистый грибокъ, или отъ присасыванія дыхательными путями. Вопросъ о томъ, можетъ ли легкое поражаться первично вслѣдствіе занесенія лучистаго грибка при посредствѣ растительныхъ инородныхъ тѣлъ, былъ рѣшенъ впервые въ девяностыхъ годахъ прошлаго столѣтія въ Лейпцигскомъ институтѣ, благодаря замѣчательному случаю, который былъ опубликованъ *Valaskomъ*: при вскрытіи въ одной изъ полостей пораженнаго лучисто-грибковой болѣзью легкаго среди гноя съ характерными зер-

*) (Докладъ, читанный въ Физико-Медицинскомъ Обществѣ въ Саратовѣ).

нышками обнаружена была желтовато-сѣрая нить въ 1 сант. длиною и $\frac{1}{2}$ mill. шириною; при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось, что это была ость ячменнаго колоса. Подобный же случай позднѣе былъ описанъ *Plönnig*'омъ въ Грейфсвальдской клиникѣ. При зараженіи черезъ ротъ лучистый грибокъ заражаетъ иногда гнилые зубы, это подтверждается случаемъ *Israel*'я, который въ полости абсцесса нижней челюсти нашелъ вмѣстѣ съ типичными зернышками кусокъ каріознаго зуба. *E. Müller* описалъ случай актиномикоза отъ пораненія занозой, содержащей лучистый грибокъ. Относительно частоты заболѣванія отдѣльныхъ органовъ статистика показываетъ, что болѣе, чѣмъ въ 50% случаевъ, лучисто-грибковая болѣзнь сосредоточивается въ полости рта и въ сосѣднихъ частяхъ шеи, откуда она можетъ распространяться на основаніе черепа и средостѣніе. Рѣже всего болѣзнь сосредоточивается гдѣ нибудь на кожѣ. Актиномикотическія заболѣванія органовъ грудной и брюшной полостей занимаютъ среднее мѣсто. По статистикѣ *Rüttimeyer*'а на долю легкыхъ выпадаетъ 20% всѣхъ заболѣваній, а на долю пищеварительнаго канала только 15%. Изъ 158 случаевъ, собранныхъ *проф. Тихозымъ*, лучисто-грибковое пораженіе легкыхъ и грудной стѣнки было въ 38 случаяхъ, брюшной полости и ея стѣнки въ 37 случаяхъ. Статистика *Mitch*'а даетъ вопросу немного другое освѣщеніе: изъ 421 случая заболѣванія лучистымъ грибомъ 85 разъ были поражены органы живота, а 58 разъ легкія. По мнѣнію *Алексне* статистика, отводящая первое мѣсто заболѣваніямъ органовъ живота передъ легочными заболѣваніями, должна стоять ближе къ истинѣ, за это говоритъ, во первыхъ, способъ зараженія черезъ ротъ, во вторыхъ, заболѣванія грудной полости болѣе легко поддаются бактериологической діагностикѣ, нежели болѣзни пищеварительнаго канала, почему послѣднія, по всей вѣроятности, нерѣдко при жизни остаются неправильно распознанными. Установлено, что лучисто-грибковое заболѣваніе не вездѣ одинаково распространено: во Франціи по даннымъ *Roger* описано всего около десятка случаевъ, между тѣмъ какъ въ другихъ странахъ до этого же времени опубликованы сотни случаевъ. Въ статьѣ „Актиномикозъ легкыхъ и плевры по наблюденіямъ русскихъ авторовъ“ (Русскій Хирургическій Архивъ за 1909 годъ) *Опокинъ* приходитъ къ выводамъ, что легочно-плевральный актиномикозъ у насъ въ Россіи чаще, чѣмъ въ другихъ странахъ. Въ русской литературѣ первые случаи прижизненнаго діагноза лучистаго грибка въ легкыхъ описаны докторомъ *Якимовымъ* и нашимъ уважаемымъ предсѣдателемъ прив.-доцентомъ *Н. Е. Кушевымъ* еще въ 1888 году. Теперь, прежде чѣмъ перейти къ описанію самаго случая, считаю своимъ долгомъ принести приватъ-доценту *Н. Е. Кушеву* искреннюю благодарность, какъ за разрѣшеніе воспользо-

ваться для описанія случаема болѣзни изъ завѣдуемаго имъ отдѣленія, такъ равно и за помощь при изслѣдованіи больного.

