Digital Library (repository)
of Tomsk State University
http://vital.lib.tsu.ru
101518
616.9572+616.27-002
ПРОВЕРЕНО 1948 г.
ПРОВЕРЕНО 1958 г.
28
14/1023
Госуд. Государств. Университет Главная библиотека Р.С.Ф.С.Р.

Из госпитальной терапевтической клиники Томскаго У-та.
(Врем. зав. проф. И. М. Левашев).

Сифилитическій медіастинит.

(Гиперплязія лимфатических медіастинальных желёз на почвѣ сифилиса*).

М. П. Бенько,

ординатор клиники.

Марія П. 48 лѣт, прачка, проживающая в г. Хабаровскѣ, поступила в клинику 16 декабря 1916 г. с жалобами на боль в груди, кашель, удушье, одышку, боли в ногах по ночам и постепенно наростающую слабость. Больной она считает себя уже 4 года, когда она сильно простудилась во время стирки, слегла в постель и провела в ней 2 недѣли; болѣзнь началась знобом, колотьем в боку, был сильный жар, кровянистая мокрота и кашель.

Послѣ перенесенной болѣзни она уже не считала себя здоровой, боль в груди, кашель наблюдаются и в настоящее время, постепенно больная слабѣла, появилась одышка, безсонница и боли в костях по ночам; одышка иногда носила характер удушья при значительном физическом напряженіи. Из болѣзней, бывших у больной до настоящаго заболѣванія, слѣдует отмѣтить бывшую 30 лѣт тому назад гнойную рану на лѣвой ногѣ, длящуюся продолжительное время. Менструальная функція у больной установилась с 15-ти лѣт, была всегда правильна и нормальна. 17-ти лѣт она выходит замуж и от этого брака имѣет 6 дѣтей, из которых двое живы до настоящаго времени, а 4 умерло в младенческом возрастѣ. 43-х лѣт, послѣ смерти мужа, наша боль-

*) Доклад в научной конференціи врачей госпитальной клиники 10 февр. 1917 г.

Digital Library (repository)
of Tomsk State University
http://vital.lib.tsu.ru

ная выходит замуж второй раз и имѣет еще двоих дѣтей, но скоро послѣ рожденія умерших по причинѣ ей неизвѣстной. Двое дѣтей, оставшихся жить, вполнѣ здоровые и трудоспособные люди, равно как и второй муж. Родители ея умерли в преклонном возрастѣ; о состояніи здоровья перваго мужа больная затрудняется что-либо сказать („как будто был здоров всегда“).

Status praesens. Высокаго роста, правильнаго сложенія и питанія.

Кожа и слизистыя оболочки блѣдны, кожа в области sternum рѣзко пигментирована, такая же пигментація кожи на лѣвой ногѣ (в области голени— слѣд бывшей раны).

На кожѣ груди видна расширенная сѣть венозных сосудов, особенно справа. Кожа живота очень дрябла, отвисла, легко приподымается, на ней видны рубцы беременности. На кожѣ лѣвой руки leukoderma. Костяк нормален, за исключеніем обѣих tibiae, на которых имѣются періоститы. Лимфатическія железы увеличены и прощупываются подчелюстныя, шейныя, подмышечныя и паховыя; подчелюстныя достигают величины голубинаго яйца. Грудная клѣтка нѣсколько расширева емфизематозно, плечи приподняты, правая подключичная ямка глубже лѣвой. При дыхательных экскурсіях правая сторона рѣзко отстает от лѣвой. Область sterum выпячена особенно на manubrium.

При форсированном дыханіи слышен свистящій оттѣнок его. При перкуссіи груди имѣется притупленіе справа, начиная со 2-го ребра (в разстояніи 3-х пальцев от sternum) доходящее до 5-го ребра и переходящее в тупость sternum. Очень незначительное измѣненіе перкуторнаго звука имѣется и в правой верхушкѣ и сзади по всей поверхности легкаго сравнительно с лѣвой стороной, напоминая тимпаническій тон. Аускультація в области рѣзкаго притупленія дает ослабленіе дыхательных шумов и

