

К вопросу о членовредительстве путем впрыскивания парафина.

Ординатора Б. С. Граната.

В настоящее время членовредительство с целью уклонения от военной службы встречается сравнительно редко, хотя, к сожалению, далеко еще не изжито совсем. Именно относительная редкость случаев членовредительства и может иногда для врача повести к затруднениям в диагностике членовредительств. Особенно следует это сказать относительно искусственных опухолей, вызываемых впрыскиванием в ткани парафина. В местах впрыскивания происходит разрастание соединительной ткани, окружающей и проростающей капли парафина, в результате чего образуются плотные опухоли, так называемые „парафиномы“, чрезвычайно симулирующие, на первый взгляд, настоящие новообразования. Такой именно вид членовредительства наблюдался в Казанском Военном Госпитале за последние 1½ года в числе 4 случаев.

Случаи I и II¹⁾. В апреле 1927 г. в Госпиталь поступили два красноармейца одного и того же полка, Г. и М., оба чуваша, оба родом из Ядринского уезда, с жалобами на опухоли в области левого голеностопного сустава. Анамнез у обоих совершенно одинаковый: 8 месяцев один и 6 месяцев тому назад другой больной якобы ушибли себе ногу, после чего появились припухлость, болезненность и ограничение функции левого голеностопного сустава, а в дальнейшем на месте ушиба образовались опухоли. Оба больных были уволены врачебной комиссией в 3-месячный отпуск, который был им продлен еще на 3 месяца комиссией по месту жительства, а по истечении отпуска они были направлены на испытание в Казанский Военный Госпиталь, так как опухоли не исчезали. Объективные изменения у обоих также были совершенно одинаковы: в области левого голеностопного сустава, у наружной и внутренней лодыжки, на тыле стопы меж лодыжками и в нижней трети голени прощупывались плотные, безболезненные, ясно ограниченные, гладкие узлы, заложенные в толще кожи и подкожной клетчатки, с подлежащими тканями не спаянные и подвижные вместе с кожей, овальной формы, величиною от лесного ореха до сливы. Число узлов у каждого больного—4; расположение их у обоих было почти одинаковое; кожа над узлами была не изменена; рентгеноскопия изменений со стороны костяка не обнаружила.

Одинаковое страдание у двух больных из одной части, одной национальности и земляков, подозрительный анамнез и данные объективного исследования заставили нас сразу же заподозрить искусственную природу опухолей,—диагностировать т. наз. парафиному. Больным было указано, что их страдание искусственного происхождения, и в конце концов оба в этом сознались. Один из них объяснил, что купил себе „инструмент, которым делают впрыскивания“, и сам впрыснул себе в область сустава в 4 местах деревянное масло, другой же показал, что впрыскивания ему были сделаны санитаром полка.

¹⁾ Эти два случая были демонстрированы в Хирургической секции Общества Врачей при Казанском Университете 11 мая 1927 г. и в Конференции врачей Казанского Военного Госпиталя—13 мая того же года.

У обоих больных была произведена пробная эксцизия узлов для производства патолого-анатомического исследования. Уже макроскопически было заметно, что ткань опухолей была пронизана пузырьками величиною от булавочной головки до просеяного зерна, просвечивавших наподобие саговых зерен; один из них, будучи раздавлен, оставил на бумаге масляное пятно. Наощупь, при проведении пальцем по иссеченным кускам опухоли, получалось впечатление, что в ткань как-бы заложены песчинки. Микроскопическое исследование было произведено в Кабинете патологической анатомии Казанского Университета при любезной помощи асс. А. В. Голяева, которому мы приносим глубокую благодарность. Приготовленные 2 серии срезов были окрашены: одна серия гематоксилин-суданом III, другая по Van-Gieson'у. При окраске срезов гематоксилин-суданом III оказалось, что, помимо нормального жира подкожной клетчатки, в срезах имеется еще большое количество окрашенных суданом в желтый цвет жировых капель. Кроме того, здесь найдено значительное число полостей правильно-круглой формы, различной величины, окруженных соединительнотканной толстой капсулой, частично содержащих в себе капли жира. Капсула оказалась состоящею из двух слоев, внутреннего и наружного, из концентрических слоев волокнистой соединительной ткани. При окраске по Van-Gieson'у можно было видеть в глубоких слоях крупные полости, окруженные плотной соединительной тканью, или же клеточные гнезда, в коих встречались различной величины мелкие пустоты круглой формы. Иногда было замечено, что капли жира окружены или захвачены протоплазматической массой с большим количеством ядер—гигантской клеткой инородного тела (Fremdkörperriesenzelle). Кроме этого в срезах можно было видеть большие гвалинизированные красные шары с малым количеством ядер,—это участки на месте бывшей капли инородного жира.