Больной Ц. 48 лѣтъ, нѣмецъ, поселянинъ села Ивановки Новоузенскаго уѣзда Самарской губерніи поступилъ въ Саратовскую Александровскую больницу 18-го октября 1911 года съ жалобами на общую слабость, опухоль и боль въ лѣвомъ боку, кашель съ кровянистой, зловонной мокротой. *Anamnesis:* Въ январѣ 1911 года больной почувствовалъ колюще въ лѣвомъ боку; передъ этимъ былъ кашель, иногда съ мокротой; колюще съ теченіемъ времени усилилось, такъ что больной отъ боли не могъ ни спать, ни лежать на лѣвомъ боку. Въ февралѣ кашель сталъ сильнѣе, постоянно съ мокротой гнойнаго цвѣта съ запахомъ; мокрота благодаря своей вязкости откашливалась съ трудомъ. Онъ обратился къ доктору, который назначилъ мушку на лѣвый бокъ и какія то пилюли. Лѣтомъ по совѣту врачей, подозрѣвавшихъ у больного туберкулезъ легкихъ, онъ пилъ кумысъ; кашель сталъ легче; мокрота отдѣлялась уже не съ такимъ трудомъ, какъ раньше, и больной сталъ чувствовать себя значительно лучше; но въ августѣ состояніе опять ухудшилось, появились ночные поты, отеки ногъ, и мокрота стала съ примѣсью крови, иногда въ видѣ жидкогъ, иногда же бывали небольшія кровотеченія. 13 сентября больной замѣтилъ на лѣвомъ боку опухоль, болѣзненную и быстро растущую, обратился къ врачу, который сдѣлалъ ничего не давшій пробный проколъ, и направилъ больного въ Саратовскую Александровскую больницу.

Наслѣдственность: со стороны наслѣдственности у больного нечего отмѣтить; отецъ и мать умерли въ пожиломъ возрастѣ отъ какихъ то простудныхъ болѣзней, 2 брата и 2 сестры живы и здоровы.

Самъ больной въ дѣтствѣ никакими болѣзнями не страдалъ; въ 20 лѣтъ было какое то лихорадочное заболѣваніе, продолжавшееся около 2—3 недѣль. 28 лѣтъ заболѣлъ шанкромъ, по всей вѣроятности, твердымъ, такъ какъ лежалъ въ больницѣ 4 недѣли и лечился втираніями; хотя, говорить, что наружныхъ проявленій болѣзни никогда никакихъ не было, да и леченія болѣе не повторялъ. Прошлой зимой болѣли зубы, нижнімихъ лѣтомъ было удалено 2 сильно разрушенныхъ коренныхъ зуба. Женился больной на 36 году, жена здорова, было 2-ое дѣтей, изъ которыхъ одинъ умеръ, оставшаяся дѣвочка 10 лѣтъ, здорова. Видно больной пилъ и пьетъ умѣренно.

Status praesens: Средняго тѣлосложенія и плохого питанія; кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣды; рубцовъ на кожѣ и измѣненій въ костяхъ нѣтъ; въ правомъ паху грыжа; едва замѣтный отекъ ногъ. Лимфатическія железы не увеличены. Языкъ сухъ и обложенъ; аппетитъ плохой; со стороны желудка и кишечника ничего ненормальнаго. Пульсъ 80, средняго наполненія и напряженія, правильный; артеріи (лучевыя и височныя) слегка склерозированы. Границы сердца: справа—вдоль лѣваго края грудины, слѣва—не ясна; толчекъ въ 5 межреберномъ промежуткѣ, внутри отъ соска; тоны сердца чистые, шумовъ нѣтъ. Над—и подключичная ямки съ лѣвой стороны выражены рѣзче, чѣмъ съ правой. Лѣвая половина груди отстаётъ при дыханіи; число дыханій 28. На груди съ лѣвой стороны между задней аксиллярной и лопаточной линіями подъ нижнимъ угломъ лопатки, соответственно 3 нажимъ ребрамъ находится опухоль величиною съ кулакъ (около 10 сант. въ діаметрѣ), флюктуирующая, болѣзненная при давленіи въ окружности ея, особенно съ нижней стороны, прощупывается плотный валикъ. Кожа надъ опухолью нормальна. Ребра около опухоли тоже нормальны; остистые отростки позвонковъ не выдаются; есть только небольшое искривленіе позвоноч-

