

Для мышечной пластики можно вырезать языкообразный лоскут из наружной косой мышцы на ножке по Спизарному или же прибегнуть к пластике портняжной мышцей по Чижу. В литературе указаний на применение этих методов при г. Сп. л. мы не встретили. Однако, при травматических брюшных грыжах способ Спизарного себя вполне оправдал. Wordleworth рекомендует для закрытия дефекта воспользоваться прямой мышцей живота.

Фасциальная пластика сводится к сводной пересадке фасции (Sudeck, Ирокин).

Из Хирургической клиники № 2 Сев.-Кав. гос. института
(директор проф. Н. И. Напалков).

К вопросу о боковых кистах шеи.

И. И. Кальченко.

Несмотря на большое количество опубликованных до настоящего времени исследований о боковых кистах и свищах шеи, вопрос о генезе и клинике этих заболеваний остается далеко еще нерешенным.

Главное внимание исследователей в этом вопросе было направлено на изучение жаберного аппарата у зародышей позвоночных животных, в результате чего появилась жаберная теория происхождения кист и свищей шеи (Ascheron, 1832).

Хотя большинство исследователей (His, Rabl, Heusinger, Kastanekski и Mielecki, Боголюбов, Бокастова, Рихтер и др.) единодушно утверждают, что боковые кисты и свищи шеи развиваются из остатков жаберного аппарата зародыша, однако установить, из какой именно жаберной щели они происходят оказалось делом чрезвычайно трудным. Эта неопределенность и неясность с несомненностью указывают, что вопрос о происхождении врожденных кист и свищей шеи является далеко еще нерешенным. В 1909 г. появляется обстоятельная работа Венгловского, который пытается объяснить происхождение этих врожденных образований с другой точки зрения. Отрицая всякое значение жаберного аппарата, а именно второй жаберной щели в происхождении боковых кист и свищей шеи, Венгловский, на основании своих эмбриологических и патолого-анатомических исследований, выдвигает новую теорию развития боковых кист и свищей шеи из эмбриональных остатков рото-глоточного протока. Другие авторы пытаются примирять жаберную теорию с теорией Венгловского, допуская возможность происхождения боковых кист и свищей шеи из 2-й жаберной щели и остатков ductus thymo-pharyngeus (Рихтер). Некоторые же авторы (Дьяконов, Лысенко, Якобсон) вовсе не касаются вопроса генеза этих образований, не считая возможным на основании имеющихся у них данных объяснить свои случаи с точки зрения той или иной теории, предпочитая оставить вопрос пока открытым. Такое состояние вопроса о происхождении кист и свищей шеи несомненно нуждается в дополнительных клинических и анатомо-эмбриологических исследованиях.

Это и побудило нас описать один клинический случай боковой кисты шеи в связи с анатомическими исследованиями, которые, по нашему мнению, представляют большой интерес для выяснения вопроса о происхождении врожденных боковых кист и свищей шеи.

История бол. 6718/4862. Б-ая Н. 10 лет, поступила в клинику 30/V 1931 г. по поводу дефекта носа травматического происхождения и опухоли шеи. Больная правильного телосложения, кожные покровы и слизистые бледны, подкожно-жировой слой развит хорошо, с явлениями ясно выраженной пастозности. Лицо одутловато, твердое небо стоит высоко (гипостафия). Для своего возраста б-ная умственно недоразвита. В раннем детстве перенесла корь; со стороны сердца и легких отклонений от нормы не отмечается. Наследственность неотягощенная. *Locus morbi*. Над яремной вырезкой, по средней линии шеи, больше влево, располагается опухоль размером $6 \times 4 \times 4$ см, которая своим левым краем уходит под срединный край левой грудино-ключично-сосковой мышцы. Опухоль округлой формы, выстоит над поверхностью кожи, подвижна, болезненна, мягкая и напоминает кистовидное образование. При отведении опухоли кверху определяется тонкий тяж, идущий от нее вниз по направлению в переднее средостение. Со слов родителей, опухоль появилась в раннем детстве, увеличивалась медленно и мало ее беспокоила. В течение последнего года опухоль стала заметно увеличиваться. Диагноз до операции: врожденная боковая киста шеи. 5/VI—операция (проф. Н. И. Напалков) под общим эфирным наркозом—удаление боковой кисты шеи. Поперечный кожный разрез над опухолью. Тонкостенная киста при вылуцивании вскрылась и из нее вытекла молочного вида жидкость. От кисты шел узкий тяж вглубь, позади грудино-ключично-сосковой мышцы и левого грудино-ключичного сочленения в переднее средостение. Ножка опухоли перерезана вглубине и отсечена. Рана послойно закрыта наглухо. Гладкое послеоперационное течение.



