

Опухоли грудной железы у мужчин.

Д-ра А. И. Иванченко.

Опухоли мужских грудных желез представляют большую редкость. По статистике Williams'a из 2422 случаев опухолей молочной железы в 2397 дело шло о женщинах и лишь в 25 случаях—о мужчинах. Nussbaum на 388 операций удаления новообразований грудной железы у женщин подобное же оперативное вмешательство у мужчин имел всего 11 раз. По Schmidt'y из 150 случаев новообразований грудей в клинике Czerny только 1 случай касался мужчины.

Это соотношение окажется еще более резким, если брать исключительно случаи поражения грудной железы раком. Bírod и Brakeley на 1879 случаев рака грудной железы имели 1863 случая у женщин и 16 у мужчин. По Hürlty на 1432 случая рака женской молочной железы приходится 8 у мужчин. Torök и Witterschoffer в Венском патолого-анатомическом институте нашли рак у женщин 363 раза, у мужчин—3. По данным Finsterer'a на 692 случая рака грудной железы в его материале лишь в 11 случаях дело шло о мужчинах, а по Mülleder'y за 21 год в Венской клинике было произведено 600 операций рака грудей, из которых только 12 относились к мужчинам. По статистике Reich'a для Гамбурга отношение между заболеваемостью раком молочной железы у женщин и мужчин равняется 1:0,009.

Если, таким образом, рак грудной железы у мужчин встречается не более, как в 2%, а по Perthes'y и Williams'y во сто раз реже, чем у женщин, то некоторые доброкачественные опухоли наблюдаются здесь лишь как исключительные редкости. Finsterer за период времени с 1877 по 1906 г. описал 17 случаев опухолей мужской грудной железы, наблюдавшихся во II Венской клинике, из которых только 3 относились к доброкачественным и 14—к злокачественным; у Poirier на 62 случая опухоли грудных желез у мужчин были исключительно злокачественные: саркомы, эпителиомы и карциномы; Kellod Speed в собственном материале на 5 случаев имел фибросаркому однажды, рак—2 раза, tbc—однажды и кисту—однажды. Из 25 случаев Williams'a в 16 наблюдался рак, в 3—саркома, в 2—миксома, в 1—аденома, в 1—миома, в 1—ангиома и в 1—киста. На 272 случая Schuchardt'a имелось 247 раков, 1 энхондрома, 1 липома, 2 аденомы, 3 фибромы, 1 миома и 15 кист. Об отдельных случаях фибром, миксом, фибромиксом, липом, аденом, миом и др. опухолей мужских грудей упоминают некоторые другие авторы. Всего в иностранной литературе известно, по Schuchardt'y, 60 случаев доброкачественных опухолей мужских грудей.

В русской литературе данный вопрос является весьма мало разработанным. Если не считать монографии проф. Боголюбова „Болезни грудных желез“, то по этому вопросу в нашей медицинской прессе проскальзывает только казуистика, и то довольно отрывочная и немногочисленная. Располагая 4 случаями доброкачественных опухолей мужских грудей, представляющих интерес в этиологическом отношении, я решил сообщить их и, вместе с тем, собрать аналогичные случаи из русской литературы. К последнему особенно побуждало меня то обстоятельство, что в собранной Schuchardt'ом казуистике не приведено ни одного случая из русской литературы. Между тем мне удалось отыскать здесь 13 случаев новообразований мужских грудей, что с моими 4 случаями составит 17. Из этих 17 случаев в 13 имели место доброкачественные опухоли и в 4—злокачественные, в том числе 1 галактоцеле, 2 фибромы, 3 аденомы, 7 фиброаденом, 3 рака и 1 аденокарцинома. Правая грудь была поражена 6 раз, левая—также 6, и в 1 случае были поражены обе груди. Из 13 случаев доброкачественных опухолей в 5 имеются указания на предшествовавший воспалительный процесс и травму, в остальных об этом нет упоминаний.

Перейду теперь к описанию своих случаев.