ника въ ниже-грудной части въ правую сторону. Пробный проколъ опухоли не далъ ничего. При перкуссии подъ лѣвой ключицей обнаружено небольшое притупленіе, переходящее въ сердечную тупость. По лѣвой передней аксиллярной линіи притупленіе начинается на 4-омъ ребрѣ, по лѣвой лопаточной—у середины лопатки; въ мѣстахъ притупленія бронхиальное дыханіе и субкрепитирующіе хрипы; *fremitus pectoralis* почти одинаковъ, какъ съ той, такъ и съ другой стороны. Печень и селезенка не прощупываются; въ полости живота ничего ненормальнаго. *Моча*: удѣльный вѣсъ 1022, слабо кислой реакціи, слѣды бѣлка, сахара нѣтъ. *Мокрота* кровянисто-гнойнаго цвѣта, густая, тягучая, съ запахомъ, содержитъ много мелкихъ величиною съ маковое зерно зеленовато-желтыхъ комочковъ, состоящихъ при микроскопическомъ изслѣдованіи изъ конгломератовъ лучистаго грибка. 1) Зернышки разматривались въ каплѣ 10% раствора КОН; при чемъ видны были друзы грибка; 2) размазанныя на покровномъ стеклѣ окрашивались по Gram'у и 3) зернышки заливались въ параффинъ, срѣзамъ окрашивались по Gram'у. Нити въ томъ и другомъ случаѣ видны были хорошо, колбочекъ же нѣтъ.

21. X. При повторномъ проколѣ полученъ густой вонючій гной. Общее состояніе безъ переменъ.

23. X. Произведено изслѣдованіе *крови*: гемоглобина 65%; эритроцитовъ 5.260.000; лейкоцитовъ 9.200. Въ окрашенныхъ по Рейтеру-Щеголеву препаратахъ крови красные шарики окрасились хорошо, форма ихъ не измѣнена; лейкоциты по формамъ распредѣляются такъ: нейтрофиловъ 58%; эозинофиловъ 5%; лимфоцитовъ 20%; переходныхъ формъ 17%.

25. X. Опухоль увеличивается; кожа надъ ней покрасѣла. Общее состояніе хуже. Температура все время держится по утрамъ между 37,1° и 38,0°, по вечерамъ 37,6° и 38,8°.

26. X. Произведенъ Рентгеновскимъ аппаратомъ снимокъ груди; при чемъ въ лѣвой половинѣ груди на негативѣ полученъ болѣе свѣтлая мѣста, соответственно притупленію, и кое гдѣ въ верхней долѣ лѣваго легкаго немного выше притупленія.

27. X. Больной отказался отъ перевода въ хирургическое отдѣленіе и выписался.

Во время пребыванія въ больницѣ больному давали себеин для успокоенія кашля и *syrum sulfuricum ammoniatum* по 0,01 въ пилюляхъ.

При діагностикѣ даннаго случая пришлось разбираться между слѣдующими возможными болѣзнями: 1) саркома грудной кѣтки или даже легкаго, 2) эхинококкъ плевры и легкаго, 3) остеомиелитъ реберъ, осложненный хроническимъ процессомъ легкаго, 4) гумозный процессъ и 5) актиномикозъ легкаго, перешедшій на грудную кѣтку. Мысль объ эхинококкѣ легкаго или плевры, выпячивающемъ грудную стѣнку, представлялась невозможной потому, что при пробномъ проколѣ не было получено характерной жидкости. Что касается саркомы грудной кѣтки, перешедшей на легкое, или наоборотъ, то не такъ легко было въ началѣ отказать отъ этого предположенія; сомнѣнія эти поддерживались съ одной стороны значительной выпуклостью опухоли, съ другой тѣмъ, что при первомъ пробномъ проколѣ ничего не было получено; но при даль-

нѣйшемъ теченіи болѣзни, когда появились признаки явно воспалительнаго характера (25. X кожа надъ опухолью покраснѣла) опухоли при довольно разлитомъ легочномъ процессѣ и повышеніи t° , отъ діагноза саркомы пришлось отказаться. Осталось разобраться между болѣзнями, сопряженными съ хроническимъ пропитываніемъ заразнаго происхожденія. Значительные размѣры пропитыванія, расположеніе очаговъ размягченія не по ходу реберъ, явленія бронхопневмоніи, отсутствіе увеличенія лимфатическихъ железъ, все это сдѣлало невѣроятнымъ предположеніе гуммознаго процесса, на который какъ будто указывали анамнестическія данныя (20 лѣтъ тому назадъ былъ шанкръ, лечился втираніями). Бугорчатковый остеоміэлитъ реберъ можетъ быть очень разлитой, но онъ не даетъ такихъ опухолевидныхъ пропитываній. Вообще бугорчатковые процессы, а именно бугорчатка легкихъ, представляютъ много сходства съ явленіями лучисто-грибковой болѣзни: ночные поты, одышка, кровь въ мокротѣ, постепенное исхуданіе, всё это обычныя явленія для этихъ двухъ болѣзней. И въ нашемъ случаѣ у больного лѣтомъ опредѣлили туберкулезъ легкихъ и отправили пить кумысъ. Пораженія верхушекъ у больного нѣтъ; процессъ распространился въ нижнихъ частяхъ легкаго, что характернѣе для актиномикоза. Въ мокротѣ *Koch*'овскія палочки не были найдены ни разу, но съ самого начала обнаружены друзы лучистаго грибка.

