

Из хирургической клиники Казанского гос. института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина. (Завед. В. Л. Боголюбов).

К казуистике редких форм кожных рогов.

Д-ра С. Г. Гордеева.

(С 1 рис.).

Роговые образования у человека в виде кожных рогов странностью и причудливостью своей картины еще в древние века привлекали внимание наблюдателей. Первый более или менее достоверный случай кожного рога у человека, описанный в древней литературе, Lebert относит к XIII столетию. К настоящему моменту в литературе накопилось уже значительное количество случаев кожного рога с различной локализацией, картиной развития, строения и отношения к подлежащей ткани. Отмечается также особая склонность кожного рога к раковому метаморфозу (Darier).

В большинстве случаев это новообразование встречается на волосистой части головы, лица, причем веки поражаются довольно редко; далее следуют мужские половые органы, нижние конечности, туловище и верхние конечности. Рога встречаются в возрасте от 50 до 70 лет. Величина рогов бывает различна—от нескольких миллиметров до 25 см.; самые большие кожные рога, описанные на веках—4,5 см. и 5 см. (Herzog, Carl Theodor, Schöbl).

Как клинически, так и патолого-анатомически различают рога двух видов: они могут достигать больших размеров, принимать круглую, коническую или цилиндрическую форму, иногда бывают спирально изогнуты, с заостренным, тупым или раздвоенным концом; или же напоминают собою бородавки, где на одном общем возвышенном основании имеется несколько тонких гребенчатых роговых образований. Патолого-анатомически—Rasini в первом случае видит сильные воспалительные изменения в cutis с резким гиперкератозом *stratum corneum*, что напоминает собой эпителиому; ко второй же форме относит незначительное изменение в cutis, гипертрофию *stratum mucosum* и гиперкератоз *stratum corneum*. Darier определяет кожный рог, как роговую сосочковую эпителиому с избыточным гиперкератозом и называет ее „старческим рогом“ в противоположность юношескому, который является простым гиперкератинизированным родимым пятном. Гистологические изменения основания такого старческого рога соответствуют изменениям спиноцеллюлярной эпителиомы в папиллярной стадии.

Причины развития кожного рога в громадном большинстве случаев неизвестны. Кожные рога могут развиваться из эпидермы свободной поверхности кожи, сальных железок, а также бородавок, кист, рубцов на коже, пораженной эпителиомой, волчанкой (муляж музея КВК КУ). Описан случай кожного рога на люпогнокарциноматозном основании (Artom M.). Почвой для кожного рога может служить и раковая язва. В работе д-ра Ястребова, относящейся к 1897 году, описаны три случая кожного рога на раковом основании, причем все три случая заимствованы (случай Coldani, относящийся к 1815 г. и Richond-Desbrus—1828 году, третий случай взят из казуистического материала

фак. хир. кл. Харьковского ун-та—относится к 1870 году). Четвертый случай кожного рога на раковом основании описан Dreyer'ом. Сюда же следует отнести случай, наблюдавшийся нами в Хир. кл. Казанского госуд. института для усовер. врачей им. В. И. Ленина.

Больной 60 лет, крестьянин-хлебопашец, последние 10 лет пастух. В клинику поступил по поводу роговидного образования над левым глазом и опухоли нижней губы. Около четырех лет тому назад больной впервые отметил у наружного угла левой глазницы небольшую, плотную с роговой шероховатой поверхностью бородавку. Последняя, с течением времени разрастаясь в ширину, захватила собой и часть верхнего века. Вскоре от этого разрастения на верхнем веке развилась язва. У внутреннего же угла глазницы появилась небольшая, округлая, розоватого цвета опухоль. Язва и опухоль слегка гноились и кровоточили с поверхности. Затем на опухоли появился участок, покрытый роговой коросточкой. Эта коросточка постепенно, как бы наплаваясь и разрастаясь больше в длину, привела к образованию рога; последний, достигнув длины 2—3 см., через полгода отпал. После этого вновь, своим основанием захватывая уже и язву, вырос другой рог, по словам больного виллообразнораздвоенный, который спускался над глазом и доходил до угла рта. Больной перед сном, обычно, свободные концы рога перекладывал, ради удобства, на правую сторону носа. Просуществовав 10 мес. и этот рог отпал. Больной явился к нам с третьим по счету роговым образованием, давностью в 10 месяцев. Опухоль на нижней губе появилась года 1½ тому назад, когда больной впервые отметил на слизистой нижней губы незаживающую плотную на ощупь трещинку.

