

град, 1932.—9) Малыкин, Вопросы биохимии в невропатологии. Биомедгиз, 1-35.—10) Прив.-доц. Шаровский, Спинно-мозговая жидкость в клинической диагностике. Киев, 1928.—11) Доц. Клячкин и Терегулов, О влиянии некоторых физиотерапевтических методов на проходимость нода через гематоэнцефал. барьер. В рукописи. 12) Walter, Theorie und Praxis der Permeabilitätsprüfung mittels der Brommethode. Arch. Psychiatrie. 1927.—13) Flatau, Recherches expérimentales sur la perméabilité de la barrière nerveuse centrale—Revue neurologique, tome 11, № 6, 1926 г.

Из факультетской хирургической клиники (директор проф. Н. И. Наналков)  
Ростовского мед. института.

## К вопросу о солитарных кистах почки.

А. М. Дыхис, Г. П. Адамов.

Поводом к настоящему сообщению послужил следующий случай. 29/1 1937 г. в клинику поступил больной Л. (история болезни № 7228), 28 лет, с диагнозом эхинококк селезенки. Жалуется на опухоль в левой половине живота и тупые боли в левом подреберьи.

С шестилетнего возраста периодически ощущал болезненность в левом подреберьи. Боли продолжались 4-5 дней и проходили от покоя, грелок и клизм. С 1932 по 1936 г. болей не было. 2/1 1936 г. вновь появились боли, которые продолжались 6 дней и сопровождались повышением температуры.

Второе усиление болей было в феврале 1937 г. и, наконец, в марте заметил болезненную опухоль в области левого подреберья. Размеры опухоли медленно увеличивались.

Из ранее перенесенных заболеваний отмечает корь, скарлатину, дизентерию, малярию, сыпной, возвратный и брюшной тифы. Часто болеет гриппом и ангиной. За три месяца до поступления в клинику болел гонореей. Тбк у себя и у родных отрицает. Status praesens. Телосложение астеническое. Рост 170 см, вес 64 кг. Живот правильной конфигурации, мягкий. На 4 см ниже левой реберной дуги кнутри и кнаружи от левой параректальной линии заметна сферическая опухоль, перемещающаяся при дыхании. Пальпаторно: опухоль шаровидная с диаметром 20—25 см, безболезненная, эластической консистенции, поверхность—гладкая. Имеется флюктуация. При исследовании создается впечатление, что опухоль представляет полый шар, растянутый жидкостью. Перкуторный звук над опухолью тупой. Опухоль несколько перемещается вверх вправо и влево, книзу же ее сместить не удастся.

Край правой доли печени прощупывается безболезненный, острый. Селезеночная тупость переходит в тупость опухоли.

Пальпация и постукивание по поясничным областям безболезненны. Мочится 4—5 раз в сутки, ночью не встает. Мочиспускание безболезненное и во время приступов.

Анализ мочи: удельный вес 1:20, кислая, желтая. Белка и сахара нет. В осадке умеренное количество уратов, клетки плоского эпителия, 3—5 лейкоцитов в поле зрения.

Исследование крови: Hb 60%, эритроцит. 4 510 000, лейкоцит. 76 0, РОЭ—10 делений в час. По Шиллингу: сегм. 60%, пал. 3%, лимф. 25%, моноц. 5%, эоз. 7%.

Анамнез жизни больного (жизнь в деревне, соприкосновение с собаками), постепенное развитие опухоли, кистозный, сферический характер ее с флюктуацией, наличие небольшой эозинофилии, все это говорило за наличие эхинококкоза у нашего больного.

Однако, произведенная интрадермальная реакция Каццони оказалась отрицательной. По литературным данным реакция Каццони в ряде случаев эхинококка бывает отрицательной (по Каццони в 12,5%, по Понтано в 16% и т. д.), поэтому отрицательный результат этой реакции в нашем случае не мог служить достаточным основанием к изменению диагноза—эхинококк у нашего больного.

