

В клинику лечь отказалась, считая себя почти здоровой. Большой был сделан рентгеновский снимок, протокол которого приводим (доц. А. Н. Кревер): Веерообразная тяжесть от гилюсов легких к периферии, по ходу которой в виде цепочек, по преимуществу в верхних и средних полях, располагаются мелкие петрификаты (обызвествленный милиарный туберкулез).

Размеры настоящей статьи не позволяют описать все случаи, имеющиеся в нашем распоряжении. Да вряд ли в этом и встречается необходимость. Остальные случаи похожи на какой-нибудь из описанных в данной работе.

В заключение нам хочется остановиться на рентгенологической картине у наших больных.

Основным элементом рисунка является тонкая нить, ясно пунктированная, в виде четок, мелкими узелками, и образующая густую петлистую сеть; часто наблюдается веерообразное усиление легочного рисунка от гилюсов к периферии.

На фоне этой сетки густо и равномерно рассеяны, как манная крупа, милиарные узелки туберкулеза, иногда сливающиеся между собой и образующие более крупные конгломераты.

Эта картина очень походит на описанный Л. Б. Юдиным и Л. З. Эренштейном петлисто-сетчатый рисунок, патогномичный для лимфогенного легочного туберкулеза.

Выводы. 1. Милиарный туберкулез, начавшись остро, может в дальнейшем принять безлихорадочное течение.

2. Иногда милиарный туберкулез начинается без бурных начальных явлений и сразу принимает торпидное безлихорадочное течение.

3. Холодный милиарный туберкулез дает характерный рисунок на рентгенограмме, указывающий с большой вероятностью на лимфогенный путь распространения.

4. В отличие от других форм хронического милиарного туберкулеза при описанной форме прогноз благоприятен.

Поступила 31.I. 1939.

А. М. ДЫХНО

О туберкулезе грудной железы

Из госпит. хир. клин. (дир. проф. Н. И. Гуревич) III Моск. мединститута

Обширная хирургическая литература, посвященная заболеваниям грудных желез, касается, главным образом, злокачественных опухолей; в меньшей мере — острых воспалительных процессов и совсем недостаточно освещен ряд других заболеваний железы (сифилис, эхинококк и даже доброкачественные опухоли). Это обстоятельство повидимому объясняется тем, что острые воспаления и злокачественные новообразования встречаются очень часто, а другие патологические процессы сравнительно редко.

Надо признать, что отчасти из-за недостаточного освещения этих специальных вопросов в печати, а отчасти вследствие известной трудности диагностики, далеко не редко наблюдаются грубые ошибки, ведущие к тяжелым, непоправимым несчастиям (ампутация молочной железы при фиброном мастите и т. п.)

Это позволяет нам поделиться следующими наблюдениями:

1. 6.IX 1934 г. в клинику поступила больная Е., 63 лет (ист. бол. № 6283), с жалобами на опухоль правой грудной железы. 3 недели тому назад случайно заметила опухоль. За последнее время стала худеть и слабеть. Обратилась к врачу, последний поставил диагноз рака грудной железы и направил в клинику.

Ранее не болела. Туберкулез и венерические болезни отрицает, не пьет и не курит. Наследственность не отягощена.

St. praesens. Больная среднего роста, правильного сложения. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные. Тургор понижен. Подкожножировой слой развит плохо. Внутренние органы без отклонений от нормы.

В нижнем наружном квадранте правой грудной железы прощупывается опухоль плотной консистенции, размерами 4×3 см, спаянная с окружающими тканями. Во всех областях определяются увеличенные лимфатические железы, в правой подкрыльцовой впадине они плотные, в остальных — мягкой консистенции.

Моча: желтого цвета, прозрачная, кислой реакции, уд. вес 1,025. Белка и сахара нет. В осадке — 3—4 лейкоцита в поле зрения, оксалаты и мочевиная кислота. Температура в пределах до $37,2^{\circ}$.