Больной жалуется на постоянные головные боли. Аппетит довольно хороший. Венерические болезни отрицает. Алкоголем злоупотреблял мало, курит. Со стороны наследственности ничего особенного.



Объективно: больной среднего роста, правильного телосложения, довольно уже дряхлый, с слегка подорванным питанием старик. Со стороны интересующего нас заболевания при поступлении больного в клинику наблюдалась следующая картина (см. рисун.): над левым глазом, совершенно его закрывая, свисало роговое образование; основание его располагалось на уровне верхнего края левой глазницы. Этот рог имел довольно причудливую форму в виде тупой, широкой сосульки, неправильной цилиндрической формы или свисающего столбчатита с широким основанием и длиной в 5 сант. При отведении рога вверх и кнаружи над его основанием отмечается изъязвившаяся опухоль, которая захватывает почти все верхнее веко и прилегающую часть скуловой области. Язва имеет неровные, плотные края и бугроватое, бледно-розового цвета с некротическими участками, гноящееся дно. Эта язва у внутреннего угла глазницы соприкасалась

с небольшой, округлой, исходящей из слизистой верхнего века опухолью, которая также была изъязвлена с поверхности и гноеточила. Опухоль несла на себе роговую блестячку. Движения основания рога возможны вместе с кожей и мало болезненны.

На нижней губе, инфильтрируя почти весь ее верхний отдел, имеется также опухоль с изъязвившейся, гноящейся поверхностью. Отдельные участки ее заняты роговыми коросточками. Подчелюстные лимфатические железы увеличены.

За время пребывания больного в клинике рог отвалился, обнажив большую язвенную опухоль на верхнем веке. При осмотре мест разлома отвалившегося рога отмечается продольная полосчатость, как бы тесно спаянные между собою отдельные волокна. В центре рог более мягок, чем на периферии. Микроскопическая картина препарата, взятого из основания рога (окраска по Van-Gieson'y), представляет кожу с всюду сохранившимся эпителием; последний, то в виде сосочков глубоко вдаётся в подлежащую ткань, или же имеет незначительную толщину. Corium в этом месте заполнен различной величины и формы гнездами эпителиальных клеток. В центре крупных гнезд имеются роговые наслоения, частью расплавленные лейкоцитами. Меньшие гнезда ороговевших клеток (жемчужины) сохранили контуры и ядра. Эти гнезда состоят из крупных полигональных клеток с большим пузырькообразным ядром с 1—3 ядрышками. Периферические слои этих гнезд состоят из более мелких, частью вытянутой формы, клеток, среди которых заметны фигуры деления в различной стадии. Corium состоит из тонких соединительнотканых волокон, разделенных друг от друга широкими щелями. В нем имеются растянутые лимфатические полости и тонкостенные кровеносные сосуды. В некоторых местах имеются кровоизлияния. Ткань corium густо инфильтрирована клетками различного вида с преобладанием плазматических клеток.

Микроскопический препарат кусочка рога (окраска по Van-Gieson'y) представляет извилистого вида роговые массы. В глубоких центральных частях эти роговые массы состоят из тонких, плотнолежащих пластинок с сохранившимся уплощенным ядром. В некоторых клетках, границы между которыми неясны, ядра мутны, затупеваны. В более периферическом слое препарата эти пластинки ядер уже не содержат. При окраске по Van-Gieson'y роговые пластинки с ядрами окрашиваются в зеленоватожелтый цвет и между ними имеются тонкие, красноватые прослойки. Там же, где участки безъядерны, красноватые прослойки более широки, неконтурированы и имеют гомогенный вид. Кое-где встречаются полости, заполненные гомогенной, оранжевого цвета массой. На поперечном разрезе роговые массы состоят из безъядерных кругов с заметной концентрической слоистостью. В некоторых преобладает зеленовато-желтая окраска, в других — красная.

