

Из хирург. отд. Чебоксарской больницы, Чуваш. АССР.

Эхинококки грудной железы.

И. М. Кузнецов.

Поражение эхинококком грудной железы считается очень редким заболеванием. Число опубликованных в литературе случаев не велико.

Le Conte до 1901 г. собрал из мировой литературы всего 38 случаев подобной локализации эхинококковых кист. Для сравнения укажем, что статистика Haustapf'a до 1874 г. насчитывала 16 случаев; за 25 лет опубликовано было 22 новых случая.

В дореволюционной русской медицинской печати я нашел лишь скудное указание на единственный случай проф. В. И. Разумовского. На 1-м Северо-Кавказском съезде хирургов упомянули о своих наблюдениях врачи Русанов и Газданов. Последнее сообщение принадлежит д-ру Дихачеву (1929).

Эхинококковые кисты в грудных железах, несмотря на свою редкость, представляют большой практический интерес; игнорирование этого заболевания приводило не раз к такой калечащей операции, как ампутация всей грудной железы.

Переходим к описанию собственного наблюдения¹⁾.

В мае 1931 г. в хирургическое отделение Чебоксарской больницы поступила крестьянка-чувашка Павлова Анастасия, 35 лет, по поводу опухоли левой грудной железы. Опухоль замочена больной в нижнем сегменте грудной железы, вскоре после родов, месяцев за 8 до поступления в больницу. Вначале опухоль была с лесной орех, в дальнейшем увеличилась довольно быстро; болезненных ощущений не вызывала. За все это время гр. Павлова кормила ребенка обеими грудями; молоко отделялось в достаточном количестве, различия в этом отношении между правой и левой грудью замечено не было. Рожала больная всего 8 раз, в живых только трое детей, остальные умерли от различных заболеваний. Сама больная в прошлом ничем не болела. В доме собаки нет.

Больная среднего роста, с бледными покровами, с слабо выраженной подкожной клетчаткой. Левая грудная железа сравнительно больше отвисает; конфигурация ее изменена опухолью. Опухоль имеет продолговато-овальную форму, расположена в нижней половине грудной железы. Верхне-медиальный полюс определяется внутри и несколько ниже соска. Образование это с гладкими стенками, туго-эластической консистенции, подвижное, не спаянное с кожей и подлежащими частями; размером побольше куриного яйца. Ниже и внутри от этого образования, почти рядом с ним, определяется такая же вторая опухоль, но меньших размеров. Эти опухоли друг с другом не связаны. Лимфатические железы левой подмышечной впадины хорошо определяются. Опухоли припеты за аденомы. Вскоре больная из отделения выписалась, отказавшись на некоторое время от предложенной операции.

В январе 1932 г. Павлова вторично поступила в больницу. При осмотре больной обратило на себя внимание заметное ухудшение общего состояния — усилилось похудание, покровы стали более бледными, с желтоватым оттенком. Опухоли в нижней половине левой грудной железы увеличились, одна с гусиное яйцо, другая, расположенная медиальнее первой, несколько меньше, она стала малоподвижной, спаялась с кожей и подлежащими частями, выступает отчасти за пределы грудной железы. Грудная железа в целом подвижна. Лимфатические железы в левой подмышечной ямке стали значительно больше, одна из них с голубиное яйцо, туго-эластической консистенции, подвижна. Больная продолжала кормить ребенка обеими грудями, ребенку было уже больше 1½ лет.

Течение заболевания вызвало подозрение в смысле злокачественного перерождения опухолей. Больной предложена ампутация грудной железы с вылучением аксиллярных желез. Однако, по настоянию больной пришлось ограничиться лишь

¹⁾ Случай демонстрирован на заседании Медич. ассоциаций г. Чебоксар.