Digital Library (repository)
of Tomsk State University
http://vital.lib.tsu.ru

голосового дрожанія. Над этой тупостью слышен выдох и бронхіальное дыханіе, тоже и сзади в соотвѣтствующей области. При освѣщеніи Рентгеном в полосѣ притупленія имѣется тѣнь, которая не смѣщается при дыхательных экскурсіях легкаго. Лѣвое легкое нормально. Сердце оттѣснено вниз, верхняя его граница опредѣляется с нижняго края 5-го ребра, правая переходит в тупость sternum и с нею сливается, толчок в 6 ом межреберьѣ ближе к sternum; тоны глуховаты, на аортѣ особенно хорошо прослушиваются—ясны и чисты; пульс правой руки отстает от лѣвой, что особенно замѣтно при поднятіи рук вверх. Печень перкуторно опредѣляется с 6 го ребра, при пальпаціи на 1½ пальца она выходит из под края ребер. Селезенка не прощупывается. У больной есть кашель и мокрота, которая выдѣляется по временам послѣ приступа кашля, характер ея слизисто гнойный. Кашель дующій или свистящій. Мокрота содержит гнойные элементы, слизь, отдѣльныя эластическія волоконца в ничтожном количествѣ, tbc бацилл в ней нѣт. Моча кислой реакціи, ни бѣлка, ни сахара не содержит, в осадкѣ оксалаты. Кровь: Hb—60% эр. 4000000, л. 13750; нейтр. 52%, эозин. 3%, лимф. 40 и переходных ф. 5. Реакція Wasserman'a на кровь дала+++.

В теченіе болѣзни за время пребыванія нашей больной в клиникѣ под вліяніем специфическаго леченія, как то: ртутных инъекцій и пріемов іодистаго калія замѣчено рѣзкое улучшеніе. Боли в груди, одышка, оттѣнок стенотическаго дыханія совершенно исчезли, мокрота сначала увеличилась в количествѣ, но потом ея стало все меньше и меньше, уменьшился и кашель; припадков удушья не наблюдалось.

Измѣнилась кровь больной: Hb—65%, эр. 4765000 л. 9000, а потом и 7187; нейтр. 6 2%, эоз. 1,5, перех. 5,0, лимф. 31,5. При освѣщеніи Рентгеном

Digital Library (repository)
of Tomsk State University
http://vital.lib.tsu.ru

тѣнь, получаемая на том же мѣстѣ, стала свѣтлѣе и на ней ясно можно было различить отдѣльныя железки; рѣзко уменьшились подчелюстныя и паховыя железы, а подмышечныя уже не прощупывались.

Перкуторно область притупленія значительно уменьшилась. Температура за все время пребыванія больной в клиникѣ была нормальна, за исключеніем двух-трех дней, когда у ней наблюдалась ангина. Неоднократныя изслѣдованія мокроты на туберкулез с антиформином, по способу Much'a не дали положительнаго результата.

Переходим к разбору нашего случая. Если сопоставить всѣ симптомы, полученные при объективном изслѣдованіи, то, повидимому их можно уложить в картину медіастинита. Литературныя данныя по этому вопросу свидѣтельствуют о крайней недостаточности литературы как в количественном, так и в качественном отношеніи.

Причина заключается в том, что всѣ пораженія средостѣнія часто не дают почти никаких явленій при жизни и узнаются только на вскрытіи, в других случаях их клиническая картина страдает отсутствіем патолого-анатомических данных. Относительно пораженія сифилисом лимфатических медіастинальных желез мнѣ удалось найти описанными 8 случаев; их клиническая картина весьма различна в зависимости от локализаціи процесса. В случаях рѣзко выраженных всегда имѣется притупленіе в области или вблизи sternum, застойныя явленія в видѣ отеков, синюхи, венных пульсацій—как слѣдствіе сдавленія v. cava superior, явленіями сдавленія бронха, трахеи в видѣ стенотическаго дыханія, бронхоэктазіи, боли в груди, одышки, парез или паралич голосовых связок—как слѣдствіе сдавленія n. recurrentis, сдавленіе пищевода, пучеглазіе, мозговыя явленія, прижатіе ar. subclavia или anonyma, что сказывается разницей пульса обѣих рук. К таким выраженным случаям медіа-

Digital Library (repository)
of Tomsk State University
http://vital.lib.tsu.ru

стинита относятся случаи Шаповаленко, Соколовскаго, Мамонова, Чумакова,—анатомически выражаясь гиперплязіей медіастинальных, паховых и других желез. Послѣдній случай желез при наличности увеличенія подключичных анатомически выразился в разращеніи фиброзной соединительной ткани, среди пучков которой были увеличенныя железы туберкулезнаго характера; клинически он протекал при явленіях раздраженія мозговой коры. Но есть случаи, напримѣр Rüstera, когда діагноз сифилитическаго медіастинита был поставлен на основаніи одной только боли в области грудины без всяких других разстройств, данный случай был вызван гуммой средостѣнія.

Lazarus иллюстрирует картину медіастинита, вызванную сифилитической опухолью mediastinum с большим пакетом гиперплазированных желез непосредственно сзади sternum, выражающейся одышкой вслѣдствіе сдавленія трахеи и параличем лѣвой голосовой связки вслѣдствіе сдавленія n. reccurentis.

