

никнуть различными путями: а) вследствие прорыва инфекционного материала из изъязвившегося рака пищевода в легкое; б) переносом инфекции лимфо-гематогенным путем или путем септической эмболии; в) в результате присоединения интеркуррентной инфекции. Очень трудно было твердо остановиться на одном из возможных путей в данном случае; однако облегчение дисфагических явлений и болей, которое шло параллельно с развитием легочного осложнения, говорило в пользу распада опухоли и возможности прорыва, хотя рентгеноскопические данные и не подтверждали последнего. Патолого-анатомическое исследование показало, что действительно имелся прорыв инфекционного материала из изъязвившегося рака в легкое. Общее истощение больного, ослабление иммунобиологических сил и привело к быстрому образованию пневмоторакса.

Настоящий случай представляет интерес с той точки зрения, что наряду с классическим началом и течением рака пищевода (дисфагия с более и менее выраженными болевыми симптомами) существуют другие формы течения болезни, при которых явления периэзофагита выступают на первый план, и воспалительный процесс проявляется не только в своеобразном болевом синдроме, но и в температурной реакции и более частых септических осложнениях.

Из отделения по болезням носа, горла и ушей райбольницы в г. Елабуге Тат. АССР (зав. отделением глав. врач больницы И. Ф. Герасимов).

О ЯЗЫЧНОМ ЗОБЕ¹⁾.

И. Ф. Герасимов.

В 1869 году Хикмен впервые описал случай опухоли на основании языка у новорожденной девочки, которая через 12 часов умерла. По описанию микроскопической картины опухоли—это была щитовидная железа. Второй случай был описан Рачке в 1881 г. Более подробный доклад о зобе языка был сделан Вольфом на немецком хирургическом конгрессе в 1882 г. Берноис в 1888 г. сообщил об опухоли на корне языка, по строению напоминающей щитовидную железу. Бетлин (1890) видел подобного же строения опухоль на языке и пытался установить связь ее с эмбриональным развитием щитовидной железы. Два года спустя (1892) Варен у 52-летней женщины обнаружил язычный зоб, величиной со сливу. Зоб круглой формы, величиной с вишню, на основании языка у девушки 24 лет описал Галиш в 1894 г. В следующем году (1895) Адрет наблюдал у 17-летнего юноши язычный зоб с лесной орех. В дальнейшем участились описания подобных случаев. Так, Шамиссо, Бонкур к 1897 г. собрали 13 сл.,

¹⁾ Доложено в хирургической секции конференции молодых ученых ТР 13.1 1937 г. в г. Казани.

Лензи в 1905 г.—22 случая. В 1906 г. Мэкинс приводит описания 44 случаев. В 1910 г. Аустони собрал 54 случая в мировой литературе. Следующий автор, Вальтер, к 68 случаям присовокупляет 2 собственных случая в 1912 г. В большой работе в 1914 г. Аш уже приводит из литературы 95 случаев. И, наконец, последний автор, интересовавшийся вопросом о язычных зобах, Эйглезио в 1924 году нашел в мировой литературе 109 случаев.

Русская литература по данному вопросу небогата. Первый русский автор Зельдович в 1897 г. наблюдал и подробно описал один случай зоба основания языка у 14-летней девочки. 10 лет спустя Алексеев (1907) сообщил об одном случае, где была произведена фаринготомия. Автору удалось достигнуть стойкого излечения. Третий случай демонстрировал Гинзберг в 1911 г. в Киевском хирургическом об-ве. Каплан в 1912 г. подробно описал зоб корня языка у женщины 33 лет. В 1928 г. Динерман описал два случая зоба, выявленных у детей 14 и 16 лет, Подгаевский — у двух женщин 42 и 30 лет.

Итак, в мировой литературе опубликовано 109 случаев, из них на русскую падает 8 случаев. Таким образом мы видим, что зоб языка—заболевание довольно редкое. Поэтому опубликование случая язычного зоба, наблюдавшегося в ушном отделении Елабужской районной больницы, будет вполне уместно.