Для полноты описанія постепеннаго развитія лучисто-грибковой болѣзни въ легкомъ приведу Вамъ выдержки изъ статьи *Я. О. Алксне* и др. авторовъ. „Процессъ въ легкихъ протекаетъ или въ видѣ бронхита, или въ видѣ болѣе или менѣе хронической, но явно прогрессирующей, бронхопневмоніи“. О первой формѣ заболѣванія упоминаетъ *Canali*, который первый при жизни распозналъ актиномикозъ грудныхъ органовъ и опубликовалъ свой случай въ 1882 году; на ряду съ явленіями бронхита имъ были найдены въ мокротѣ лучистые грибки. Вскрытіями эта форма заболѣванія пока еще не подтверждена. Что касается второй формы, то *Karewski* и *Israel* различаютъ три степени. Болѣзнь начинается инфильтратами въ слизистой оболочкѣ бронховъ и въ самой легочной ткани, которые потомъ размягчаются и превращаются въ полости. Около нихъ появляются гранулемы, ведущія къ уплотненію и рубцеванію легочной ткани. Этотъ періодъ болѣзни трудно поддается распознаванію, однако при терпѣливомъ изслѣдованіи мокроты можно бываетъ и въ это время уже найти лучистые грибки. По наблюденіямъ *Israel*'я и *Partch*'а процессъ почти всегда начинается въ нижнихъ доляхъ легкихъ, но не въ верхушкѣ. Однако *Graff*, *Петровъ*, *Берестневъ* и *Алксне* сообщаютъ о первичномъ пораженіи верхушки. Болѣе характерными признаками отличается 2-ой періодъ болѣзни. Разрушая легочную ткань, про-

пессь добирается до плевры и вызываетъ явленія отчасти слипчиваго, отчасти выпотного плеврита. Въ то же время подвергаются разрушенію и уплотнѣнію все большіе и большіе участки легочной ткани, что ведетъ къ сморщиванію и уменьшенію объема пораженной доли. Послѣдствіемъ этого является втягиваніе грудной стѣнки. Въ этомъ періодѣ клиническое распознаваніе значительно облегчается совпаденіемъ четырехъ необыкновенныхъ явленій: бронхопневмонія (чаще всего нижнихъ долей) при обильной гнойной мокротѣ, иногда съ примѣсью крови; выпотной плевритъ, не склонный къ всасыванію; втягиваніе грудной клѣтки, соответственно пораженной части легкаго; атипичная температурная кривая. Конечно, рѣшающая роль принадлежитъ изслѣдованію мокроты на лучистые грибки, которые, по мнѣнію профессора *Аванасьева*, въ этомъ періодѣ всегда возможно обнаружить въ мокротѣ. Но этимъ процессъ не закалчивается. Съ энергіей, не соответствующей бургорчаткѣ, онъ поражаетъ все встрѣчныя ткани, прокладываетъ себѣ путь въ средостѣніе, на перикардій, діафрагму, въ брюшную полость и т. д. Въ то же время онъ захватываетъ и грудную стѣнку, образуя характерное пропитываніе, въ началѣ тѣстоватой, а потомъ хрящеватой плотности. Твердая опухоль увеличивается; въ ней появляются фокусы размягченія. Однако прѣбный проколь, произведенный въ мѣстахъ съ явнымъ зыбленіемъ (въ нашемъ случаѣ такихъ безрезультатныхъ проколовъ въ разное время было сдѣлано около 7) можетъ ничего не дать или обнаружить вмѣсто ожидаемаго гноя нѣсколько капель кровянистой жидкости, ибо упомянутые очаги могутъ состоять только изъ крайне мягкой грануляціонной ткани, или изъ очень густого гноя. Вышеупомянутое болѣе или менѣе хроническое пропитываніе съ хрящеватой плотностью является весьма характернымъ; въ нашемъ случаѣ эта то хрящеватая плотность опухоли въ нижнихъ ея частяхъ и навела на мысль объ актиномикозѣ. Образование метастазовъ для актиномикоза не характерно; но они иногда образуются или путемъ эмболовъ и тромбовъ по кровеносной системѣ или лимфатическимъ путемъ, что доказано случаями *Берестисва*, *Арапова* и другихъ. Предсказаніе въ большинствѣ случаевъ неблагоприятное—болѣзнь обыкновенно (болѣе 90%) кончается смертью, особенно быстро въ тѣхъ случаяхъ, когда происходитъ одновременное зараженіе гноеродными микробами, обостряющими процессъ, при чемъ развивается картина гноекровія. Леченіе лучисто-грибковаго пораженія легкихъ дало до сихъ поръ крайне печальные результаты. *Рудневъ* сообщаетъ, что изъ 84 случаевъ выздоровѣло всего 8 человекъ. Однако съ развитіемъ хирургической техники можно надѣяться на лучшія времена. Теперь въ случаяхъ ранняго распознаванія хорошіе результаты даетъ совмѣстное внутреннее и хирургическое