Микрофотограмма 1. Полость кисты, выстланная цилиндрическим мерцательным эпителием. В толще стенки кисты между волокнами соединительной ткани располагаются Гассалевы тельца, жировая ткань и скопление лимфоидных элементов. Z. объектив 3, окуляр 10/6 компенсац.

Гистологическое исследование. Полость кисты выстлана многоядным мерцательным эпителием, клетки которого не на всем протяжении одинаковы; в некоторых участках они плотно прилежат друг к другу и принимают вытянутую удлиненную форму, в других же местах между клетками имеются незначительные промежутки, и они принимают кубическую форму. Встречаются также участки, где эпителий теряет характер мерцательного и переходит в простой цилиндрический. Внутренняя оболочка кисты образует глубокие вращания эпителия в толщу

стенки ее, эти вращающиеся имеют сильно ветвистый характер, образовывая глубокие, очень разветвленные бухтообразные углубления. В соединительной ткани мало клеточных элементов. В толще стенки кисты, окруженной соединительно-ткаными волокнами, располагаются скопления эпителиальных клеток концентрического расположения. Между подобного рода скоплениями эпителия встречаются клетки лимфоидного типа. Просвет кисты и бухтообразных углублений ее выстланы эпителием в стадии дегенерации. При изучении препарата под большим увеличением видно, что ядра эпителия внутренней оболочки кисты интенсивно воспринимают основную окраску, величина и форма этих ядер различны: то они правильно округлой формы, располагаются у основания клетки, то удлиненной формы и занимают центральную часть клетки. Протоплазма эпителиальных клеток мелко зерниста. Те скопления эпителиальных клеток, которые заложены в стенке кисты, имеют форму кубического или плоского эпителия, местами приобретаая концентрическое расположение и уплощаясь напоминают Гассалевы тельца.

Вначале мы указывали, что по вопросу о происхождении боковых кист шеи существует несколько теорий, из которых общепринятой является теория *Kostaneski* и *Mielecki*. Указанные авторы на основании изучения громадного литературного материала (собственных наблюдений и исследований у них не было) пришли к выводу, что все боковые свищи, а, следовательно, и кисты происходят из 2-ой жаберной щели. Следует отметить, что все сказанное о свищах также относится и к кистам, ввиду того, что они по своему происхождению аналогичны свищам. Доказательством правильности своей теории эти авторы указывают, что во всех без исключения опубликованных случаях внутреннее отверстие свищей и кист располагалось приблизительно в одном и том же месте, которое находится в нижней части миндалевидной бухты у корня языка, ближе к заднему его концу, что соответствует границам второй жаберной щели. В действительности же, как указывает *Венгловский*, в приведенных *Kostaneski* и *Mielecki* случаях *Козловского*, *Katolick'ogo*, *Neuhöfera*, *Mobitzo*, *Watson'a*, *Rehno* и других, внутреннее отверстие боковых свищей тесно связано не с остатками 2-й, а с остатками 3-й жаберной щели. Большим возражением против жаберной теории происхождения боковых кист и свищей шеи служит еще и то обстоятельство, что весь жаберный аппарат человека никогда не располагается на шее, а относится собственно целиком к голове. Вторая, третья и четвертая жаберные дуги располагаются не книзу, а кзади; из второй жаберной дуги образуется тело подъязычной кости, из третьей и четвертой рожки этой кости и некоторые мышцы, идущие к ним сверху, и, следовательно, граница жаберного аппарата определяется линией, проходящей по нижнему краю подъязычной кости. Понятно само собой, что раз так анатомически прочно фиксированы жаберные дуги, то столь же анатомически прочно должны быть фиксированы и жаберные щели. Если бы образование свищей обуславливалось незакрытием жаберной щели, то кисты и свищи должны были бы, главным образом, локализоваться в области угла нижней челюсти и не было бы никаких данных для расположения на шее. А между тем мы видим, что большинство боковых кист и свищей располагается именно на шее и чаще всего отверстия их не достигают высоты угла нижней челюсти (наш случай).

