

а Ascoli даже 511 инъекций 3% раствора,—оба случая закончились выздоровлением.

Выводы: 1. В целях избежания столбняка вследствие применения кэтгута следует оставить употребление кэтгута, приготовленного по тем способам, которые не дают полного освобождения от жизнеспособных спор столбняка.

2. Назначающаяся для подкожного введения желатина местного (не фабричного) производства может быть допущена к употреблению лишь после многократной стерилизации и предварительного испытания на лабораторных животных.

Из Хирургической клиники Казанского гос. инст. для усовер. врачей имени В. И. Ленина. (Заведующий проф. В. Л. Боголюбов).

К вопросу о гинекомастии¹⁾.

Врача Н. В. Швалева.

Грудные железы мужчин редко подвергаются патологическим изменениям, а потому их заболевания представляют некоторый научный интерес вообще и для хирургов в частности. По статистике William's'a на долю мужчин приходится всего только 1% всех новообразований грудных желез. Из различных изменений этих рудиментарных, нефункционирующих у мужчин органов особого внимания заслуживает гинекомастия, благодаря своей изменчивой клинической форме и невыясненным этиологическим моментам. По мнению большинства иностранных авторов (Langer, Israel, Stieda и др.) на гинекомастию надо смотреть, как на гиперплазию всех тканей, входящих в состав грудной железы, причем только в характере развития железистой ткани мнения исследователей расходятся; многие из них отрицают нахождение секретовыделяющих клеток железы, указывая на развитие только секретопроводящих путей.

В нашей Хирургической клинике наблюдались два случая гинекомастии.

1 случай. 27/XI 1926 г. в клинику поступил больной А. П., 17 лет, с просьбой удалить увеличенную правую грудную железу; она стала увеличиваться за год до поступления в клинику; увеличивалась безболезненно. Никаких других жалоб у больного не имеется, чувствует себя здоровым; больной холост; поллюции начались года два тому назад, бывают раза два в месяц. Половые сношения и онанизм отрицает. Бессодержательный семейный анамнез прямого интереса к данной болезни не имеет. При объективном исследовании отмечается отсутствие патологических явлений со стороны грудных и брюшных органов. Genitalia развиты нормально. При осмотре правая грудная железа имеет круглую форму и достигает величины почти кулака взрослого человека, сосок железы несколько выступает, небольшой околососковый круг слегка пигментирован. В глубине железы можно прощупать несколько эластических отдельных долек. Отделения из соска не имеется. 5-го декабря 1926 г. произведена экстирпация правой грудной железы под местной инфильтрационной анестезией через боковой полудунный косметический разрез. Через семь дней сняты швы. Prima intentio. Удаленная грудная железа аналогична небольшой женской грудной железе; на разрезе имеет желтовато-белый и беловатоматовый цвет. Вес—125 гр.

¹⁾ Доложено 13/XI 1927 г. в Хирургической секции Казанского общества врачей.

11 случай. Больной С. Д., 23 лет, поступил 2/III 1927 г. по поводу увеличения левой грудной железы. Увеличение заметил месяца за четыре до поступления в клинику. Железа увеличивалась безболезненно. Больной отмечает общее недомогание, разбитость, боли в области живота, страдает расстройством пищеварения в течение последних лет. В семейном анамнезе указаний на *lues* и алкоголизм не имеется. О половых отношениях и онанизме дает уклончивые ответы. Больной среднего роста, худощав и малокровен. Со стороны грудных и брюшных органов объективно отклонений от нормы не имеется, только при осмотре половых органов отмечается некоторая атрофичность яичек. Левая грудная железа достигает величины кулака взрослого человека; она слегка свисает; сосок ее выстоят; выделения из соска не имеется. При исследовании нервной системы отмечается повышенный коленный рефлекс. 11-го марта 1927 г. произведена экстирпация железы под местной инфильтрационной анестезией через боковой разрез. Через семь дней сняты швы, *prima intentio*. Удаленная железа аналогична железе первого случая. Вес—175,0. При микроскопическом исследовании ее обнаружено, что строма состоит из плотной соединительной ткани, бедной ядрами, и некоторого количества жировой. Местами соединительная ткань имеет наклонность к гиалиновому перерождению. Всюду в строме заложены в довольно обильном количестве железистые ходы, выстланные разнообразным эпителием; местами он носит характер цилиндрического многорядного, уплощенного эпителия, местами плоского. Форма просветов различна. Секрезирующих клеток при просмотре серии в сто препаратов констатировать не удалось, а потому приходится присоединиться к мнению большинства авторов и употреблять название «гинекомастия» постольку, поскольку оно относится к внешней форме увеличенной мужской груди, но не выражает гистологического тождества с функционирующей женской грудью.