I. Больной П. Г., 13 лет, ученик, явился в поликлинику 17/XII 1926 г. с жалобами на опухоль правой груди и болезненность в ней. Опухоль появилась 2 года назад, вначале она была величиною в фасоль, за последние же 3 месяца выросла до размеров куриного яйца, стала болезненной и начала беспокоить больного. В грудном возрасте у последнего был двухсторонний мастит, который в левой груди прошел скоро, в правой же затянулся на 1 год, после чего правая грудь стала выпячиваться больше левой. При осмотре правая грудь оказалась увеличенной до размеров кулака. Околососковые кружки обеих грудей одинаковой величины и окраски; правый сосок не втянут и стоит ниже левого. При прощупывании в правой груди определено дольчатое новообразование, твердой консистенции, хорошо отграниченное, слегка овальной формы, длинником расположенное поперечно, величиною в куриное яйцо, легко подвижное; с кожей и надлежащими тканями опухоль не спаяна, слегка лишь болезненна. Подмышечные, под- и надключичные железы не прощупываются. Половые и внутренние органы пациента отклонений от нормы не представляют, наследственность хорошая. Распознана доброкачественная опухоль груди. Операция 18/XII под эфирным наркозом, начата полудунным разрезом по нижнему краю правой молочной железы, опухоль легко вылушена, рана зашита наглухо. Послеоперационный период гладкий. Раны зажили первичным натяжением. Макроскопически опухоль оказалась состоящею из 6 отдельных частей, твердой консистенции, величиною каждая в фасоль, хорошо отграниченных друг от друга; на разрезе ткань их имела серо-белый цвет с ясной слоистостью и гладкой блестящей поверхностью. Микроскопическое исследование препарата (д-р Н. Флеров): „Опухоль состоит из плотной волокнистой соединительной ткани с небольшим количеством железистых элементов. Данных о злокачественном новообразовании не обнаружено. Диагноз: фиброаденома“.

II. Больной В. Ф., 16 лет, ученик, явился в поликлинику 21/I 1927 г. с жалобами на опухоль левой груди, появившуюся 4—5 месяцев тому назад после простуды,—больного промоило дождем, после чего у него опухоли обе груди; опухание правой прошло через месяц, левая же грудная железа продолжала постепенно увеличиваться и со времени поступления больного достигла величины голубиноного яйца. При осмотре оказалось, что соски на обеих грудях—на одном уровне, околососковые диски одинаковой величины и окраски, при пальпации в левой груди определяется бугристая, твердой консистенции, хорошо отграниченная, легко смещаемая опухоль, не спаянная с кожей и подлежащими тканями. Лимфатические железы не увеличены. Половые и внутренние органы нормальные, наследственность хорошая. В виду несогласия больного на операцию с 21/I по 4/II лечился консервативно, но без всякого улучшения. 4/II, под общим наркозом, опухоль вылушена через полудунный разрез по нижнему краю грудной железы; рана зашита наглухо.

Послеоперационный период гладкий. Препарат состоял из 3 узлов, ограниченных друг от друга, на разрезе серого цвета, слоистых. Микроскопическое исследование его (д-р Н. Флеров): „Элементов злокачественного новообразования не обнаружено. Среди развитой плотной волокнистой соединительной ткани растянутые железистые пузырьки и ходы с гиперплазированным эпителием. Диагноз: *fibroadenoma intercanaliculare*“.

III. Большой М. С., 26 лет, по профессии угольщик, явился в поликлинику 26/1 1927 г. с жалобами на опухоль левой груди, мешающую ему работать. Опухоль появилась месяцев 6—8 назад, после ушиба; вначале она росла, потом, достигнув величины голубиноного яйца, остановилась в своем росте и за последние 4 месяца не увеличивается. При исследовании в области левой грудной железы обнаружено выпячивание в куриное яйцо величиною; соски выстоят на одном уровне, околососковые диски по величине и окраске одинаковы. При ощупывании можно было установить мелкую бугристость опухоли, твердость ее консистенции, легкую болезненность, хорошую ограниченность и подвижность; с кожей и надлежащими тканями опухоль не была спаяна; из соска при надавливании показывалась прозрачная тягучая жидкость. Лимфатические железы не прощупывались. Больной женат 4 года; имеет 2 живых детей, половая жизнь его нормальна, половые органы без изменений, наследственность хорошая. В виду несогласия на операцию пациент сначала, с 26/1 по 10/II, лечился консервативно, потом, в виду безуспешности этого лечения, согласился на операцию, которая и была ему сделана 10/II, именно, под местной анестезией новокаином опухоль вылучена через полулунный разрез по нижнему краю грудной железы вместе со слоем окружающей жировой ткани. Рана зашита была наглухо и зажила первичным натяжением. Макроскопически новообразование оказалось состоящим из одного ядра. Микроскопическое исследование препарата (д-р Н. Флеров) дало следующую картину: „Элементов злокачественного новообразования не обнаружено. Среди развитой плотной соединительной ткани располагаются железистые ходы с гиперплазированным эпителием. Диагноз: *fibroadenoma intercanaliculare*“.

IV. Кроме этих трех случаев мне пришлось в 1926 г. наблюдать еще один случай опухоли левой грудной железы, состоявшей из 5—6 долек, у рабочего С. Д., 27 лет, по профессии каменщика, с простудой и воспалением груди в анамнезе, давностью более года. И в этом случае наследственность у больного была хорошая, половые органы нормальны. Опухоль по удалении оказалась фиброаденомой (исследовал д-р Е. Кураев). Описание этого случая было отослано мною в редакцию „Врачебной газеты“.