Случай III. Весьма сходная картина наблюдалась и в третьем случае. Красноармеец Я., татарин, родом из Буинского кантона, поступил в Госпиталь 18 января 1926 г. с жалобами на болезненность и опухоль в области правого голеностопного сустава, как следствие бывшего в 1923 г. ушиба: больной будто-бы уронил тяжелый предмет на правую ногу. Объективно „в области внутренней лодыжки найдена бугристая опухоль плотной консистенции, спаянная с кожей. Наибольший узел, диаметром в 5—6 см., был расположен в области лодыжки, был равномерно-выпуклой формы. Кзади от него имелось еще несколько меньшей величины такого же характера узлов. В нижней трети голени по передней ее поверхности находился линейный рубец после операции удаления одного из узлов, расположенного в этом месте“. Иссечение узла и микроскопическое исследование было произведено в Ортопедической клинике Института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина. „Микроскопическое исследование кусочка опухоли подтвердило искусственный характер опухоли типа параффином с хроническим воспалением и богатым развитием соединительной ткани как в самом узле, так и в окружающей проникавших опухоль сосудов; местами опухоль была гвалиново перерождена; в ней встречалась масса ядерных соединительнотканых клеток, местами в стадии разволокнения; опухоль была интимно спаяна с кожей“ (из акта Ортопедической клиники).

Следующий случай интересен по локализации, излюбленной для параффином,—в мошонке:

Случай IV. 11 мая 1927 г. в Госпиталь поступил на испытание красноармеец Г., татарин, родившийся в 1904 г., ни одного дня в войсках не служивший, а все время с момента призыва проводивший в лечебных заведениях и в отпусках. Означенный больной предъявил жалобы на боли в мошонке и яичках, затрудненность ходьбы из-за увеличения мошонки и затрудненное мочеиспускание. По его словам, болен он 3 года,—сперва у него появилась резкая боль в яичках, а через 2 недели внезапно развились опухоли в мошонке и образования на коже мошонки, причем все эти явления держатся все 3 года без изменения. При объективном исследовании обнаружено: внутренние органы нормальны; паховые лимфатические железы увеличены, при ощупывании несколько болезненны; оба яичка нормальной величины и консистенции, оттеснены опухолями в заднюю часть мошонки; в правой половине мошонки определяются 2 опухоли, заложенные в подкожную клетчатку и могущие быть в ней свободно охвачены пальцами,—одна величиною с куриное яйцо, отчасти спаянная с кожей мошонки, другая—с голубиное яйцо величиною, с кожей не спаянная, связанная с первой опухолью. В левой половине мошонки, в подкожной клетчатке, найдена опухоль величиною с крупную сливу, удлинненной формы. Все три опухоли были плотной консистенции, бугристы, неправильной кон-

фигурации, малоблезненны при пальпации. На коже мошонки встречались, далее, участки овальной и круглой формы, величиною с серебряный пятиалтынник, где кожа представлялась утолщенной и рубцово измененной. Всех таких участков было 7, некоторые из них, по видимому, были связаны с опухолями; два из этих участков были резко гиперэмированы, в одном из них, расположенном по средней линии мошонки, на 3 см. ниже корня полового члена, в середине имелось отверстие, из коего выделялось серозно-гнойное отделяемое. Во время нахождения больного в Госпитале это отделяемое и гиперэмия на указанных участках кожи исчезли. Патолого-анатомическое исследование иссеченного узла опухоли дало совершенно сходную с первыми двумя случаями картину. Макроскопически ткань опухоли была пронизана полупрозрачными пузырьками величиной от булавочной головки до просынного зерна; при раздавливании этих пузырьков на бумаге оставались жирные пятна. Микроскопически (окраска гематоксилин-суданом III) были найдены различной величины полости, окруженные капсулой описанного выше характера, и обильное количество жировых капель, окрашенных в желтый цвет.

Полученные нами в этих случаях микроскопические картины следует считать характерными для параффином. Имеющиеся в литературе описания гистологической картины последних в точности соответствуют тому, что было обнаружено нами. Особенно характерным было здесь обилие волокнистой соединительной ткани, между волокнами которой находились в большом числе различной величины кругловатые полости, окруженные концентрической соединительнотканной капсулой, состоящей, по Гаршину, из двух слоев—внутреннего клеточного и наружного волокнистого. Полости были частью выполнены жиром, частью пустые вследствие вытекания жира при приготовлении препарата. В некоторых полостях весь параффин был замещен соединительной тканью. По Гаршину в параффиномах встречаются также места скопления эпителиоидных и гигантских клеток, в центре коих лежат капли жира, а вокруг них—концентрическими слоями соединительная ткань. Иногда небольшие капли жира бывают в опухолях данного сорта окружены протоплазмой одной лишь гигантской клетки.

