

во втором случае никаким расстройством не сопровождалось и лечения не требовало. Таким образом, поделить опытом в лечении переломов этого рода мы не можем.

Наш материал вообще небольшой, и делать какие-либо выводы, основываясь на нем, трудно. Однако он демонстративен в том отношении, что: 1) в нем доминируют по преимуществу свежие случаи изолированных переломов ладьевидной кости, своевременно и правильно распознанные и надлежащим образом леченные и 2) эти переломы почти все прослежены до конца.

Это дает нам некоторые основания утверждать, что при своевременной диагностике соответствующее лечение перелома *os naviculare* дает вполне благоприятные результаты. Наоборот, случаи своевременно не распознанные и запущенные, как правило, кончаются псевдоартрозами со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Литература. 1. Дьяченко В. А., Ортопед. и травм., кн. 4 1929.—2. Заркевич Н. Ф., там же, кн. 2. 1934.—3. Жолондзь А. М., Нов. хир. архив, т. 38, кн. 3 1935.—4. Сорокин А. З., Военно-медиц. журнал, том III, вып. 2, 1932.—5. Тоцкий В. М., Харьков. мед. журн., том 15 кн. 3 1913.—6. Мионов Е. Я., Совет. хир., том 3, вып. 4—5.—7. Минина Р. М., Там же, кн. 11, 1936.—8. Cupey H., Mtschr. Unfallch. 4. 1935.—9. Yutzeler H., Dtsch. Z. Chir. 1932.—10. Polano H. K. Der Chirurg. 8. 1935.—11. Thompson J., Amer. J. Surg. W. S. 21. 1933.—12. Schneck F., Zbl Chir. 1933.

Из первой хирургической клиники Одесского мединститута (директор проф. Н. Н. Соколов).

Хронические абсцессы грудной железы.

Л. Е. Корыткин-Новиков и О. А. Бродский.

Хронические абсцессы грудной железы представляют большой практический интерес. Это заболевание встречается далеко не часто. Так, по статистике Ленормана из 175 поражений грудной железы 121 падает на рак грудной железы, 50 случаев — на острый мастит и лишь 4 случая на хронический абсцесс.

Представляя собою очень часто картину, сходную с раком грудной железы, заболевание это ошибочно дает повод к совершенно напрасному радикальному оперативному вмешательству.

Статистические данные показывают, что в наилучшем образе оборудованных клиниках ошибки диагноза рака грудной железы, как правило, бывают в пределах от 6 до 12% (Герцен).

Ошибки прижизненного распознавания злокачественных новообразований вообще составляют: по русским данным — 13,9% (Мерков), по германским — 13,2% (Любарш), по английским — от 20 до 28% (Мейер, Джилфорд), по американским — 20% (Вуд). Теперь, благодаря методам скорой патолого-морфологической диагностики злокачественных опухолей, процент ошибок в диагнозе снижается.

При неясной картине заболевания грудной железы диагноз хронического абсцесса грудной железы не ставится потому, что о нем не думают, а между тем по вышеприведенным соображениям он заслуживает самого серьезного внимания со стороны хирургов-клиницистов.

Этиологическим моментом данного заболевания могут быть: кормление грудью, острый мастит, различного рода травмы и инфекция.

По Реклю, женщина, перенесшая мастит, сохраняет в продолжение многих лет инфекцию в латентном состоянии в тех небольших плотных узелках, которые остаются после заболевания. Под влиянием тех или иных причин эти узелки увеличиваются в объеме, становятся чувствительными и превращаются в небольшие абсцессы. Такая картина может также наблюдаться и у женщин, никогда не беременевших или не кормивших грудью.

Действие травмы представляется или в виде отдельных значительных ушибов, вызывающих гематомы, или же в виде множественных мелких травм, которым особенно подвержены большие, дряблые, значительно обвисшие груди полных женщин.

На таких грудных железах встречаются экскориации, экзема подгрудной складки, могущие вызвать лимфангоит, в свою очередь ведущий к образованию хронического абсцесса. В прежнее время множественные мелкие травмы причинялись нередко давлением металлических пластинок от корсета.

По Лесену, общая инфекция, как грипп, ангина и др. может играть этиологическую роль в развитии хронического абсцесса.

Исследования Рона, Пассэ, Кэстлина, Нойфельда и др. показывают, что в гное абсцессов грудных желез могут быть находимы стафилококки, стрептококки, *ruosyaneus* и голюкокк.