Как видно из данных микроскопического исследования, опухоли во всех 4 описанных выше случаях являются фиброаденомами. По опубликованным данным подобного рода образования в грудных железах у мужчин относятся к числу довольно редких: у Schuchard'a собрано всего около 20 случаев подобного рода из иностранной литературы, в русской же хирургической печати до настоящего времени описаны лишь один случай двусторонней фиброаденомы мужских грудей Клименко и один случай Клячкина.

Фиброаденомы относятся к смешанным опухолям, характерным признаком которых служит наличие в них эмбриологически-различных тканей, именно, соединительной и железистой. Саар подразделяет фиброэпителиальные новообразования на фиброаденомы — опухоли с преобладанием соединительной ткани и цистоаденомы — с преобладанием эпителиальной ткани. В фиброаденомах соединительная ткань разрастается или равномерно вокруг железистых ходов (*fibroadenoma pericanaliculare*), или это разрастание происходит неравномерно, на одной стороне сильнее, чем на другой, благодаря чему стенка железистого образования выпячивается внутрь просвета (*fibroadenoma intracanalicular*) и выводные протоки вытягиваются постепенно в щелевые кисты; при дальнейшем развитии получается картина *pseudosarcom*'ы *fillodes* (Bencke).

Как и всякая другая доброкачественная опухоль, фиброаденома растет раздвигающим способом, сохраняя ясную границу с соседними

тканями,—рост ее происходит только за счет размножения ее собственных элементов.

В патологии давно известно о происхождении раковых клеток из нормальных на почве хронических воспалений, старых рубцов, повторных ожогов и пр. Многочисленные экспериментальные и клинические данные с очевидностью свидетельствуют, что разнообразные физико-химические и паразитарные раздражители могут вызвать развитие злокачественных новообразований. Что касается доброкачественных, то для большинства зачатки их следует признать эмбрионально-дистопическими, т. е. ненормально заложенными в течение эмбриогенеза (Петров). Теория Cohn-Heima удовлетворительно объясняет механизм этой дистопии во время эмбрионального развития организма, причем зачатки могут оставаться или латентными и ничем себя не проявлять, или под влиянием какого-либо внешнего толчка или внутреннего нарушения нарушения межклеточного равновесия могут начать расти и дать образование опухоли. Наличие капсулы, отделяющей доброкачественную опухоль от здоровых соседних тканей, является лучшим доказательством первичного анатомического и физиологического обособления опухолевых зачатков от общих тканей во время эмбрионального развития.

Таким образом источник происхождения доброкачественных опухолей—врожденный, и все те моменты, которые стимулируют врожденные зачатки к росту, являются предрасполагающими моментами; к последним относятся травма и хроническое воспаление. В соответствии с этим Ribbert и Wilms происхождение фиброаденом молочных желез объясняют разрощением зародышевых зачатков последних, не использованных при развитии их. Veneke и Kurn, однако, рассматривают фиброаденомы, как продукт разрастания зрелой железистой ткани, хотя аденома и не всегда является предшественником этого новообразования (Bresovnik). По Teilю в основе первоначального процесса развития фиброаденом лежит не воспаление и не новообразование ткани, а особая форма перерождения—фиброэпителиальное перерождение. Не без влияния на этиологию данных опухолей остается и наследственность. Так, Ganghita по наблюдал в одной семье нескольких мужчин с доброкачественными опухолями молочной железы; в другой семье подобные двухсторонние опухоли отмечались у брата и сестры.

Наши случаи в этиологическом отношении представляют особенный интерес: у всех 4 наших больных толчками к появлению новообразований были в 1 случае травма и в 3—хроническое воспаление при отсутствии какого-либо наследственного предрасположения. Отсутствие указаний в анамнезе на травму и воспаление в опубликованных в литературе случаях не всегда еще свидетельствует против значения указанных этиологических моментов, ибо надо иметь в виду, что во многих случаях авторы не обращают на них должного внимания при опросе больных, а последние сами могут их не помнить. Невсегда имеет при этом место и понижение физиологической сопротивляемости окружающих нормальных тканей.

Продолжительность существования фиброаденом в наших случаях колебалась от 4 месяцев до 2 лет, а возраст больных—от 13 до 27 лет.