Помимо Гаршина такую же в общем картину описали Сарап, Колчин и Покровский. При этом в описании объективных клинических данных, получаемых при исследовании лиц с опухолями искусственного происхождения, все авторы сходятся. Обычной является здесь нижеследующая картина: опухоли обыкновенно находятся в подкожной клетчатке, чаще всего спаяны с кожей, подвижны вместе с нею, хотя в некоторых случаях, вследствие образования рубцов, могут спайваться с подлежащими тканями. Кожа над ними в большинстве случаев нормальна. Консистенция их—обычно плотная, иногда хрящевая, но иногда в опухолях встречаются очаги нагноения, характеризующиеся флюктуацией и изменением покровов. Форма опухолевых узлов—большей частью округленная, иногда неправильная, поверхность чаще гладкая, чем бугристая, величина разнообразная. Регионарные лимфатические железы обычно бывают не увеличены. От теплых процедур иногда опухоли меняют форму, иногда это достигается путем сдавливания пальцами.

Локализация разбираемых опухолей также до известной степени характерна: во-первых, просматривая литературу вопроса, можно заметить, что опухоли эти значительно чаще располагаются на левой половине тела; во-вторых, у носителей их наблюдается стремление симулировать то или иное освобождающее от военной службы страдание—*lymphadenitis the colli, elephantiasis scroti, the testis* и т. п. Наиболее частая локализация параффином—в мошонке (Колчин—7 случаев, Сарап,

Догадкин, Персон, Каманин, Кураев, Вертоградов, Янушкевич—по 1 случаю, Küstner—2 случая), затем в подчелюстной области и на шее (3 случая Goldenberg'a, 3 случая Колчина, 1 случай Гаршина), Далее описаны случаи параффином на конечностях, чаще в области суставов.

Между прочим следует иметь в виду, что впрыскивания некоторых масел, напр. *ol. camphorae*, произведенные с терапевтической целью, могут вызвать аналогичную параффином картину, почему и следует обращать внимание на локализацию опухолей (необычное для терапевтических инъекций место, бедность подкожной клетчаткой места инъекций).

Еще несколько слов о судьбе параффином. Еще в 1904 году Покровский, из клиники проф. Дьяконова, на основании своих гистологических исследований пришел к выводу, что парафин рассасывается, замещаясь соединительной тканью, впоследствии рубнующейся. Того же мнения придерживается и Колчин. В 1927 г. Кутепов, из клиники проф. Цитовича, пришел к тому же выводу, что и Покровский в 1904 г.,—он полагает, что парафин вызывает клеточную инфильтрацию, а сам в то же время дробится на мельчайшие части путем инкорпорирования его клетками, которые его и рассасывают, после чего на месте парафина развивается соединительная ткань, впоследствии рубнующаяся. Инкапсулируются лишь относительно большие глыбки парафина, но и они в дальнейшем рассасываются. Консистенция парафина, т. е. степень его твердости, не играет большой роли в этом процессе,—от нее лишь зависит длительность рассасывания. Отсюда становится понятным уменьшение параффиновых опухолей, с течением времени, в объеме, каковое уменьшение мог констатировать Колчин, обследовавший некоторых из своих больных вновь через 1½ года. Это же обстоятельство может явиться и нежелательным фактором при параффинопластике, на что также указывают некоторые авторы.

Диагностика параффином в сущности нетрудна, если принять во внимание приведенные выше объективные данные и отношение исследуемого к военной службе. Однако широкие массы врачей мало знакомы с этим видом членовредительства. Поэтому-то мы и считаем нелишним поделиться с товарищами своим,—правда, небольшим,—опытом.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Кураев. В.-М. Журн., 1909, кн. 7.—2) Каманин. Там же, 1912, кн. 5.—3) Виолин. Там же, 1909, кн. 1.—4) Виолин. Там же, 1908, кн. 8.—5) Персон. Там же, 1910, кн. 12.—6) Догадкин. Там же, 1906, кн. 2.—7) Сарап. Там же, 1913, кн. 4.—8) Красницкий. Рус. Врач., 1913, № 4.—9) Колчин. В.-Мед., Журн. 1912, кн. 4.—10) Гаршин. Х. М. Ж., 1917, т. XXIII, № 1.—11) Кутепов. Ж. Ух. Г. Н., 1927, № 1.