Таким образом, в клинику поступила больная, находящаяся в том возрасте, когда заболевания раком грудной железы хотя и идут, в смысле частоты, на убыль, все же встречаются очень часто. Общий вид больной, характер самой опухоли, плотность и безболезненность ее, быстрый рост опухоли, сопровождающийся похудением больной, наличие плотных увеличенных лимфатических желез в подкрыльцовой впадине соответствующей стороны и пр., создавало достаточно отрывных точек для диагностики рака грудной железы. С таким диагнозом больная и была оперирована 8.IX 1934 г. (Н. Ф. Березкин).

Обычным путем у нее произведена ампутация грудной железы, подкрыльцовая впадина была освобождена от жировой клетчатки с расположенными в ней лимфатическими железами. Послеоперационный период протекал гладко. 24.IX. больная выписана. Операция не изменила диагностики и прозектор для гистологического исследования получил препарат с клиническим диагнозом „рак грудной железы“.

Гистологическое же исследование показало полное несоответствие клинического диагноза патолого-гистологическому; последний гласит „туберкулез грудной железы“.

2. 15.I.1939 г. в клинику поступила больная М. (ист. бол. № 239), 62 лет, с жалобами на опухоль левой грудной железы. Опухоль заметила $1\frac{1}{2}$ года назад, за это время опухоль выросла.

Мать умерла в возрасте 75 лет, отец — 42 лет; причины смерти больная не знает. Менструации начались с 18 лет, протекали регулярно и без болей, прекратились к 40 годам. Было 7 беременностей, все закончились срочными родами, дети здоровы. Ранее перенесенных заболеваний не отмечает. Туберкулез и венерические болезни отрицает, не курит и не пьет. Всю жизнь прожила в деревне.

St. praesens. Сложения правильного, роста среднего, питания хорошего. Кожа обычной окраски, видимые слизистые оболочки розовые. Лимфатические железы не прощупываются. Границы сердца в норме, тоны чистые, но слегка глухие. Печень и селезенка не прощупываются. В верхних квадрантах левой грудной железы прощупывается хорошо ограниченный узел размерами 6×8 см, мягко-эластической консистенции, не спаянный с кожей и подлежащими тканями. При исследовании узла ясно определяется флюктуация. Сосок не изменен, выделений из него нет. Температура все время нормальная.

Моча: соломенно-желтого цвета, мутная, щелочной реакции; белка $0,033\%$, сахара нет; в осадке значительное количество плоского эпителия, 15 — 20 лейкоцитов в поле зрения, трипельфосфаты.

Исследование крови: Hb — 60% , цв. показатель 0,78, эритроцит. 4200000, лейкоц. 5200. По Шиллингу: сегм. 66% , пал. 2% , лимф. 29% , мон. 3% .

Если первый случай не представлял, казалось, затруднений для распознавания (правда, диагноз был поставлен неправильно), то наличие кистозной опухоли во втором случае представляло значительные диагностические трудности. Возникали предположения о ряде заболеваний, исключить которые было не совсем просто. Естественно, что возраст больной, частое поражение грудной железы опухолями и кистозный характер ее в нашем случае зародили мысль о так называемой цистоаденоме, которая представляет кистовидно-расширенные, под воздействием повышенного давления, железистые ходы. Цистоаденомы бывают различных размеров и вследствие роста кист и уничтожения перегородок отдельные кисты, соединяясь между собой, дают кистозные образования значительных размеров. Однако слишком большой размер опухоли и наличие ясной флуктуации не создавали впечатления о развитии этой кисты из железистых ходов и о наличии перегородок в полости кисты.

Кроме обычной цистоаденомы можно было предположить наличие в данном случае заболевания, подробно описанного в 1860 г. Реклю под названием „кистозной болезни грудной железы“. Заболевание это состоит в развитии в грудной железе кист, достигающих больших размеров и дающих ясную флуктуацию. При анатомическом исследовании обычно находят увеличение железистых долек с кистозным расширением выводных протоков. При этом вначале в дольках идет разрастание эпителия, а затем распад его. Отдельные мелкие кисты постепенно сливаются между собой. Но клиника этого заболевания не совсем соответствовала тому, что мы имеем в нашем случае. Обычно болезнь Реклю бывает в возрасте 30—40 лет, нашей же больной 62 года.