удаленной опухолью в надежде выжидать позднее более радикально, если к тому побудят гистологические исследования опухоли. Операция произведена 23/1 под общим наркозом. Разрез горизонтальный, в нижней части железы. Ниже-медиальный узел сзади спаян с апоневрозом большой грудной мышцы, другой узел связан с дольками грудной железы. При отделении нарушена целость апоневроза, мышцы и железистой ткани. Опухоль удалена без повреждения их стенок. По вскрытии их в них оказалась серозная жидкость, стенки опухолей состоят из характерной, легко отделяющейся хитиновой в наружной фиброзной оболочек. Обнаружены еще две небольшие кисты, которые были связаны с большой кистой, одна с голубовым яичо, расположена в толще ее стенки, другая с лесной орех — сваружа на ее фиброзной оболочке. Дочерних пузырей в жидкости кист не найдено. Зашивание раны ваглухо. Заживление первичным натяжением. Похожее на кисту образование в подмышечной впадине не тронуто.

Большая осмотрена через три месяца после операции. В общем состоянии ее наступило резкое улучшение. При рентгеновском просвечивании легкие оказались чистыми. Исследование крови не дало возинофилии. Интересовалось меня кистозное образование в лев. подмышечной впадине заметно не увеличилось.

Эхинококкоз грудных желез встречается у женщин преимущественно в 20—50 лет. Наблюдался он и у женщин незажужных. (Lopaszew видел у 37-л., Fischeg — у 21-летней девицы). Что касается грудной железы мужчин, я нашел указание всего на 1 случай поражения их этим паразитом, но в этом случае дело шло о первичном поражении грудной стенки, грудины и ребер, а грудная железа была волочена вторично (сл. д-ра Газаганова).

В грудных железах интересующая нас опухоль встречается во всех сегментах и, как правило, в виде солитарных кист. Множественные кисты эхинококка в грудной железе очень редки. Имеются единичные наблюдения, где увеличению числа пузырей произошло через более редкое и человеческом организме экзогенное образование дочерних пузырей, когда почкование последних происходит наружу от хитиновой оболочки материнской кисты (наблюдение Запсапи и вектор. др.). Множественный эхинококк может иметь место благодаря внедрению в грудную железу нескольких зародышей паразита, в этом случае развившиеся из них пузыри являются первичными. Однако в доступной мне литературе подобных случаев множественного эхинококка я не встретил. Собственное же наше наблюдение при наличии двух первичных кист и двух дочерних пузырей, связанных с фиброзной капсулой одной из них, сочетает в себе оба вида множественного эхинококка.

Эхинококк в грудную железу может прорасти из соседних органов: мышечного пласта, грудной стенки, плевры и пр. В случае Schenerr грудную железу перфорировал эхинококк, развившийся в грудной полости. В случае Каблукова при ампутации левой грудной железы обнаружилось, что полость помещавшейся в ней опухоли сообщалась пиронным отверстием со второй полостью, расположенной в грудной клетке; отсюда в большом количестве выделялась гноевидная малосалистая жидкость со множеством разложившихся дочерних пузырей паразита. В случае Melchior'a шаровидная опухоль грудной железы посредством узкого хода в межреберном промежутке сообщалась с полостью в 2 кулака размером, которая с внутренней стороны была ограничена париетальной плеврой.

Болезне ные ощущения в грудной железе эхинококковыми кистами вызываются редко. Рост их чаще происходит медленно, постепенно. В случае Визаля у подобным образом киста развивалась в течение 28 лет, достигнув при этом больших размеров. Встречается и неравномерное развитие кисты. Так, у пациентки Fischeg'a опухоль росла быстрее в первое время. В случае Lauenstein'a на протяжении 11 лет опухоль развивалась более или менее равномерно, затем начала сразу быстро расти, что повело к прорыву ее наружу, с выделением светлой жидкости и дочерних пузырей. Создается впечатление, что вторичный эхинококк грудных желез, обусловленный своим возникновением прорастанию паразита из глубоже расположенных органов, проявляет более быстрый рост. В упомянутом выше случае Каблукова опухоль в течение 5 лет достигла в грудной железе размеров средней дыни, а в случае Melchior'a в течение 1 месяца — размеров кулака.