Б. Эрихсен различает даже две формы хронического абсцесса грудной железы: хронич. разлитой абсцесс и хрон. инкапсулированный. Первая форма, по его мнению, встречается во всех возрастах как у замужних, так и у незамужних женщин, развивается в клетчатке позади грудной железы и исходит в большинстве своем из ребер¹⁾. Вторая форма развивается в самой железе из безболезненных, медленно увеличивающихся затвердений, которые в течение целых месяцев постепенно размягчаются в центре. Самуэль Гросс наблюдал последнюю форму абсцессов у молодых незамужних женщин, а также и у рожавших, особенно в той груди, которая во время кормления почему-либо мало функционировала.

Клиническая картина таких абсцессов представляется в виде небольшой, иногда крупной опухоли, плотной или упругой, иногда флюктуирующей, не спаянной с кожей и подлежащими тканями, часто совершенно безболезненной, покрытой нормального цвета кожей. Подмышечные железы могут быть увеличены; плотные, безболезненные, они иногда чрезвычайно напоминают раковые железы. Дельбэ указывает, что характерным в данном

¹⁾ По существу эта форма не относится к маститам. Прим. редакции.

случае является несоответствие поражения подмышечных лимфатических желез давности процесса в грудной железе, а именно: при сравнительно недолгом существовании хронического воспалительного процесса в железе наблюдается сильное увеличение многочисленных лимфатических желез, не соответствующее развитию предполагаемого рака.

Наиболее трудным и ответственным является все же дифференциальный диагноз между хроническим абсцессом, раком и туберкулезом грудной железы. Встречаются абсцессы, заключенные в очень плотную капсулу, содержащую весьма небольшое количество гноя. Такие абсцессы представляются в виде небольшой, плотной, совершенно безболезненной опухоли, без каких-либо признаков упругости или флюктуации, без резко выраженных границ.

В связи с тем, что такие абсцессы встречаются чаще у пожилых женщин в периоде менопаузы и сопровождаются иногда увеличением подмышечных желез, имеющих при этом характер раковых, становятся понятными те ошибки, которые указаны выше и которые далеко нередко ведут к слишком радикальному оперативному вмешательству.

Некоторые авторы указывают подмеченные ими отличительные признаки. Так, например, Фока считает характерным для абсцесса плоскостное сращение с кожей, тогда как при раке опухоль сплавляется в отдельных точках фиброзными отростками, идущими из глубины от опухоли к коже, причем кожа принимает вид апельсинной корки.

Необходимо также дифференцировать абсцесс железы от туберкулезного заболевания, представляющего иногда при распознавании значительные трудности, особенно в начальном периоде развития. Со времен Дюбара, впервые описавшего туберкулезное поражение грудной железы, наиболее характерным считается: 1) ранние явления аденита подмышечных желез, откуда процесс и начинается, переходя потом на грудную железу; 2) многочисленность очагов поражения; 3) малая болезненность и торпидный вид всего процесса; 4) довольно раннее вовлечение в процесс кожи с последующим образованием характерных свищей; 5) наличие туберкулезного процесса в других органах (легких, бронхиальных железах), при типичном *habitus'e*. В дальнейшем отдельные узлы соединяются между собою и имеют тенденцию к размягчению, вследствие развития процесса творожистого перерождения: полость такого очага содержит обычно казеозные массы. Весьма нередко вокруг центрального фокуса размягчения имеются более свежие, еще плотные бугры. Окончательная диагностика ставится на основании микроскопического исследования содержимого и гистологической картины срезов.

Однако Ленорман считает все эти признаки недостаточными для установления точного диагноза, так как и своевременно произведенный пробный прокол иногда не дает положительного результата ввиду присутствия незначительного количества и иногда густого гноя, как это было у двух из наших больных.

В таких случаях можно рекомендовать широкий разрез подозрительного узла, как первый этап могущей понадобиться радикальной операции, о чем заранее должна быть предупреждена больная. В случае, если разрез показывает наличие злокачественного новообразования, макроскопический вид которого бывает характерен, тут же приходится рану закрывать щипцами Мюзо, менять перчатки и инструменты и производить *exeresis mammae a distance*. Произведенный таким образом разрез не ведет к диссеминации опухоли. Такой разрез уничтожает сомнения, если даже не определяет рода опухоли.

Проф. Соколов рекомендует полное иссечение такого абсцесса вместе с капсулой, т. к. разрезы без вылущения капсулы иногда дают долго не заживающие свищи. Экстирпация опухоли—гнояника была проведена в двух из наших случаев (у б-ных III-дт и В-вой), где мы получили гладкое послеоперационное течение и заживление ран *per primam intentionem*.

Интересные примеры ошибочной диагностики можно привести из литературы.

Случай, сообщаемый Ленорманом: 1) Б-ная, 21 года, опухоль груди. Опухоль небольшая, уплотненная, упругая, совершенно безболезненная, покрытая нормальной кожей. В подмышечной области с обеих сторон прощупываются небольшие лимфатические железы.