Далее, болезнь Реклю обычно поражает обе железы, в нашем же случае правая железа была здоровой, и наконец при пальпации железы, пораженной кистозной болезнью, получается ощущение „как бы кулька с кругловатыми предметами“ (Зильберберг) — чего не было в нашем случае.

Больше оснований было заподозрить у нашей больной ретенционную (galactosele) или эхинококковую кисту. Что касается ретенционных кист, то они, как известно, развиваются при возникновении препятствия к выделению секрета железы. Накапливаясь в протоке или в дольке, секрет растягивает их и получается постепенно увеличивающаяся шаровидная полость с содержимым (вначале молоко, затем содержащее сгущаясь, превращается в замазкообразную маслянистую массу, а иногда наблюдается и гнойное расплавление).

Однако, учитывая возраст нашей больной, давно закончившую детородную функцию (последний период лактации был 30 лет назад) наряду с недавним появлением кисты, мы имели достаточно оснований к тому, чтобы исключить в нашем случае galactosele.

Относительно эхинококка грудной железы следует отметить, что он обычно наблюдается в виде солитарных кист, что имело место и в нашем случае. Можно отметить, что эхинококковая природа кисты грудной железы чаще всего становится ясной только после оперативного вмешательства. Длительная жизнь в деревне, наличие солитарной кисты, постепенное развитие ее, сферический характер — все это давало повод к подозрению эхинококкоза.

В связи с этим была произведена кожная анафилактическая реакция Касони, которая оказалась отрицательной. Однако, если учесть,

что по самому Касони в 12,5% случаев его реакция бывает при эхинококкозе отрицательной, то сам по себе факт отсутствия этой реакции не дает еще повода к изменению диагноза. То же можно отметить и в отношении эозинофилии (ее в нашем случае не было), которой по Деве может и не быть при эхинококке. В целях возможно более точного распознавания, мы 17. I. 1939 г. произвели пункцию кисты и получили 30 куб. см. жидкого зеленовато-желтого гноя. При микроскопическом исследовании свежей капли обнаружено много лейкоцитов в состоянии распада и 3—6 эритроцитов в поле зрения. Бактериоскопически микроорганизмы не обнаружены, посев через трое суток роста не дал. Отсутствие при исследовании гноя составных частей содержимого эхинококковой кисты, асептический характер его без клинических признаков нагноения позволили отказаться от диагноза нагноившегося эхинококка.

Вид гноя навел нас на мысль заподозрить туберкулезную природу кисты, за это же говорил и небольшой лимфоцитоз (29% вместо обычных 22—23%). Мы подумали о гематогенном заносе инфекции. За правильность этого предположения говорили и данные рентгенодиагностики легких, которые приведем полностью. 20. I. 1939 г. в легких, справа в верхнем поле определяется средней интенсивности затемнение с расплывающимися границами, на фоне его видны единичные, мелкие интенсивные тени (старые тбк очаги?); от этого затемнения к корню легкого идет полоса дренирующего бронха. Такая же картина в левом верхнем легочном поле. Реберно-диафрагмальные синусы свободны (Н. К. Симагина).

Таким образом, наш дооперационный диагноз — туберкулезная киста левой грудной железы, по поводу которой больная была оперирована 21. I. 1939 г.

Операция под местной анестезией 0,5% раствором новокаина 250 куб. см. (А. М. Дыхно). Двумя сходящимися разрезами очерчена киста вместе с окружающими ее тканями. С левой стороны киста вскрылась, и из нее вытекло до 200 куб. см гноя, такого же характера, как и полученный при пункции. Киста удалена вместе с капсулой в пределах здоровых тканей. Швы на подкожную клетчатку и кожу.