Кормление грудью в некоторых случаях стимулирует, по видимому, рост эхинококковых кист. Демонстративным в этом отношении является случай д-ра Виткбагдта. У 36-летней женщины опухоль грудной железы в течение 2-х месяцев до родов почти не увеличивалась, после родов же она стала быстро развиваться,

и за 7 месяцев, в период кормления ребенка обеими грудями, достигла размеров кулака, будучи вначале лишь с вишню. В собственном наблюдении, хотя рост был и не столь явительным, но с периодом лактации, по нашему мнению, можно было бы связать повышенную токсичность паразита, что сказалось на общем состоянии больной.

Еще давно д-р Алексинский некоторым особыми условиями в развитии эхинококковых кист — сильному приливу к ним крови и повышению давления в них — склонен был приписывать роль фактора, усиливающего выделение из паразита ядовитых веществ.

Burkhardt считает, что у его пациентки отделение молока уменьшилось за счет выпадения в секретах той части железы, которая занята эхинококком. В содержимом кисты и дочерних пузырей был обнаружен секрет грудной железы; в материнской кисте жидкость представляла клейкую, слизкообразную массу, в дочерних же пузырях — на подобие разбавленного молока. В кисту секрет грудной железы проникал через те участки железистого эпителия, которые местами проросли в ее капсулу, а в дочерние пузыри — путем осмоса. Между прочим, эхинококковой кисте автор склонен приписать роль запасного резервуара для молока, который будто бы одорожился при больших требованиях со стороны ребенка. Разумеется, с этим мнением согласиться невозможно.

При наличии сращенных опухолей с окружающими тканями и увеличении регионарных лимфатических желез, авторы принимали ее за злокачественное новообразование (Zanussi и др.). Из известных мне авторов лишь Righetti (1913 г.) установил до операции точный диагноз, благодаря пробной пункции и последующему исследованию добытой жидкости. Применение общеизвестных методов диагностики, как интракутанная реакция Кассони, исследование крови на эозинофилию, в большинстве случаев помогло бы открыть природу опухоли. Тем более, если эти приемы завершить пробным проколом и исследованием содержимого, главным образом, на наличие поваренной соли и сколексы, и отсутствие белка.

Принято считать, что зародыши паразита попадают в грудную железу через кровеносную систему. Что касается других путей внедрения паразита, как-то непосредственное заражение от собаки через кормление ее грудью, что будто бы имело место в 1 случае, то они являются сомнительными. Также не проверено предположение о возможности прямого переноса от матери к ребенку с молоком мельчайших дочерних пузырей. Однако следует указать, что дочерние пузыри могут током лимфы заноситься в лимфатические железы, за что говорит наличие в регионарных железах эхинококковых пузырей (сл. Каблукова, возможно и в моем случае).

Из Кожно-венерологической клиники Казанского гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина
(дир. проф. Я. Д. Печников).

Случай лечения ихтиоза гравиданом.

Асс. А. М. Лейзеровский.

Этиология многих заболеваний кожи остается до сих пор невыясненной. Клинический опыт и наблюдения давно привели крупнейших специалистов к убеждению, что многие дерматозы находятся в несомненной связи с расстройством вегетативно-эндокринной системы. Как эти наблюдения, так и личный наш опыт в этой области, побудили нас применять эндокринные препараты в лечении кожных заболеваний. За последнее время мы пользуемся для этой цели гравиданом.

Гравидан является плури-гормональным препаратом и, по наблюдениям бригады нашего института (руководитель д-р Винник б в — Каз. мед. журн., 1931 г., № 11—12), эффективен при многих заболеваниях. Это делает целесообразным его применение при заболеваниях кожи, где можно подозревать заинтересован-