Эти противоречия в жаберной теории *Kostaneski* и *Mielecki*, с одной стороны, и полная несостоятельность ее при объяснении нашего случая, с другой—вынудили нас отказаться от этой общепринятой теории и искать другое объяснение в происхождении боковых кист шеи.

Как это ясно видно из гистологического строения нашей кисты, которая, во-первых, имеет аналогичное строение с *d. thymo-pharyngeus*, существующим у человека в зародышевой жизни, во-вторых, наличие групп эпителиальных клеток в самой стенке кисты, напоминающих тельца Гассалия, и, в третьих, направление ножки кисты в полость переднего средостения сейчас же позади левого грудино-ключичного сочленения, именно в то место, где располагается *thymus*, заставляет признать, что в происхождении нашей кисты сыграл роль остаток от *d. thymo-pharyngeus*. Допуская такую возможность, мы тем самым должны доказать наличие остатков *d. thymo-pharyngeus* в постэмбриональном периоде, из которых, как полагает и Венгловский, могут развиваться боковые кисты или свищи шеи.

При анатомическом исследовании *thymus'a* у трупов различных возрастов, нам удалось в одном случае у 12-летнего мальчика обнаружить следующее: зубная железа больших размеров располагалась на обычном месте, и от нее — с правой стороны от верхнего полюса, тянулся тяж, диам. 0,3 см с ясно выраженным просветом; тяж этот направлялся кверху и выше подъязычной кости терялся в мышцах боковой стенки глотки (см. рис.). Венгловский в своей работе пишет, что ему, а также и другим авторам, не встречалось ясно выраженных остатков *d. thymo-pharyngeus* у взрослых, идущих от зубной железы в виде непрерывного тяжа к боковой стенке глотки, который в таком виде существует только у зародыша, и если бы он был обнаружен, то доказательность происхождения боковых кист шеи из остатков *d. thymo-pharyngeus* была бы несомненной. Данные Венгловского, а также, повидимому, и других исследователей, оказались неубедительны вследствие недостаточного количества исследованных ими трупов. И нам это удалось обнаружить только один раз на 250 трупах, у которых (для другой работы) тщательно исследовались щитовидная, парашитовидная и зубная железы.

Из эмбриологии известно, что зубная железа развивается в виде полого мешочка, вырастающего из средней части 3-го глоточного кармана, который тесно прилегает к эпителию шейной пазухи, и часть клеток этого эпителия принимает несомненное участие в построении зачатка зубной железы. От дна шейной пазухи зачаток зубной железы быстро растет вглубь и скоро превращается в длинный канал, выстланный то многослойным, то мерцательным эпителием. Форма этого канала углообразная, и он идет сверху, сзади и сбоку книзу, кпереди и к середине. Он касается стенки шейной пазухи или ее остатка и несколько