Размеры кисты 8×6 см. Стенка ее гладкая, везде много сосудов. На дне кисты густой, крошковатый гной. Послеоперационный период протекал гладко. На 7-й день сняты швы — рана зажила первичным натяжением. 31. I. 1939 г. больная выписана в хорошем состоянии.

При гистологическом исследовании стенки кисты найден типичный туберкулезный процесс с большим количеством бугорков, стенка кисты состоит из соединительной ткани, везде значительная мелко-клеточная инфильтрация, особенно вокруг сосудов.

Таким образом в разбираемом случае, несмотря на атипичное течение туберкулезного процесса грудной железы, был поставлен до операции точный диагноз.

Оба наших случая интересны еще и в связи с старческим возрастом больных (62 и 63 года); чаще туберкулез поражает грудную железу у больных в возрасте 20—40 лет.

Туберкулез грудной железы сравнительно нередкое заболевание.

Что касается клинической картины туберкулеза грудной железы, то она отличается многообразием, в чем убеждают нас и наши случаи. Иногда процесс, начавшись с образования одного или нескольких узлов, дает затем развитие фиброзной ткани, и на этом дело заканчивается. В других случаях наступает казеозный распад и гнойное расплавление с образованием характерных для туберкулеза язв

и свищей, устье которых окружено бледными грануляциями, и выделяется туберкулезный гной. Эти случаи несомненно наиболее простые в диагностическом отношении. Иногда тбк грудной железы развивается вслед за тбк ребра.

Наш первый случай нужно отнести к фиброзно-индуративной форме, конечно в дальнейшем здесь мог бы образоваться казеозный распад.

Происхождение туберкулезной кисты во втором случае, нам кажется, возможно объяснить следующим образом. После развития туберкулезного узла, представляющего достаточно компактную ткань, наступил казеозный распад, узлы начали размягчаться. Размягчение узла и последующее гнойное расплавление вызвало реактивный воспалительный процесс в окружающей ткани, в результате которого произошло разрастание соединительной ткани. Эта ткань образовала как бы стенку кисты, конечно стенку не настоящую, а подобие ее, так как эпителиальной выстилки такая стенка не имеет. Таким образом, мы туберкулезную кисту в нашем случае относим к так называемым ремолиционным кистам, т. е. кистам от размягчения (e remollitione).

Что касается лечения туберкулеза грудной железы, то единого взгляда по этому поводу до настоящего времени нет, и нам кажется, что и быть не может в связи с многообразием патолого-анатомической и клинической картины. Как и при всяком туберкулезе в каждом случае необходимо общее лечение, соответствующий режим и условия, в которые должны быть поставлены больные. Что касается хирургического лечения, то Бренделе на 16 больных, у которых была произведена ампутация грудной железы по типу операции при раке, получил хорошие отдаленные результаты в 15 случаях и рекомендует такую операцию для всех случаев туберкулеза грудной железы. Той же точки зрения держатся Заблудовский и Кауфман, усматривающие в этой операции профилактику развития рака.

Несмотря на это, мы все же не можем согласиться с таким радикализмом, особенно в отношении молодых больных. Мы считаем, что лечение в каждом случае должно быть строго индивидуальным и, где это возможно, следует производить более щадящую операцию с последующим созданием для больной соответствующих условий труда и быта при обязательном врачебном контроле.

Поступила 31. III. 1939.

А. А. АЙДАРОВ

О диагностике и лечении туберкулеза языка

Из 1-й хирургической клиники (дир. проф. Ю. А. Ратнер) Казанского госуд. ин-та усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Туберкулез языка редко встречается в клинической практике. Всего в мировой литературе описано около 400 случаев этого заболевания. В отечественной литературе мы нашли 25 сл. тбк языка, из них описали Гоберман 2 сл., Гершун 1 сл., Мельников 4 сл., Сороко 4 сл., Нодов 2 сл., Гуревич 6 сл., Рудой, Зебрин, Элькинд, Шнейдер, Потоцкий и Абрамович—по одному случаю.