Интересен случай Schava, дающій также картину сифилитических гиперплазированных желез, из которых одна проросла в бронх и послужила причиной бронхоэктазіи. Приведенные случаи, мнѣ кажется, достаточно иллюстрируют всю разнообразную картину едміастинита.

В нашем случаѣ имѣется ограниченное притупленіе справа и в области грудины, притупленіе это соотвѣтствует мѣстоположенію тѣни, которую мы получили при освѣщеніи лучами Рентгена и на которой можно различить отдѣльныя железки. Железы эти находятся в mediastinum между v. cava superior и трахеей, на которую и производят давленіе,—этим объясняется затрудненіе вдоха и особый дыхательный шум в области 2-го ребра под ключицей, напоминающій шум Williams'a. Онѣ сдавливают и v. cava superior, слѣдствіем чего является коллатеральное кровеобращеніе путем расширенія

Digital Library (repository)
of Tomsk State University
http://vital.lib.tsu.ru

и развитія подкожныхъ венъ. Такой случай сдавливанія vena cava sup. приводитъ Вагнеръ въ своей статьѣ о непроходимости ея, сопровождающійся расширеніемъ кожныхъ венъ на груди и обусловленный исключительно прижатіемъ v. cava. sup., что подтвердилось аутопсіей. Кромѣ прижатія трахеи и v cava. sup. мы имѣемъ еще сдавленіе art. anonyma правой и этимъ объясняется несоотвѣтствіе пульса правой и лѣвой рукъ, что особенно замѣтно при поднятіи ихъ вверхъ; несоотвѣтствіе пульса, вызванное прижатіемъ anonyma было въ случаѣ Шеповаленко и объяснено имъ аналогично.

Боль въ груди и одышка, наблюдаемая у нашей больной, также были объяснены въ случаѣ Lazarus'a, приведенномъ выше, давленіемъ на нервы и трахею. Одышка, по мнѣнію Hoffman'a, можетъ зависѣть во первыхъ отъ сдавленія трахеи и бронховъ, во вторыхъ—отъ сдавленія сердца и легкихъ, въ третьихъ—отъ застоя крови, и въ четвертыхъ—отъ паралича нервовъ, расширяющихъ голосовую щель или отъ раздраженія суживающихъ ее. В нашемъ случаѣ одышка зависитъ отъ первой и отчасти отъ третьей причины.

Delafoi говоритъ, что гиперплазированныя железы давятъ на n. vagi и вызываютъ одышку и приводитъ случай астмы, вызванный сдавленіемъ vagus'a сросшимися съ нимъ гиперплазированными железами. Бронхіальной аденопатіей, вызывающей сдавленіе n. vagi объясняетъ онъ и кашель. Если допустить, что въ mediastinum у насъ имѣется пакетъ гиперплазированныхъ железъ, оказывающихъ давленіе на сосѣдніе органы и вспомнить, что у насъ прощупываются еще паховыя, подключичныя и подмышечныя железы,—то можно предположить гиперплазію и бронхіальныхъ железъ, по крайней мѣрѣ праваго бронха, которыя его сдавливаютъ. Тогда будетъ понятенъ особый оттѣнокъ кашля и наличность гнойной мокроты,—какъ слѣдствіе бронхоэктазіи на почвѣ сдавливанія бронха; возможно даже, что одна изъ такихъ железъ про-

Digital Library (repository)
of Tomsk State University
http://vital.lib.tsu.ru

росла в бронх и вызвала его эктазію, как было в случаѣ Schav'a. Существованіе таких гиперплазированных желез по ходу бронхов объясняет и наличность бронхіальнаго дыханія, как слѣдствіе сдавленія легкаго и измѣненіе звука на почвѣ венозной гипереміи,—как слѣдствіе сдавленія венозных стволов легочных сосудов; за первое предположеніе как будто говорит и Рентгеновскій снимок, на котором видны, кромѣ указанной тѣни, еще отдѣльныя железки, разбросанныя справа и слѣва sternum. Тимпаническій оттѣнок перкуторнаго звука праваго легкаго можно объяснить еще иначе—а именно: наличностью плевритических сращеній, если вспомнить из анамнеза, что наша больная 4 года тому назад перенесла плеврит, или плевропнеймонію, возможно что и смѣщеніе сердца вправо и вниз объясняется сращеніями плевры с перикардом. При наличности гиперплазированных желез между v. cava superior и аортой станет понятна усиленная проводимость сердечных тонов на аорту во 2-ом межреберном промежуткѣ, что мы имѣем в нашем случаѣ.