Диагноз: киста грудной железы. При операции—вылущение опухоли—был вскрыт карман, из которого выделился гной.

2) Женщина, 45 лет, поступила по поводу опухоли грудной железы. Опухоль плотная с неясными границами, бугристая, безболезненная, не спаянная с грудной мышцей, покрывающая кожа свободна. Прощупываются плотные пакеты подмышечных желез.

Диагноз: *Sanset mammae*. Сделана радикальная операция: ампутация грудной железы с удалением обеих грудных мышц. По вскрытии удаленной опухоли обнаружены абсцессы, наполненные зеленоватым гноем.

Супружинский из Нежинской окружной б-цы сообщает о б-ной 24 лет, поступившей для операции по поводу опухоли правой грудной железы. Опухоль с течением времени заметно увеличивалась. Опухоль плотная, безболезненная, без резких границ, не спаянная с кожей. Сосок не втянут, выделений из него не замечалось. В подмышечной впадине несколько плотных лимфатических железок. Во время операции капсула прорвалась и оттуда вытек серовато-желтый гной.

Ангстрем сообщает о больной 39 лет, у которой во время последней беременности в правой грудной железе образовался плотный узел, быстро увеличивающийся. Кожа сращена с опухолью, железа фиксирована к *m. pectoralis m. jor.* Подмышечные лимфатические железы увеличены, сосок втянут. Произведена ампутация *mammae* с вылущением подмышечных лимфатических желез. На разрезе препарата незначительное количество гноя. Микроскопическим исследованием обнаружено обильное развитие соединительной ткани с воспалительной инфильтрацией.

Среди всех заболеваний грудной железы, наблюдавшихся нами за последние пять лет, интересны четыре случая:

1) Б-ная П-ская (ист. б-ни № 6355), 32 лет, поступила для операции по поводу опухоли левой грудной железы. Консультацией с проф. Н. Н. Соколовым и проф. Н. Н. Исаченко поставлен был диагноз *sanset mam. sin.* и больной предложена была операция удаления грудной железы. В анамнезе нет указаний на какое-либо заболевание грудных желез в прошлом. Из перенесенных заболеваний отмечает: корь, брюшной тиф, трехкратное заболевание воспалением легких и экссудативное воспаление плевры. Условия работы и жилищно-бытовые хорошие.

Б-ная правильного телосложения, удовлетворительного питания. В легких имеются сухие рассеянные хрипы, особенно в задних частях, и явления сухого плеврита. В сердце изменений не обнаружено. Со стороны органов брюшной полости отклонений не найдено. Исследование крови: особенных отклонений не обнаружено. R. W. отрицательная. В левой грудной железе, в верхне-внутреннем квадранте, ближе к соску, прощупывается опухоль, величиною с куриное яйцо, плотной консистенции, мало подвижная, бугристая, безболезненная, с кожей не спаянная. Сосок незначительно втянут. Аксиллярные слева лимфатические железы увеличены, плотны.

Б-ная подвергнута предварительной глубокой Rб-терапии по Винцу (получила 4 сеанса), и на 8-й день произведена операция. На разрезе препарата обнаружено несколько узлов, заключающих в себе небольшие полости, наполненные гноем.

Гистологическое исследование: препарат представляет собою участок ткани грудной железы с редко встречающимися изменившими свою форму железистыми элементами. Значительное развитие плотной, зрелой соединительной ткани, окаймляющей в виде капсулы отдельные очаги. На препарате преобладает воспалительный процесс, который в отдельных местах представляет собою мощные скопления гнойных телец, лимфоцитов, лейкоцитов. Клеток бластоматозного роста нигде не обнаружено (Серебрянников).

2) Б-ная Б-сс (ист. б-ни № 986), 48 лет, поступила для оперативного лечения по поводу опухоли левой грудной железы, которую она заметила 4 м-ца назад. Опухоль довольно быстро увеличилась. В прошлом, 10 лет тому назад, отмечает заболевание гнойным маститом этой же груди, по поводу которого тогда оперировалась. После этого считала себя все время здоровой, имеет 4 детей. Б-ная правильного телосложения, вполне удовлетворительного питания. Со стороны сердца, легких и других органов изменений не обнаружено. Анализ крови: изменений со стороны белой и красной крови нет. R. W. отрицательная. В левой грудной железе, в нижне-наружном квадранте, обнаруживается опухоль с куриное яйцо. Опухоль неправильной круглой формы, безболезненная, довольно плотная, с кожей не спаянная. Подмышечные лимфатические железы слева увеличены, ясно прощупываются. Диагноз: *carc. mammae*. До операции б-ная получила 5 сеансов глубокой Rб-терапии.