Обыкновенно больные с фиброаденомами обращаются к медицинской помощи с жалобами на наличие опухоли в грудной железе, мешающей

при работе, нередко развивающейся после воспалительного процесса в ней, или травмы, и медленно растущей. При исследовании обыкновенно можно бывает установить, что опухоль инкапсулирована и потому хорошо отграничена от окружающих тканей, подвижна, имеет эластично-плотную консистенцию, кругловато-овальную форму, бугристую поверхность. Сращения с кожей, грудной фасцией и мышцей обычно не замечаются, сосок представляется невтянутым, поражения подмышечных, подключичных и надключичных лимфатических желез не бывает. Благодаря этим признакам, распознавание фиброаденом, особенно в молодом возрасте, устанавливается сравнительно легко.

При дифференциальном диагнозе нужно иметь в виду следующие заболевания: гинекомастию, липому, фиброму, кисту, гумму, актиномикоз, бугорчатку, саркому, остеому, рак и др. При гинекомастии, хотя клиническая картина имеет много общего с фиброаденомой, однако развитие процесса находится в тесной зависимости от состояния и функций половых органов (Р у ф а н о в); гистологически отмечается развитие всех, имеющих в молочной железе, видов тканей: жировой, соединительной и железистой. Липома отличается более мягкой консистенцией и заметной дольчатостью. Фиброма, представляя много общего с фиброаденомой по клиническому характеру, отличается более плотной консистенцией. При развитии гумм надо принимать во внимание быстрый рост их, скорое изъязвление, а также анамнестические данные и другие симптомы *lues'a* (реакция *Wassermann'a*). Актиномикоз диагностируется исследованием на лучистый грибок и развивается почти исключительно у женщин. При тbc грудной железы поражение лимфатических желез может предшествовать заболеванию mammae, причем они нередко нагнаиваются; часто заболеванию сопутствует тbc других органов (легких). Кисты характеризуются гладкой поверхностью, подвижностью, ясной флюктуацией. Хроническое воспаление грудных желез дает картину, сходную с гинекомастией. Остеому легко отличить на основании твердой консистенции, отсутствия подвижности и отношения к окружающим тканям. Саркома отличается быстрым ростом, быстро наступающей кахексией и большей величиною. Распознавание неизъязвленного рака устанавливается на основании связи опухоли с кожей, отсутствия резкой границы и неподвижности опухоли, припухания лимфатических желез, втянутости соска.

Следует иметь в виду, что фиброаденомы легко могут переходить в злокачественные новообразования, главным образом в карциномы, причем вначале этот переход клинически ничем может не обнаруживаться (Speed, Kurn, Bresovnik). После ненормальной инволюции молочной железы доброкачественные фиброзные и эпителиальные опухоли находятся на втором месте по злокачественному перерождению (Speed). Вот почему лечение фиброаденом должно заключаться в удалении их, которое в техническом отношении довольно просто,—нужно только при нем стремиться к возможно полному удалению опухоли, дабы в дальнейшем не получить рецидива.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Tillmans. Руководство к частной хирургии. 1891. — 2) Петров. Общее учение об опухолях. 1926. — 3) Schuchardt. Casuistik und Statistik der Neubildungen in der männlichen Brust. Arch. f. klin. Chir., Bd. 31, 32, 33, 41. — 4) Kellod Speed. Опухоли грудной железы у мужчин. Реф. Н. X. А., 1926, № 35. — 5) Delage et Massabiau. Des lipomes du sein et de la region mammaire. Revue de chirurgie, 1904, № 10. — 6) Работы Госпитальн. хир. клин. проф. Дьяконова, т. VII, § 1879, § 1753. — 7) Дедов. К казуистике опухолей мужской мол. железы. Хирургия, т. XXVII, 1910. — 8) Буткевич. К казуистике новообразований грудных желез у мужчин. Вр. газ., 1908, № 19. — 9) Шашенштейн. Случай рака грудной железы у мужчин. Врач. газ., 1900, № 33. — 10) Клименко. Летопись русской хир., 1899, кн. 3. — 11) Кравченко. Летопись рус. хир., 1899. — 12) Клименко. Мед. обозр., 1897. — 13) A. Mülleder. Zur Kasuistik der Mammakarzinomen bei Männern. Arch. f. klin. Chir., Bd. CXX, Hft 4, 1922. — 14) Sonntag. Einige seltene Brustdrüsengeschwülste. Deut. med. W., 1925, № 3. — 15) Bresovnik. Реф. Zentr. f. Chir., 1925, № 50. — 16) Боголюбов. Русская хирургия, вып. 32 и 33. — 17) Шиловцев. Клинич. журн. сарат. универ., 1926, № 4—5. — 18) Клячкин. К клинике доброкачественных опухолей грудных желез у мужчин. Сиб. архив теорет. и клинич. мед., 1926, т. I, кн. 5—6. — 19) Руфанов. К учению о гинекомастии. Русская клиника, 1924, № 1.
-