

Диагностика вывихов в Лисфранковом сочленении должна преследовать возможно раннее распознавание и последующее немедленное вправление под общим наркозом.

Накладывание по краям желобоватых лангеток считаем необходимым, т. е. без них, вследствие сильной тяги мышц, получится рецидив вывиха. Лангетки накладывать нецели на дно.

На основании данного случая не представляется возможным делать каких-либо выводов, но в практике своей хирург при травме стопы не должен забывать о возможности возникновения вывиха и Лисфранковом суставе. Только тщательный анализ клинической картины, подтвержденный рентгеновским снимком, поможет делу быстрого восстановления трудоспособности у больного.

Из Кожно-венерической клиники Государств. и-та для усоверш. врачей им. Ленина в Казани (директор проф. Я. Д. Печников).

Случай „cancer en cuirasse“.

Старш. ассистент М. И. Миркин.

Статистические данные раковых новообразований указывают на сравнительную редкость метастазов рака в коже. Redlich на 496 случаев раковых новообразований имел 2 случая такого метастаза, а Krasting на 12730 случаев метастатических опухолей отметил только в 2-х случаях. (Цитирую эти данные по работе Я. Д. Печникова (Русский Вестник Дерм. 1927 г. № 1). Таковы же данные и других авторов (Heinmann, Kitain). Случай же, когда вторичный рак кожи развивается при раке груди, встречается еще реже и не входит в вышеприведенную статистику. Их опубликовали в иностранной литературе Kayser, Neustadt и Poliser, а в самое последнее время Arzt. Эта исключительная редкость такой формы кожного рака дает нам право привести наблюдавшийся нами в клинике случай.

Больная Б-ва, фельдшерца-акушерка, 48 лет, поступила в клинику в январе 1930 года. Б-ая среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечено. Из расспросов о ее прошлом выяснилось, что в 1914 году болела сыпным тифом, в дальнейшем ревматизмом. Венерически болен не отрицает, выкидышей не было. Отец был алкоголиком, мать здорова. Сестра матери умерла от рака матки. В начале 1928 года у больной в области левой груди появилась безболезненная опухоль величиной с голубиное яйцо. Появление этой опухоли б-ая связывала с травмой. Врач, к которому б-ая обратилась впервые в районном городе, не признал серьезности заболевания. Опухоль постепенно увеличивалась и к маю месяцу 1928 г. достигла величины куриного яйца. В таком виде врач уже признал раковый характер заболевания и предложил немедленно оперировать. Б-ая операцию откладывала, и опухоль к августу достигла величины гусиного яйца. Б-ая направилась в Казань, и 16/VI 1928 года ей была произведена операция. Рана заживала очень медленно

В мае 1929 г. б-ая вновь заметила на той же груди появление опухоли величиной с горошину и подверглась вторичной операции. Через 2 месяца после последней операции у б-ой в очень короткое время в левой половине груди под кожей появилось около 20 узелков различной величины. Ко времени пахождения б-ной в клинику болезненный процесс охватил всю левую половину груди. Кожа в этой области очень плотная, не эластична, совершенно не захватывается в складку. Цвет розоватый, местами с коричневато-фиолетовым оттенком. Под кожей прощупываются многочисленные плотные, неподвижные узлы, величиной от крупного лесного ореха до небольшой горошины. Эти узлы на ощупь несколько болезненны, кожа над ними окрашена в медно-красный цвет различных оттенков. От левого плечевого сустава книзу, дугообразно к верхней поверхности левой половины живота, тянется рубец. В средней части на своем протяжении этот рубец расширяется, кожа в этом участке значительно истончена, имеет белесоватый оттенок, а по периферии несколько пигментирована, лучистого строения. От этого атрофированного участка к средней подмышечной области тянется другой рубец, резче выраженный, чем первый, с наклонностью к келовидному перерождению. Над левой ключицей прощупывается узелок, величиной с лесной орех. Такой же узелок прощупывается и под левой ключицей.

8/1 1930 года б-ой была произведена биопсия кожи пораженного участка. При микроскопическом исследовании срезов при малом увеличении бросается в глаза резкая сглаженность сосочков на всем протяжении препарата и истончение покровного эпителия. Роговой слой не изменен, местами состоит из разрыхленных, отторженных пластинок. Во всех отделах дермы и даже в подкожной клетчатке наблюдаются многочисленные очаговые скопления клеток. Численность их различна: от группы в несколько клеток до значительных скоплений, вмещающих самые причудливые очертания, и замещают собой основную соединительную ткань. При большом увеличении заметно, что истончение и сглаженность покровного эпителия идет за счет зернистого и Мальпигиева слоя. Скопления клеток в дерме и в подкожной клетчатке состоят из кубических и цилиндрических. Они однородны, имеют большое хорошо окрашенное ядро и слабо окрашенную протоплазму. Простойки между клеточными скоплениями состоят из неизменной или мало измененной соединительной ткани. Местами эти клетки располагаются тяжами и близко подходят к покровному эпителию. Полигональных клеток мы не видим. Границы между клетками выступают неясно. Митозы встречаются редко. В единичных участках наблюдается лимфатическая инфильтрация. Эндотелий лимфатических сосудов отчасти в состоянии набухания. Не трудно проследить, что распространение раковых элементов идет по лимфатическим щелям и сосудам. Нигде во всем препарате мы не видим какой-либо связи клеточных скоплений с эпидермисом. Потовые и сальные железы отсутствуют.

Переходим к разбору клинической и микроскопической картины нашего случая. Констатируем индурацию кожи почти всей области левой половины груди. Процесс образования узелков представляется для нас после изучения микроскопических препаратов в следующем виде: Из первичного очага рака грудной железы в щели соединительной ткани близ лежащих участков кожи вместе с лимфой заносятся раковые элементы. Кожа над

свежими узелками почти не изменена. По мере роста узелок начинает несколько выступать под кожей; на таких участках цвет кожи становится розоватым, темно-красным, подвижность уменьшается, кожа становится плотной. Процесс у б-ой протекал довольно быстро: та картина, которую мы описали выше, развилась в 3—4 месяца. Здесь мы имеем дело с группой новообразований злокачественного характера с быстрым разрастанием. Это одна из форм метастатического рака, расположенного в дерме и в подкожной клетчатке, резко нарушающего структуру кожи. Такая форма рака очень напоминает чрезвычайно редкое заболевание — карциноматозный инфаркт лимфатических путей (*Lymphbahnhofarkt Unna*). Последний в доступной нам литературе описан всего 4 раза. 3 случая имеются в иностранной литературе и 1 случай, наиболее рельефный, описан в нашей же клинике в 1927 году Я. Д. Печниковым. (Русский Вестн. Дерм. 1927—1).