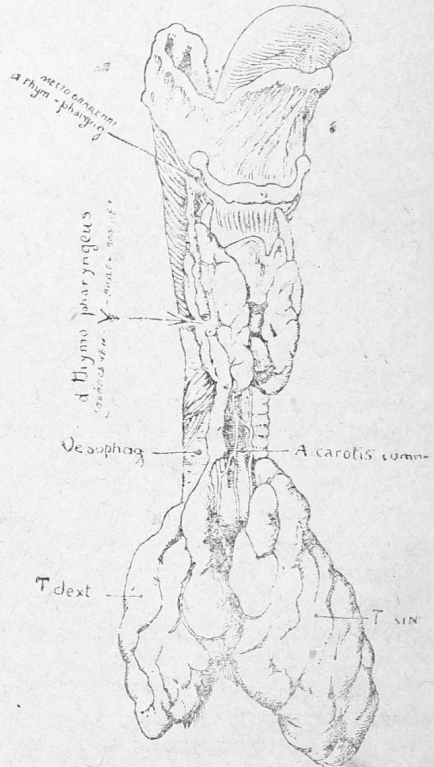


Рис. 2.

более, чем под прямым углом, загибается к середине, к боковой стенке глотки. Место впадения канала зубной железы в боковую стенку глотки отличается своим постоянством. Оно располагается в области 3-го глоточного кармана, придерживаясь, однако, ближе заднего края 3-ой глоточной дуги или будущей небоглоточной дужки. Эпителий, покрывающий канал

зачатка зубной железы, вблизи боковой стенки глотки мерцательный, у самого глоточного отверстия он чаще бывает многослойный; последний вид эпителия выстилает также и нижний отдел канала. Часть зачатка, имеющая канал, опускается далеко вглубь, и в большинстве случаев дно канала достигает верхнего края грудины. Разрастание же собственно железистых масс, свойственных зубной железе, происходит не на всем протяжении зачатка, а, главным образом, в нижнем его конце. Этот конец начинает постепенно утолщаться, теряя просвет, принимает неправильную бугристую форму, постепенно опускается вниз, помещаясь в верхнем отделе грудной полости, впереди сосудов.

Следовательно, если бы не происходило обратного развития канала зубной железы, то в наиболее развитом состоянии, которое отмечается по Венгловскому, у зародыша длиной 14 мм (у более крупных зародышей этот канал подвергается обратному процессу развития), зубная железа представлялась бы в виде длинного канала, идущего от корня небо-глоточной дужки книзу и к середине, строго придерживаясь срединного края, грудно-ключично-сосковой мышцы и бокового края щитовидной железы, спускался бы до грудины и здесь оканчивался бы слепо, переходя в тело или массу собственной зубной железы. Такой, именно, канал зачатка зубной железы и был обнаружен нами при наших анатомических исследованиях, о которых мы упоминали уже выше. Правда, мы не смогли проследить связь этого канала с полостью глотки, но зато он, нигде не прерываясь, входил в самую зубную железу, имея протяженность от верхнего края подъязычной кости до зубной железы около 8 см.

Обычно этот канал зачатка зубной железы распадается на отдельные участки и в большинстве случаев исчезает бесследно. Порядок исчезновения отдельных частей этого канала всегда всегда один и тот же. Раньше всего исчезают верхние участки и позже всего нижние. Однако, как утверждает Венгловский, это исчезновение происходит только в большинстве случаев; не так редко эти остатки остаются на всю жизнь у человека, не вызывая собой никаких патологических явлений, и только в некоторых, чрезвычайно редких случаях, из этих остатков развиваются кисты или свищи шеи. В таком же порядке, в каком происходит процесс обратного развития канала, эти остатки канала зубной железы остаются на всю жизнь у человека, а именно, чаще всего встречаются нижние отделы зачатка, расположенные в нижней половине шеи, гораздо реже они встречаются в верхней половине и, в виде исключения, по соседству с глоткой. Поэтому невольно напрашивается вывод, что наиболее часто боковые кисты и свищи шеи должны располагаться в нижнем отделе шеи, что и имеется в нашем случае.