Больная К-ва Е. М. (история болезни № 537), 35 лет, колхозница с. Орловки, Наб.-Челнинского района, замужняя, поступила в ушное отделение Елабужской больницы 3 августа 1934 г. с жалобами на чувство тяжести и давления в горле, гнусавость, затруднение глотания и носового дыхания, а также на сиплость голоса и быструю утомляемость его при разговоре. Все эти явления начались два года тому назад, причем вначале они являлись в слабой степени, но постепенно усилились и стали тяготить больную. Больная обратила внимание на гнусавость и чувство инородного тела в горле: «Что-то стало мешать в горле» по словам больной. Имела 4 детей, из них двое живых, последнему—3 недели. После родов еще плохо поправилась, чувствует большую слабость, частые головокружения. Во время беременности больная отмечала усиление затруднения глотания, разговора и дыхания, особенно по ночам во время сна. Перенесла в 1920 г. сыпной тиф. Менструации появились в 14-летнем возрасте. Со стороны наследственности ничего отметить не удалось. Сифилис и венерические болезни отрицает. Дети умерли в возрасте 1 и 2 лет от неизвестной причины.

Больная среднего роста, слабого телосложения, чувствует большую слабость. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледны. Говорит в нос, что-то мешает произносить ясно слова.

В носу: атрофирующаяся слизистая оболочка раковин и перегородки. В зеве и носоглотке: небные и носоглоточные миндалики не увеличены. По средней линии корня языка имеется образование величиной с куриное яйцо овальной формы, гладкое, темно-красного цвета; при пальпации—эластической консистенции, зыбления не чувствуется. Широким своим основанием опухоль занимает среднюю часть корня языка между *papillae vallatae* надгортаником; между последним и опухолью имеется приблизительно промежуток в 1 см. При вытягивании языка опухоль выпячивается кпереди и кверху. При глотании опухоль отодвигает язычок и мягкое небо кверху. При осмотре гортанью зеркалом задняя поверхность опухоли гладкая, слизистая оболочка темно-красного цвета с просвечивающими расширенными венами. Гортань видеть не удалось. В ушах—втянутость и легкое помутнение обеих барабанных перепонок; слух в пределах нормы. Нервная система без особых отклонений от нормы. Пульс—65—70 ударов в 1'. Температура нормальна. Щитовидная железа на обычном месте не прощупывается.

Со стороны внутренних органов резких изменений нет. С диагностической целью сделана пункция опухоли, получено очень мало красноватой жидкости. 6/VIII 1934 г. произведена в сидячем положении следующая операция: опухоль и слизистая основания языка смазаны 10% раствором кокаина, в основание опухоли вприснуто несколько куб. см 1/4% раствора новокаина. Язык был вытянут и удерживался рукой, завернутой в марлю. На основании опухоли наложены три крепких шелковых шва, при помощи которых я подтягивал опухоль кпереди и таким образом облегчил себе ее удаление. Кроме того, эти швы предназначались для предупреждения кровотечения. Поверх этих швов, несколько отступя кверху, сделан по передней поверхности разрез слизистой оболочки. Далее тупым путем и с помощью ножниц удалено 2/3 опухоли. При операции кровотечения было небольшое. Швы с длинными концами оставлены на месте. Назначено дезинфицирующее полоскание. 7/VIII. Самочувствие больной удовлетворительное. Температура нормальная. На раневой поверхности кровянистые корочки. Ночью после операции были незначительные сукровичные выделения. 8/VIII. Рана покрыта серым налетом, смазана люголевским раствором и очищена от налета. Больная жадуется на боль при глотании, при разговоре меньше гнусавит. Оставшиеся швы удалены. Кровотечения не было. Язык очищается. Носовое дыхание улучшилось. 11/VIII больная выписана. На основании языка сохранилась часть опухоли в виде бугорка, величиною с голубиное яйцо. Глотание еще болезненно.