На 8-й день операции; до радикальной операции сделана пункция опухоли, которая результата не дала. Произведена только *amputatio mammae sin.* без удаления лимфатических желез (по Винцу).

На разрезе препарата в центре опухоли оказалась полость, наполненная густым гноем. Исследование гноя, бактериоскопическое и путем посева, показало, что гной стерильный.

Гистологическое исследование опухоли: на препарате имеется богато развитая волокнистая соединительная ткань с ясно видимым воспалением, и только в отдельных участках сохранена нормальная структура грудной железы. Признаков злокачественного роста в препарате не обнаружено. (Серебрянников).

3) Б-ная III-дг Е. М., 53 л. (ист. б-ни № 7612), учительница. Поступила по поводу опухоли правой грудной железы, которую заметила три месяца тому назад. Опухоль за это время незначительно увеличилась. Раньше никакими инфекционными заболеваниями не болела. Рожала три раза, имеет двух взрослых детей. При кормлении последнего ребенка 5 лет тому назад были трещины и небольшое воспаление в области соска правой грудной железы, которое довольно скоро прошло без операции, причем кормление она не прекращала. Все время считала себя совершенно здоровой.

Б-ная правильного телосложения, удовлетворительного питания. В сердце и легких, а также в органах брюшной полости изменений не обнаружено. Анализ крови: патологических явлений не обнаружено. R. W. — отрицательная.

В правой грудной железе, в нижне-внутреннем квадранте ее, имеется опухоль, величиною с куриное яйцо, при пальпации безболезненная, бугристая, мало подвижная, сосок чуть втянут. Подмышечные лимфатические железы увеличены и ясно прощупываются, величиною с фасоль. Над- и подключичные лимфатические железы не прощупываются.

Диагноз: *carc. mammae, dex.* Б-ная получила предварительно 4 сеанса глубокой Rб-терапии (по Винцу).

На 8-й день — операция. Сначала произведена пункция *tumor'a*, при посредстве

которой в шприц добыт густой с желтоватым оттенком гной. Дальше по наружной поверхности mammae произведен послойный Waggen'овский разрез, доходящий до опухоли. Опухоль выделена и удалена целиком. В полость, где была опухоль, введен тонкий дренаж на сутки. Швы, асептическая повязка.

На разрезе препарата обнаружен один узел, содержащий в себе полость, наполненную густым гноем.

Гистологическое исследование: на срезе, сделанном из стенки опухоли, ткани нормальной грудной железы не видно. Обнаружено довольно большое количество соединительной ткани, пронизанной гнойными тельцами и лимфоцитами. Ясно заметна картина воспалительного процесса. Бластоматозного процесса нет. (Засвлошин). Бактериологическое исследование гноя: гной стерильный.

4) Б-ная В-ва, 26 лет (ист. 6-ни № 158), поступила по поводу замеченной ею 6 месяцев тому назад опухоли величиною с орех в правой грудной железе. За это время опухоль значительно увеличилась. В прошлом никаких инфекционных заболеваний не отмечает. Лет семь тому назад, в правую грудную железу имела ушиб, сопровождавшийся кровоподтеком; замужем 3 года, не рожала, имела два искусственных аборта.

Б-ная хорошего питания, правильного телосложения. Со стороны сердца, легких и др. органов отклонений от нормы не обнаружено. Анализ крови: лейкоцитарная формула без особенных изменений. К. W. отрицательная.

В правой грудной железе, в верхне-наружном квадранте, имеется опухоль с голубиное яйцо, плотноватая на ощупь, безболезненная, чуть бугристая, почти правильной круглой формы, с кожей не спаянная.

Произведенной на операционном столе пункцией опухоли добыт сливкообразный гной. Через радиарный разрез произведено вылучение опухоли. Дренаж на сутки. Рана зашита. Асептическая повязка. Макроскопическим обследованием опухоли установлено, что мы имеем дело с осумкованным абсцессом. Гистологическое исследование: на срезах, взятых из разных участков стенки опухоли, видно большое развитие зрелой соединительной ткани, и только местами изредка имеются скопления гнойных телец и лейкоцитов. Видна картина воспалительного процесса. Бластоматозного роста нет. Нет также признаков туберкулезного процесса. (Засвлошин). Бактериологическое исследование показало, что гной стерильный.

Как видно из кратко приведенных историй болезни, ошибочно диагноз был поставлен в первых двух случаях и правильно — в третьем и четвертом. Хотя во втором случае, имея опыт одного случая, мы уже думали о хроническом абсцессе, но произведенная пункция, ввиду наличия густого гноя, нам в постановке диагноза не помогла. Все это лишний раз показывает трудности, которые встречаются на пути постановки диагноза этого довольно редкого заболевания, и говорит о необходимости помнить о хроническом абсцессе при определении характера опухоли грудной железы.