При изучении доступной нам литературы, описаний истинных кист, развившихся из остатков *d. thymo-pharyngeus*, мы встречали всего 3 случая, описанные Венгловским, и один случай Huster'a; о последнем случае упоминает Crott. Эта опухоль была 7,6 см длины и 2,8 см ширины и представляла многополостную кисту, похожую на гроздь винограда. Ткань между этими кистами была абсолютно нормальная и выполнена большими тельцами Гассалея. Далее он приводит мнение Eberli, который думает, что подобного рода кисты развиваются из необлитерированного отрезка зачатка *thymus'a*. Васильев, приводя 2 случая боковых кист шеи, также склонен отнести их происхождение за счет эмбриональных остатков зубно-глоточного протока.

Бокастова, возражая против теории Венгловского об образовании боковых кист шеи из остатков *d. thymo-pharyngeus*, говорит, что ни в одном случае стенка кисты не имела строения, свойственного развитой зубной железе, а также и не была доказана связь таких кист с зубной железой. Первое возражение не совсем правильно, ибо стенка кисты не может иметь строения, свойственного развитой зубной железе, потому, что эти кисты, развиваясь из остатков *d. thymo-pharyngeus*, имеют строение, свойственное этому последнему, как это вполне ясно видно из нашего случая, где мы видим даже скопление клеток, напоминающих Гассалевы тельца. Второе возражение также отпадает для нашего случая, где ножка

кисты направлялась не кверху к подъязычной кости, а шла вниз в переднее средостение, причем строение кисты не оставляет места для сомнений, что она направляется к thymus'y.

Общепринятой теорией Kostanecki и Mielecki по вопросу о происхождении боковых кист шеи нельзя объяснить наш клинический случай и мы склонны считать, что здесь, очевидно, киста развилась из остатков d. thymo pharyngeus, что и подтверждает теорию Венгловского. Правда, мы ни в коем случае не намерены утверждать, что поддерживаемая нами теория справедлива для всех случаев боковых кист шеи, но что она дает правильное объяснение нашему случаю, это является очевидным.

Все подобные кисты, по мнению L. Ombredaune, а также по нашему убеждению, подлежат оперативному удалению, ибо они таят в себе всегда две опасности, во-первых, опасность превратиться в злокачественное новообразование, и, во-вторых, при возникновении в таких кистах воспалительных процессов они могут превратиться в свищи, что является более тяжелым заболеванием, чем кисты. Необходимо отметить, что при операции следует удалять всю ножку кисты или весь свищевой ход, в противном случае из их остатка неизбежно разовьется или киста или свищ.

Из психиатрической к-ки Крымского мед. и-та зав. проф. Н. И. Балабану

Субкортикальный синдром при полицитемии (эритремии Вакеза).

А. И. Молочек и Т. И. Русин.

Болезни крови, сочетающиеся с определенными невропатологическими синдромами, представляют интерес в смысле изучения их взаимоотношений и связей. Полицитемия, дающая сдвиг в морфологических элементах крови, грубо нарушающая весь процесс кровообращения, ставящая в особые биохимические и механические условия сосудистую стенку, может быть фактором, выявляющим конституционально-дефектные отделы центр. нервной системы.

Поражения нервной системы, сопровождающие полицитемию так же, как и психические расстройства при ней, отмечаются рядом авторов. Так, Оппенгейм наблюдал при полицитемии комбинацию нистагма, пареза взора, перебелярную атаксию, симптом Бабинского.

Частоту психических расстройств при эритремии отмечает Мюллер. Оппенгейм, Гольдштейн и Штеелин указывают на наличие церебральных очаговых расстройств. В литературе мы встретили описание трех случаев полицитемии и осложнения с хореатическими нарушениями движений. Левис сообщает об одном, им самим наблюдавшемся случае эритремии у 38-летней женщины. Он нашел у нее 8100000 эритроцитов, 115% гемоглобина и большую селезенку, при этом у нее наблюдались хореатические расстройства движения типа гентингтоновской хореи. Под