Удаленное новообразование представляется в виде довольно рыхлой массы темно-красного цвета, заключенной в тонкую соединительно-тканую капсулу. Последняя покрыта слизистой оболочкой. После операции удаленная опухоль фиксирована в 10% формалине, проведена через спирты восходящей крепости (от 60° до 100°) и залита в парафин. При микроскопическом исследовании мы нашли следующую картину: поверхностный слой опухоли состоит из многослойного, плоского эпителия, который местами слущивается (слизистая оболочка основания языка). Под эпителием виден слой фиброзной соединительной ткани (капсула), в которой имеются кровоизлияния, как результат оперативного вмешательства. От этого слоя отделяются вглубь опухоли прослойки соединительной ткани, которые делят последнюю на дольки. Дольки состоят из пузырьков различной величины, круглой, овальной и продолговатой формы, выстланных кубическим эпителием и наполненных коллоидным веществом. Встречаются единичные пузырьки, сплошь заполненные клетками. Между фолликулами имеются прослойки соединительной ткани и капилляры. Это—типичная картина коллоидного зоба. (Диагноз поставлен проф. И. П. Васильевым).

Длительность заболевания в нашем случае—два года. Процесс роста опухоли был медленным, характерным для зоба языка, причем беременность, повидимому, усилила рост опухоли. Опухоль с куриное яйцо располагалась на типичном для этого страдания месте — в области слепой ямки языка и вызвала расстройство со стороны глотания, дыхания и речи (гнусавость). Щитовидной железы на обычном своем месте не было. Часть опухоли, удаленная под местной анестезией, под микроскопом оказалась коллоидным зобом.

Мы не можем согласиться с некоторыми авторами, по мнению которых язычный зоб диагностировать легко. Точный и определенный диагноз может нам дать только гистологическое исследование. Клиническое течение этого заболевания может ввести в заблуждение, так как на корне языка могут быть различные опухоли: фибромы, липомы, ангиомы, кисты, полипы и злокачественные новообразования. Правда, последние при диагностике можно большею частью исключить, приняв во внимание длительность болезни, отсутствие изъязвлений и др. признаки. Тем не менее, могут быть загадочные случаи, напр., во втором случае Динермана опухоль имела вид злокачественного образования, и автор предполагал, что он имеет дело с раковой опухолью.

Пункция опухоли ничего не дала. И только после гистологического исследования был установлен правильный диагноз. Еще труднее дифференцировать от доброкачественных опухолей: фибром, ангиом и т. д. Так как клиническое течение этих заболеваний имеет много общего, то нужно помнить об этом, сравнительно, редком, заболевании во всех случаях опухолей языка и знать особенности клинического течения язычного зоба. Размеры зоба большею частью небольшие—с вишню, лесной орех, реже встречаются величиной с яблоко—случай Крессинга, с гусиное яйцо—сл. Динермана и с куриное яйцо—наш случай. Язычный зоб наблюдается чаще у женщин. У Аша из 95 сл. 84 падают на женщин. Возраст женщин, больных зобом основания языка, преимущественно молодой—от 10 до 30 лет. В период беременности щитовидная ткань в языке гиперплазируется, как и нормальная на шее. В нашем случае у больной во время беременности язычный зоб настолько увеличился, что вызвал сильное затруднение дыхания, глотания, гнусавость и резкое ухудшение самочувствия что и заставило больную вскоре после родов обратиться в больницу. Описаны случаи, когда проявление язычного зоба совпадает с началом менструации в период половой зрелости.