Из литературы известно, что эта морфологическая аномалия встречается у лиц разного возраста, начиная с периода полового созревания. Грудные железы развиты у гинекомастов, как у сформировавшейся девушки в 16—17 лет. Значительно реже наблюдаются железы чрезмерно развитые и отвисающие, как у многорожавшей женщины. Форма желез чаще круглая, реже овальная. Встречается как двусторонняя гинекомастия, так и односторонняя. Не одна только форма груди приближает гинекомастов к женскому типу: они обладают нередко высоким голосом, широким тазом и некоторыми другими особенностями женского телосложения. Некоторые авторы отмечают отклонения в нервной системе и психике этих мужчин, отмечая резко выраженный дермографизм, нередко одностороннее понижение болевой чувствительности, психическую подавленность, отсутствие глоточного рефлекса. В наших случаях отклонений от мужского типа телосложения не отмечается, но у второго больного имеются явления психической депрессии и расстройство пищеварения, не поддающееся обычной терапии.

При дифференциальной диагностике необходимо отграничить истинную гинекомастию от ложной у жирных субъектов, с богато выраженной вообще жировой клетчаткой, от различных опухолей грудных желез (фиброма, аденома, кисты и т. д.)—эти новообразования отличаются ясно выраженными контурами. Необходимо иметь в виду временное увеличение молочных желез у юношей в период *pubertatis*, известное под названием *mastitis pubescentium virilis seu mastitis adolescentium*; следует также исключить при распознавании гинекомастии травматические маститы и нагнетный абсцесс в области железы на почве костоеды ребра.

Что касается этиологии, то существующие гипотезы объясняют подобное увеличение грудных желез у мужчин различно. Атавистическая гипотеза Дарвина напоминает, что когда-то самец помогал самке кормить детенышей и имел развитые молочные железы. Теория Laurent'a объясняет гинекомастию как признак вырождения организма. Теорией

Langer'a гинекомастия рассматривается как последующий результат mastitis adolescentium юношей. Механическая теория придает большое значение травме как этиологическому моменту в гиперплазии железы. Наконец, за последнее время эндокринологи указывают на гинекомастию, как на один из симптомов нарушенной внутренней секреции. По мнению некоторых из них, в созревающем яичке появляется цитогенный гормон молочной железы, вызывающий иногда временное увеличение молочных желез. У большинства юношей увеличение это обычно регрессирует под влиянием последующей функции яичек; только при различных синдромах недостаточности яичек может развиться гинекомастия. В двух случаях Martin'a увеличение грудных желез у двоих солдат началось после отрыва яичек; Gorham отмечает, что атрофия яичек после перелома позвоночника с исчезновением эрекции и полового влечения сопровождалась увеличением грудных желез.

Hoffmann, не делая выводов, указывает в своем случае, что поллюции вызвали увеличение левой грудной железы у 16-летнего юноши.

Другие авторы не придают половой системе организма единственного значения в развитии гинекомастии. Ими выдвигается взгляд, что гипертрофия и секреция грудных желез у женщин развиваются не от непосредственных влияний на них гормонов из половой сферы, а через посредство придатка мозга; за эту передачу влияния говорят случаи гипертрофии и секреции грудных желез у мужчин при некоторых поражениях придатка мозга, а отчасти и то обстоятельство, что у женщин при беременности и в послеродовом периоде наблюдается ясная гипертрофия передней части придатка мозга. Надо подчеркнуть, что эндокринологи в настоящее время придают местным тканям немалое значение в этиологии того или иного новообразования, принимая во внимание конституциональные самостоятельные свойства данных тканей. Эти свойства зависят от изменений в хромосомах. Вацег приводит пример из деятельности одного хирурга: девушке, пострадавшей от ожога тыла руки, была произведена пересадка кожи с нижней области живота. После замужества пересаженная кожа подверглась ожирению в такой же мере, как и нижняя часть живота и в гораздо большей степени, чем симметричное место другой руки. Это явление доказывает, что каждый участок кожи по-своему фиксирует влияние того или другого гормона. Следовательно, разовьется ли тучность у человека или нет, это зависит от эндокринной системы, но где разовьется жир—зависит от местной самостоятельной хромозомной липофилии. По мнению французских авторов даже каждый из парных органов по своему фиксирует действие одних и тех же гормонов. Таким образом, односторонняя гинекомастия объясняется своеобразной ролью хромозом. При классификации различных форм гинекомастии многие авторы придерживаются мнения Грубера, положившего в основу различия форм состояния половых органов, а потому им различается первичная гинекомастия при нормальных половых органах и вторичная, сопровождающая измененную мочеполовую систему при эписпадии, гипоспадии, гермофродитизме и т. д..