лечение. По статистикѣ *Опокина* мирный способъ леченія далъ изъ 36 заболѣваній—1 выздоровленіе, а оперативное лечение изъ 21 случая—3 выздоровленія. Стараются, насколько позволяютъ топографо-анатомическія условія, по возможности радикально удалить пораженный тѣани. Попытка удаленія пораженнаго лучисто-грибковымъ процессомъ участка легкаго сдѣлана съ успѣхомъ *Karewski*'имъ. Описаны также случаи профессоромъ *Снижарнымъ*, *Schlange*, профессоромъ *В. И. Разумовскимъ*, *Вязовскимъ*. Оперативная помощь только тогда дѣйствительна, когда процессъ занимаетъ небольшое пространство; при сильномъ же развитіи болѣзни операція не приноситъ пользы. Кромѣ симптоматическаго леченія уже давно начали употреблять при актиномикозѣ вообще, а въ частности при легочномъ актиномикозѣ большія дозы іодистаго калия отъ 2 до 6 граммъ въ сутки, въ общемъ до 100—300 граммъ; въ одномъ случаѣ до 1400 граммъ (случай *Patges*). *Berard* утверждаетъ, что приблизительно въ $\frac{1}{4}$ случаевъ продолжительное употребленіе іодистаго калия излечиваетъ болѣзнь, прибавляя при этомъ, что такой эффектъ наступаетъ только въ начальномъ періодѣ болѣзни. *Foderl* предлагалъ лечить впрыскиваніями *Natrii sacodylici* въ чистомъ видѣ или въ сочетаніи съ внутренними приемами іодистаго калия. Были даже сдѣланы попытки найти лечебную сыворотку. *Шукевичъ* сообщаетъ, что, иммунизируя морскихъ свинокъ подкожными впрыскиваніями *actinomyces fornicis*, оказалось возможнымъ сообщить имъ невосприимчивость къ внутрибрюшнымъ впрыскиваніямъ смертельной дозы этого грибка. Въ послѣднее время предложено лечить актиномикозъ солями мѣди, давая ихъ внутрь и промывая свищевые ходы 1% растворомъ. Сельскіе хозяева давно употребляютъ мѣдннй купоросъ для уничтоженія хлѣбной ржавчины на посѣвннхъ зернахъ (они опускаютъ ихъ на 12 часовъ въ $\frac{1}{2}$ %—1% растворъ *surgis sulfurici*). Соли мѣди для леченія актиномикоза у человека предложены американскимъ врачомъ *Bervan*'омъ и примѣнялись имъ и нѣкоторыми врачами въ госпиталяхъ Чикаго съ хорошимъ успѣхомъ; онъ давалъ *surgum sulfuricum* (основываясь на опытѣ сельскихъ хозяевъ) съ $\frac{1}{4}$ до 1 грана (0,015—0,06) на приемъ 3 раза въ день, а свищевые ходы промывалъ 1% растворомъ. Французскіе авторы находятъ, что мѣдннй купоросъ можно давать внутрь отъ 2 до 8 гранъ (0,12—0,32) въ теченіи 6 мѣсяцевъ, не боясь отравленія. Очень хорошіе результаты отъ леченія актиномикоза мѣдннмъ купоросомъ въ нынѣшнемъ году видѣлъ докторъ *Перекроповъ* въ Факультетской Хирургической Клиникѣ Казанскаго Университета. И мы въ описываемомъ случаѣ назначили больному *surgum sulfuricum ammoniatum* въ пилюляхъ по 0,01; но больной черезъ 2 дня послѣ назначенія выписался.

Врачъ *В. Морозовъ*.