Что касается локализации, то при расположении эхинококковой кисты в левой доле печени, она может контурироваться и влево от белой линии живота.

Отметим, что при эхинококкозе наблюдается большая эозинофилия (40%—Archard, 56%—Мельников и др.), но часто эозинофилии при этом заболевании вовсе не бывает (Devè, Шилтов и др.). За расположение опухоли в брюшной полости, между прочим, говорила смещаемость ее при дыхании. За локализацию в печени говорила и небольшая желтушность склер кожи. Однако, достаточно данных к тому, чтобы отвергнуть столь редкую локализацию эхинококка, какой является эхинококк селезенки и почки, у нас не было. По Finsen'у эхинококк селезенки наблюдается в 0,78% сл., по Токаренко—4,2%, по Надеждину—6,6% и т. д. Что касается эхинококка почки, то Israel на 2000 почечных операций не имел ни одного случая. Керопьян к 1930 г. в русской литературе насчитывает около 60 случаев эхинококка почки. Из нашей клиники—3 случая описаны Чижовым. С диагнозом эхинококка левой доли печени или селезенки больной был положен на операционный стол.

3/ii 1937 г. операция (проф. Н. И. Напалков) под общим эфирным наркозом; разрезом от мечевидного отростка до пупка вскрыта брюшная полость. Посредине этого разреза поперек перерезана левая прямая мышца. За листком брюшины оказалась белая кистовидная опухоль 30 см в диаметре. Опухоль широко спаиваю по всей задней полуокружности, так что о выведении ее нельзя было и думать. Ни с печенью, ни с селезенкой опухоль не связана.

После хорошего обкладывания салфетками из опухоли осторожно шприцем извлечено до 100 куб. см светлой, прозрачной жидкости, при этом приняты меры, необходимые для профилактики диссеминации эхинококка (эфир, формалин). Стенка кисты захвачена зажимами, подтянута и вскрыта, из нее вытекло около 1000 куб. см жидкости. Хитиновой оболочки не было. На стенке кисты имеются боковые слепые карманы, открывающиеся только в полость кисты. Стенка кисты плотная, толстая. При туном выделении марлей наружной поверхности стенки кисты, по верхнему краю ее обнаружены два поперечно идущих сосуда—артерия и вена. Киста выделена из окружающих тканей на 9/10 своей поверхности, а 1/10 стенки ее вшита в кожную рану. Глубина оставшегося мешка 3 см. Рана брюшной стенки зашита в 3 этажа на всем протяжении, за исключением места швирования кисты, куда заведен дренаж.

Если до операции ставился диагноз—эхинококкоз, то уже после вскрытия мы убедились в том, что это не эхинококковая киста. Операция изменила и предполагаемое место локализации кисты. Если до операции речь шла о печени или селезенке, то на операции мы убедились, что эти органы с кистой не связаны, что киста располагается забрюшинно и, вероятно, относится к хвосту поджелудочной железы. За такую локализацию говорили и два сосуда, которые поперечно располагались выше

кисты. Эти сосуды нами были приняты за сосуды селезенки по топографии их.

Послеоперационный диагноз—киста хвоста поджелудочной железы.

Однако гистологическое исследование кусочков из кисты опровергло и этот диагноз. Оказалось, что стенка кисты состоит из волокнистой соединительной ткани с явлениями хронического воспаления. Стенка кисты выстлана однослойным эпителием, в некоторых местах эпителия нехватает. По периферии кисты имеется атрофированная ткань почки с мальпигиевыми клубочками.

Таким образом киста оказалась солитарной кистой почки и располагалась забрюшинно кпереди от почки.

До операции не было данных за заболевание почки. Наличие в осадке мочи плоского эпителия мочевыводящих путей и единичных лейкоцитов в поле зрения мы объясняли недавно перенесенной гонореей.