Увеличенные грудные железы подвергаются у мужчин при тяжелой физической работе механическим раздражениям, ведущим к изъязвлению кожи. Возможность перерождения подобной, постоянно травмирующей

щейся железы в злокачественное новообразование и психическая подавленность больного вследствие косметического недостатка служат показанием к единственной лечебной мере—к экстирпации железы.

Проф. Боголюбов в своей работе разделяет гинекомастов по возрасту на юношей и мужчин.

В нашем сообщении имеется первичная гинекомастия по Грuberу у юноши в первом случае и у мужчины во втором. С современной точки зрения эндокринологов у 6-го П. *gynaecomastia adolescentium* должна развиться на почве или нарушенной в детском возрасте эндокринной системы до периода полового созревания, или на почве врожденной ее аномалии. У другого 6-го, Д., *gynaecomastia adultorum* развилась, видимо, от прижизненных изменений уже сформировавшейся системы внутренней секреции, так как период полового созревания прошел у него 7—8 лет тому назад нормально. Предполагая, что число импотентов больше числа гинекомастов, надо осторожно отнестись к роли половой системы в этиологии гинекомастии, но и от доказательств связи между развитием первичной гинекомастии и расстройством какой-нибудь определенной эндокринной железы следует воздержаться.

Литература: 1) Проф. В. Л. Боголюбов. К учению о гинекомастии „Русский хирургический архив“, 1909 г., кн. 3 и „Болезни грудных желез“, Русская хирургия.—2) A. Biedl. Внутренняя секреция, 1924.—3) Проф. Брейтман. Болезни органов внутренней секреции, 1926 г.—4) З. И. Гайманович. Гинекомастия в этиологическом отношении, Врачебное дело, № 23, 1919.—5) Пономарев. „Врач“, № 39—40, стр. 293, 1915 г.—6) Die Chirurgie Kirschner u. Nordmann. Klose u. Sibeuing. Gynäcomastie, 1926 г.—7) Лербулле, Арвье, Каррион. Железы внутренней секреции и симпатическая нервная система.—8) Холостов. Морской врач, № 9—12, 1917 г.—9) Никифоров и Абрикосов. Патологическая анатомия.—10) С. М. Эйбер. Случай гинекомастии. Протокол заседаний о-ва врачей г. Славянска, т. II—IV, 1920 г.—11) Штейн. Архив теор. и практ. медицины. № 1—2, 193.—12) Zondeck. „Внутренняя секреция“.

Из Воронежской центральной детской амбулатории.

К вопросу о биологическом лечении гнойных процессов¹⁾.

Консультант д-р **А. Б. Суцевский.**

В деле лечения гнойных процессов биологический метод приходит на помощь и на смену методу антисептическому. Разработанное проф. Безредка учение о местном иммунитете послужило основанием для предложенного им способа кожной вакцинации. Своими опытами проф. Безредка доказал, что кожа является воротами, в которые входит инфекция. В частности эти опыты показали, что у опытных животных в отношении некоторых инфекций ни один из органов не является чувствительным за исключением кожи и слизистых, как ее продолжения; что же касается кожи, которая берет на себя главную тяготу инфекции, то здесь, прежде всего, поражаются восприимчивые клетки ее, которые, обла-

¹⁾ Доложено в засед. Научн. мед. об-ва при Воронежском госуд. университете 27 октября 1927 года.