Наш случай отчасти напоминает описанный в литературѣ проф. Малковым, относящійся к гиперплязированным медіастинальным железам и гуммѣ при наличности подключичных, шейных, паховых и желез грудной полости. Он сопровождался притупленіем в области sternum, вправо и влѣво от нея, сзади справа в межлопаточном пространствѣ и спереди слѣва в области 2-го ребра; наблюдалось удушье временами, крепитирующіе хрипы в легких, гнойная мокрота, шум тренія плевры, венозная сѣть на груди. Малков объясняет всѣ эти явленія давленіем гуммы и желез на v. cava superior, что вызвало разстройство кровеобращенія в легком, наличностью желез грудной полости объяснялись отдѣльныс фокусы притупленія. Гольперн описал случай злокачественной опухоли средостѣнія, исходящей из

Digital Library (repository)
of Tomsk State University
http://vital.lib.tsu.ru

бронхіальных желез, находящихся под sternum и вправо от нея, давящих на v. cava superior, что сказалось в легкой отечности, синюхѣ и кожной венозной сѣти, давящей на art. subclavia sinistra, что выразилось отставаніем лѣваго пульса. Притупленіе над и под ключицей и вправо от sternum, бронхіальное дыханіе и мелкіе хрипы под ключицей —объяснялись наличностью метастазов в надключичныя железы и в верхнюю долю праваго легкаго. Итак, на основаніи приведенных мною случаев, клинической картины и Рентгеновскаго снимка я думаю можно заключить, что мы имѣем дѣло с луэтическим пораженіем лимфатических желез, расположенных в mediastinum, сдавливающих v. cava superior, art. anonyma и трахею, а также гиперплазированныя железы и в грудной полости, что сказалось сдавленіем легкаго и измѣненіем дыхательных шумов и перкуторнаго звука, и желез по ходу праваго бронха, чѣм обусловились бронхоэктазія и особый оттѣнок кашля. За луэтическую природу даннаго заболѣванія говорят три плюса реакціи Вассермана, наличность періоститов, лейкодермы, dolores osteocopi nocturni, ясно выраженное малокровіе и лейкоцитоз, который, как и остальныя явленія, значительно улучшился под вліяніем специфическаго леченія.

Можно было бы предположить такое увеличеніе желез на почвѣ лейкеміи, но против нея говорит отсутствіе увеличенія селезенки и изслѣдованіе крови. Против туберкулеза желез говорит отсутствіе исхуданія, ночных потов, колебаній температуры, измѣненій соотвѣтствующих в легких, отсутствіе нахожденія туберкулезных бацилл. Возможно предположить в данном случаѣ гумму средостѣнія, аневризму аорты или злокачественное новообразованіе. Против аневризмы говорит отсутствіе пульсаціи, шума, выпячиванія sternum и соотвѣтствующаго ему притупленія. Против новообразованія длитель-

Digital Library (repository)
of Tomsk State University
http://vital.lib.tsu.ru

ность теченія, отсутствіе кахексіи, отсутствіе повышенія температуры по мнѣнію Hoffman'a и успѣшность от специфическаго леченія.

Наличность гуммы кромѣ гиперплязіи желез можно и допустить, хотя явленія сдавливанія и прижатія были-бы выражены сильнѣе. В виду Рентгеновскаго снимка, наличности и других увеличенных желез, клинической картины, мнѣ кажется что мы имѣем дѣло с гиперплязіей лимфатических желез медіастинальных и бронхіальных на почвѣ сифилиса.

Литература. Малков. Больничная газета Боткина 1900. Чумаков. Медиц. Обозр. т. XI. 1914 г. № 15. Мамонов. Сифил. забол. груд. клѣтки.—Русскій журнал кожных и венер. болѣз. т. X 1908 г. Шеповаленко. Русск врач 1904 г. № 40. Вагнер. Русс. врач 1914 г. №№ 2, 3, 4, 5—о непрох. верхней полов. вены. Гольперн. Медиц. Обозр. 1900 LIII. Schav Trahsactions of the Pathol. Society of London vol. XVII. ст. 152 1866 г. Lazarus. Deut med. Wochenschr. 1893 № 18 с 427. Frid. Hoffmann. Erkrankungen des Mediastinum Spec. Pathologie und Therapie, herausgegeben von pr. Nothnagel XIII Bd. III Theil II abtheilung Wien 1896 г. Küster Zür Behandlung der Geschwülste des Sternums und des forden Mediast Berl. Klin. Wochenschr 1883, № 9 ст. 127. Соколовскій. Болѣзни органов дыханія. 1913 г. III. Delafoi. Патологія и терапія внут. болѣз.

Томский Государств. Университет Библиотеки Р.С.Ф.С.Р.

Отд. оттиск из „Сиб. Врача" №№ 33—34, 1917 г.

Томск. Губернская Типографія.

616.27-002

Digital Library (repository)
of Tomsk State University
http://vital.lib.tsu.ru