Послеоперационный период протекал гладко, суточный диурез с 2-го дня больше 1000 куб. см. На 6-й день больной начал ходить, на 8-й сняты швы. Рана в зашитой наглухо части зажила первичным натяжением. Отделяемое скудное. На 10-й день извлечен дренаж. Карман кисты быстро выполняется грапуляционной тканью. Имеются незначительные боли в пояснице, которые мы объясняем натяжением нервов в результате подшивания забрюшинно-расположенной кисты к передней брюшной стенке.

21/III 37 г. больной выписан с зажившей раной. Через 46 дней мы его видели. Состояние хорошее. Жалоб нет.

Результаты гистологического исследования заставили нас проделать хромоцистоскопию.

Емкость пузыря 200 куб. см, слизистая его не изменена, устье правого мочеточника целевидно, индигокармин из него показался через 4,5'. Устье левого мочеточника, несмотря на значительное растягивание пузыря введенной в него жидкостью, не найдено. Индигокармин выбрасывался только из правого мочеточника.

Наблюдение за местом, где вшита киста на протяжении 2 часов после внутривенного введения индигокармина, не обнаружило окрашивания вшитой части кисты.

Результаты исследования мочи после операции не отличались от того, что было до операции.

Киста почек наблюдается в виде множественных кист (поликистозная почка) и в виде одиночной.

Значительную редкость множественных кист почек подтверждает статистика Ward'a: на 14.000 вскрытий в одной больнице Филадельфии поликистозные почки наблюдались только в 40 случаях. Соколов в Ленинграде, изучив 50.198 вскрытий по Обуховской больнице, нашел 192 подобных случая. Еще реже наблюдаются одиночные кисты, их в литературе описано не более 70 случаев (Хольцов). Уже одно это требует опубликования каждого случая. Последнее становится еще более необходимым в связи с тем, что происхождение кисты недостаточно изучено. Важно отметить, что поликистозные почки чаще наблюдаются у детей. Так, Küster собрал 239 случаев, из них 59 были у мертворожденных, 17— у детей до 10 лет.

Существующие взгляды на происхождение кисты почек могут быть сведены к следующему:

Некоторые авторы (Hufschmid, Nauwerk, Hodkin и др.) считают, что многокамерные кисты образуются вследствие разрастания эпителия и перерождения его с последующим распадом. Другие (Virchow, Braunwarth, Broppatouir, Pousson) считают, что множественные кисты почек образуются из-за задержки мочи в канальцах, которые могут закупориваться песком, облитерироваться вследствие воспалительного процесса (в том числе зародышевый пиелонефрит).

В начале XX века Küster и Ruckert указали, что многокамерные кисты почек происходят вследствие отщепления пузырьков Вольфова тела; тогда же Küster отметил, что образование однополостных кист связано с пороком зародышевого развития. Однако ни сам Küster, ни последующие исследователи не объяснили, что же происходит в зародышевом развитии, какие пороки его дают образование однополостных кист почек. Это побудило нас искать причины образования однополостных кист почек в эмбриогенезе.

В развитии мочевого аппарата, как известно, различаются три стадии: 1) предпочка (pronephros), 2) первичная или междуточная почка (mesonephros и 3) окончательная почка (metanephros).

Предпочка, достигающая у высших позвоночных незначительного и кратковременного развития, состоит из парных клубочков, таких же сегментальных канальцев и выводного протока, происходящего из париетального мезобласта и впадающего в клоаку.

Первичная почка или Вольфово тело имеет многочисленные поперечные канальцы с пузырьками, каждый из которых, имея Баумановскую капсулу, именуется Мальпигиевым телом. Вольфов проток развивается вблизи каудального конца зародыша и вступает в сообщение с протоком предпочки. При этом предпочка атрофируется (за исключением тех позвоночных, напр. Amphibia, — у которых предпочка играет значительную роль).