Микроскопическая картина препарата (окраска та же), взятого из пораженной губы, представляет в наружном слое роговые массы, клетки которых сохранили ядра. Глубже идет многослойный плоский эпителий, атипически разрастающийся в глубину, с инфильтрацией подлежащей ткани разнообразными воспалительными клеточными формами. Среди этой воспалительной инфильтрации рассеяны очаги клеток плоского эпителия. Многие из этих скоплений представляются в виде ороговевших образований, т. е. жемчужин.

Таким образом в препаратах, взятых из основания рога и опухоли нижней губы, мы имеем вполне идентичную картину плоскоклеточкового ороговевающего рака.

Описанный нами случай представляет собой роговое образование, основанием которого служит раковая язва характера канкроида. Развитие новообразования протекало в следующем порядке: вначале появилось бородавчатое разращение типа „старческого кератоза“, который Darier рассматривает как осложнение старческого перерождения кожи и считает одним из наиболее явных видов предраковых заболеваний кожи. В связи с травмой и раздражением такие старческие бородавки обычно заканчиваются переходом в раковую опухоль. Это бородавчатое разращение в нашем случае повело к образованию раковой язвы. Затем, уже на почве раковой язвы, благодаря каким-то особым патологическим условиям данной области, появилась усиленная продукция рогового вещества и образовался рог.

Сопоставляя литературные данные с нашим случаем, мы видим, что наш случай является выходящим из рамок обычного. Не таким уже редким явлением считается существование кожного рога на раковом основании, когда последнее развивается вторично, на месте прежде бывшего кожного рога; существование же рогового образования на первично

карциноматозно измененной почве, как в нашем случае, необходимо отнести к явлениям редким. Случаев, подобных нашему, в доступной литературе мы встретили только четыре,—наш пятый, причем все эти случаи, кроме нашего, не имеют описания микроскопической картины.

Периодическое отваливание рогов в нашем случае вполне согласуется с литературными указаниями на то, что кожные рога часто благодаря травме отпадают и сменяются новыми (Поспелов, Darier). Небезынтересна и форма рога в нашем случае—форма отвесно свисающего сталактита, а также и его размеры; самый большой рог на веках длиною, как и в нашем случае, в 5 см. описан Schnöbl'em.

Наш случай нельзя также обойти молчанием и со стороны имеющейся множественности ракового высыпания. Как смотреть на эту множественность, как на первичную или вторичную? Первичные множественные раки подробно разработаны Schimmelbusch'ем, который различает три группы их: 1) первичные множественные раки в кругу действия одной системы органов, 2) множественные первичные раки в симметричных органах, но только когда они синхроничны и 3) множественные первичные раки различных органов. Чаще встречается первичная множественность 1-ой группы, к которой можно отнести и наш случай. Но в нашем случае нельзя также обойти молчанием значение имплантации, которой многие видные онкологи в подобных случаях приписывают видную роль, и заболевания, принадлежащие к этой группе, трактуются ими не как первичный множественный карциноматоз, а как случай метастазирования одной основной опухоли.

Литература: 1) И. Э. Барбель—Архив офтальмологии, 1929 г., том VI.—2) Darier. Основы дерматологии 1930 г.—3) Поспелов. Руководство по кожным болезням.—4) Попов В. Г. Вестник офтальмологии, 1915 г., том XXXII, кн. 4—9.—5) Н. Фарфаровская и Е. Попова. Вестник хирургии и пограничных областей, 1925 г., том V, кн. 15.—6) Ястребов. Летопись русской хирургии, 1897 г., кн. 6.—7) Arto M. Zentralbl. für Dermathol. 1927 г., том XXIV.—8) Dreyer. Zentralbl. für Dermathol. 1927 г., том XXIV.—9) Redaelli. Zentralbl. für Dermathol. 1924 г., том XI.

Из Варзятчинского курорта и Акушерско-гинекологической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (Зав. А. И. Тимофеев).

Результаты вагинального грязелечения варзятчинской грязью в условиях курортной и внекурортной обстановки.

Экстерна клиники д-ра А. А. Бадюл.

Метод вагинального грязелечения, впервые примененный в России (в Ессентуках), получил не только широкое распространение в условиях курортной обстановки, но приобрел права гражданства, наряду с другими методами консервативного лечения гинекологических больных, и в амбулаторной практике многих больших городов.

Ценные свойства грязи курорта Варзятчи (Вотской области), заключающиеся в ее нежности, мягкости и пластичности, побудили нас в