Этиология зоба языка так же, как этиология зоба вообще, неизвестна. По вопросу происхождения язычного зоба имеются несколько точек зрения. Наиболее, по видимому, правильным является мнение Гиса. Оно заключается в следующем: на 2-й неделе зародышевой жизни щитовидная железа начинается развиваться из непарного зачатка—выпячивания эпителия передней стенки глотки в срединной плоскости и в области второй глоточной дуги, где развивается и задняя закладка—корень языка. Этот зачаток постепенно спускается вниз, образуя тонкую полую эпителиальную трубку, которую некоторые авторы называют эпителиальным тяжем, идущую от будущего корня языка до нормального местоположения щитовидной железы на шее. Как правило, на 4й неделе после рождения эпителиальный тяж исчезает и сохраняется только верхняя часть тяжа в виде слепой ямки в области основания языка. Иногда этот тяж можно наблюдать сохранившимся и у взрослых. Опускание зачатка щитовидной железы может по неизвестной причине задержаться, и тогда щитовидная железа или ее части могут находиться на любом месте от корня языка до подязычной кости, из которых может в дальнейшем развиться зоб. Чаще всего задержка зачатка щитовидной железы происходит в верхнем отделе ductus thyreoglossus и в этом месте развивается зоб. Обычно нисхождение зачатка щитовидной железы не задерживается, и она развивается на нормальном месте, но иногда, кроме того образуется добавочная щитовидная железа resp. зоб из эпителия ductus thyreoglossus. Теории Гиса придерживается большинство авторов, изучавших этот вопрос.

Лечение язычного зоба может быть консервативным и хирургическим. Каплан применял тиреоидин с обнадеживающими результатами, но большинство авторов не видело эффектов от этого

способа лечения. Хирургическое лечение является, повидимому, наиболее эффективным, но должно проводиться весьма осторожно и при определенных показаниях. Эти последние сводятся к тому, что только чрезвычайное затруднение дыхания и глотания, нарушающие работоспособность больного, могут заставить врача взяться за нож, причем, возможно только частичное удаление опухоли, так как полная экстирпация зоба может повести к развитию микседемы или тетании. Так, напр., в случае Зельдовича у больной после полного удаления язычного зоба наступила микседема, а в случае Диннермана и Аша—тетания. Последний автор указывает, что 90% больных, оперированных по поводу зоба основания языка, страдают в той или иной степени микседемой. Иорг и Лойер собрали из литературы 50 оперированных язычных зобов и констатировали следующее: в 9 сл.—полное излечение, в 5—наступил рецидив, в 1—смерть через 16 часов, в 6—послеоперационная микседема, в остальных—результаты неизвестны. Кюттнер и Крассинг, в целях профилактики тяжелых осложнений, упомянутых выше, рекомендуют пересаживать иссеченный зоб в другое место тела.

Из послеоперационных осложнений, помимо эндокринных расстройств, необходимо указать на кровотечение, вызывающее сильное ослабление организма больных.

Из Госпитальной хирургической клиники Омского медицинского института
(дир. проф. А. А. Ожерельев).

СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ В ОПЕРАЦИОННОМ РУБЦЕ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККОТОМИИ.

В. В. Шкляев.

Проблема патогенеза клиники и терапии эхинококковых заболеваний представляет чрезвычайно актуальный интерес. До сих пор в указанной области существует еще много неясных, неразрешенных вопросов. С этой точки зрения казуистический материал по эхинококковым заболеваниям представляет известный интерес. Надо полагать, что в этом отношении и приводимый нами случай, касающийся развития эхинококковой кисты в операционном рубце после эхинококкотомии, безусловно заслуживает внимания.

Больной Ш., 25 лет, рабочий, поступил в Омскую госпитальную хирургическую клинику 17.X 1935 года с жалобами на боли и опухоль в толще операционного рубца после дважды перенесенной операции по поводу эхинококка, первично развившегося в печени, а затем обсеменившего брюшную полость.

Весной 1927 года у больного впервые появилась припухлость в правом подреберье. Никаких болей и неприятных ощущений она не причиняла. Однако быстрый рост опухоли заставил больного обратиться к врачу, диагностировавшему эхинококк печени. Осенью 1927 года операция в гор. Петропавловске, повидимому, открытым способом. До 1930 года относительное здоровье. Весь этот период времени Ш. работал в качестве чернорабочего. В конце 1930 года больной вновь обратился в Петропавловскую больницу