Что касается развития окончательной почки, то в настоящее время большинство исследователей, как указывает Тальман, считает, что секреторный аппарат почки образуется из нефрогенной бластемы, а из Вольфова протока развивается мочеточник, доханка, чашечки и пр., т. е. выводящий аппарат почки. Процесс формирования почки сложен и не был достаточно изучен до самого последнего времени. В 1923 г. появилась работа Кампрмеиера, который на основании гистологического исследования почек эмбрионов, детей и взрослых установил, что при вращении собирательных трубочек в нефрогенную бластему в последней образуются изолированные пузырьки, выстланные цилиндрическим эпителием. Этим Кампрмеиер показал, что в формировании почки создаются условия для образования множественных кист ее. Очевидно, если эти пузырьки не будут обратно развиваться, то ребенок рождается с множественными кистами почек.

Как же теперь объяснить происхождение однополостных кист почек? Трудно допустить, что из многих пузырьков не претерпевает обратного развития только одни. Очевидно, то, что относится к развитию поликистозной почки, не может быть в полной мере отнесено к развитию солитарной кисты этого органа.

Данные эмбриологии позволяют нам следующим образом трактовать развитие солитарных кист почек. Если из Вольфова хода не произойдет вырастание мочеточника, или в каком-либо участке произойдет отщепление отрезка Вольфова хода, тогда при этом последует растягивание Мальпигиевых телец первичной почки и отщепленного отрезка Вольфова протока. В результате получится киста. В состав этой кисты таким образом войдет некоторое количество Мальпигиевых телец и определенный отрезок Вольфова протока. В зависимости от того, в каком участке Вольфова тела произойдет этот процесс отщепления, в головном или хвостовом, кисты будут получаться или лежащими ближе к постоянной почке, точнее к той части ее, которая развивается из нефрогенной бластемы, или возле придатков яичка или яичника. Разовьется или солитарная киста поч-

ки, связанная с производным нефробластомой, или киста придатков яичника, или киста придатков яичка.

Спрашивается теперь, какой же характер будет иметь такая киста почки? Очевидно, внутренняя поверхность стенки кисты не может быть гладкой, а должна содержать отдельные углубления в виде карманов, т. е. киста произошла не только из Вольфова протока, но и из пузырьков первичной почки, которые и дают эти углубления, эти карманы. Такие карманы в солитарных кистах почки наблюдались многими авторами, мы их видели и в нашем случае.

Если стать на эту точку зрения образования подобных кист, то спрашивается, что же произойдет с мочеточником? Нужно думать, что в некоторых случаях он будет, в некоторых же нет. Если отщиповка Вольфова хода и образование кисты произойдет, когда еще не образовался вырост мочеточника, то мочеточник не разовьется. Если же киста начнет развиваться выше того места Вольфова хода, из которого начинает расти мочеточник, и последний начнет развиваться, то мочеточник может быть нормальным. Следовательно, в этом вопросе нужно различать два момента — топографию места развития кисты и срок формирования мочевыводящего аппарата зародыша.

Возвращаясь по этому поводу к нашему случаю, нужно отметить, что ни на операции, ни при последующей хромоцистоскопии мочеточник обнаружен не был, несмотря на то, что на операции происходило отделение кисты у ворот почки (от почечных сосудов). Не было обнаружено и тяжа, напоминающего мочеточник. Мы полагаем, что в нашем случае левый мочеточник отсутствует, и это стоит в полной связи с вышеприведенным взглядом на образование однополостных солитарных кист почек.

Спрашивается теперь, может ли быть такая аномалия развития, когда выводящая система окончательной почки не развита, а секреторная разовьется, хотя и с признаками отклонения от нормы? Учитывая дуалистическую теорию образования почки, нужно допустить такую аномалию, т. е. секреторный аппарат формируется из нефрогенной бластемы, а выводящий — из несвязанной с этой тканью Вольфова протока. Конечно при такой аномалии и секреторная часть почки не будет развита полноценно, она будет рудиментарна и атрофирована. Это мы и наблюдали в нашем случае.

Выше было отмечено, что в образовании кист придатков яичника и солитарных кист почек, подобных нашему случаю, мы усматриваем много общего. В связи с этим следует отметить еще два обстоятельства, свидетельствующих о такой связи. Первое из них состоит в том, что так же, как и в нашем случае, на внутренней поверхности кист придатков яичника нередко бывают карманы (Сяноженский). Второе обстоятельство уже оперативно-технического порядка, это — трудность вылушения кисты в нашем случае, как это часто бывает при операции удаления межсвязочных кист придатков яичника.

Мы не думаем объяснять с вышеприведенной точки зрения развитие и формирование вообще всех кист почек. В связи с многообразием патолого-анатомической картины при кистах почки ясно вырисовывается и разное происхождение их, напр. совершенно прав Лесене, который на так наз. лимфатические кисты почек (Küster) смотрит как на лимфангиомы. Вероятно, многие так наз. кровяные многокамерные кисты почек являются гемангиомами и т. д. При многообразии патолого-анатомической и гистологической картины мы считаем неправильным искать какую-либо „универсальную“ теорию происхождения, все объясняющую и все объясняющую.

В настоящем сообщении мы не считаем нужным останавливаться на диагностике солитарных кист почек. Отметим только, что, по некоторым авторам, даже пиелография, — столь ценный метод исследования при других почечных заболеваниях, не дает при кистах почки материала для распознавания заболевания (Blatt, Pazzi). Наш случай показал вместе со случаями других авторов как трудно поставить правильный диагноз солитарной

кисты почки. Одной из причин отчасти является редкость подобных случаев, в связи с чем они уходят из поля диагностического мышления врача.

Мы не хотим говорить и о лечении—оно вытекает в каждом отдельном случае из размеров кисты, наличия или отсутствия нагноения, функции данной почки и т. д. Отметим только, что если при поликистозных почках, которые чаще всего бывают двусторонними, весьма важно беречь почечную паренхиму, т. к. бывают случаи смерти при явлениях уремии (Mikapiewski видел смерть при удалении таких почек в 30% сл.)—то нам кажется, что при солитарных кистах, нужно всегда стремиться удалить кисту.

---

Из хирург. пропедевт. клиники Ростовского гос. мед. института при центр. гор. больнице г. Ростов-на-Дону (директор проф. Б. З. Гутников).

## Ostitis fibrosa cystica localisata.

**Э. И. Кечек.**

Патолого-анатомической сущностью *ostitis fibrosa cystica* является: 1) замещение жирового и клеточного костного мозга волокнистой соединительной тканью; 2) разрушение костной ткани путем лакунарного всасывания; 3) метапластическое, а отчасти и остеобластическое образование новой остеонидной и костной ткани; 4) опухолеподобные разрастания фиброзной, а также гигантоклеточной ткани, напоминающей гиганто-клеточные саркомы и 5) образование в разросшейся соединительной ткани кисты.

Некоторые авторы, в том числе и Recklinghausen, считают разрастание соединительной ткани в костном мозгу и эндосте первичным моментом, все же остальные моменты дистрофии костной ткани—вторичными.

Причину разрастания соединительной ткани они усматривают в хроническом воспалении, почему это заболевание и получило такое название. Авторы из школы Пика утверждают, что изменения в костной субстанции в виде обеднения ее известью и остальные проявления дистрофии не могут быть объяснены лишь как следствие фиброзного превращения костного мозга.

Они считают дистрофию костной ткани основным изменением, а разрастание соединительной ткани и побочные явления, в виде опухолей и кист, последовательным процессом. Поэтому указанные авторы из этих соображений решили заменить термин *ostitis fibrosa* другим названием *osteodystrophia fibrosa*, что и совпадает с давнишним предложением Микулича.

Вопрос об этиологии этого заболевания до сих пор не выяснен. Некоторые авторы, как Recklinghausen, рассматривают фиброзный остит как хронический воспалительный процесс, дру-