

С.П.Боткин

Параличъ лѣвой голосовой связки, развившійся вслѣдствіе давленія увеличенной лимфатической железы на возвратный нервъ, втеченіе хроническаго воспаленія легкихъ¹⁾

Источник: Клиническія лекціи профессора С.П.Боткина, читанныя въ Императорской Военно-Медицинской Академіи въ 1883–88 годахъ (сост. М.В.Яновскимъ). С.-Петербургъ: Типографія А. Пороховщикова; 1899 г.

S.P.Botkin

Left vocal cord paralysis due to compression of the recurrent nerve by an enlarged lymphatic gland in a patient with chronic pulmonary inflammation

Мм. гг.

Вы здѣсь видите предъ собою органы больного, который на-дняхъ²⁾ умеръ въ нашей больницѣ. Случай этотъ представляетъ большой интересъ во многихъ отношеніяхъ.

Въ началѣ семестра, раньше, чѣмъ я началъ посѣщать клинику, къ намъ поступилъ больной, чело-вѣкъ 44-хъ лѣтъ, съ грудной клѣткой, сильно деформированной вслѣдствіе глубокаго страданія костей позвоноч-ника. Процессъ этотъ, — по всей вѣроятности, Поттова болѣзнь, — закончился въ раннемъ дѣтствѣ и оставилъ послѣ себя слѣды въ формѣ горба — кифоза.

Больной явился съ жалобами на сильный кашель, затрудненіе дыханія, потерю голоса и отекъ ногъ. Кашель съ обильной мокротой; начался онъ постепенно, года два тому назадъ, и до настоящаго времени все усиливается. Затрудненіе дыханія является всякій разъ при различнаго рода усиленныхъ движеніяхъ, но иногда бываетъ и безъ этого, во время полного покоя. Въ послѣднемъ случаѣ оно сопровождается тягостны-ми ощущеніями въ области сердца: чувствомъ сжатія, страха, тоски; сердце то замираетъ, то сильно и не-правильно колотится о грудную клѣтку. Подобные приступы удушья, въ связи съ неправильной сердечной дѣятельностью, вызываются очень легко, стоятъ только больному лечь навзничь.

Голосъ пропалъ полтора года назадъ. Въ апрѣлѣ нынѣшняго года онъ, было, явился, но, спустя мѣсяцъ, снова исчезъ, и больше не возвращался. Отеки въ первый разъ замѣчены шесть мѣсяцевъ назадъ. Они то про-ходили, — обыкновенно подъ вліяніемъ лѣченія, — то опять появлялись.

Кромѣ того, при разспросахъ больной жаловался на дурной аппетитъ, вздутіе живота послѣ пищи и на-клонность къ поносамъ.

При объективномъ изслѣдованіи прежде всего бросался въ глаза рѣзко выраженный кифозъ грудной и лордозъ поясничной части позвоночника. Продольный діаметръ груди сильно увеличенъ. Она потеряла свою симметричность: правое плечо ниже лѣваго. Грудная клѣтка повернута немного вокругъ своей оси слѣва направо; лѣвая ея половина слегка выступаетъ впередъ, правая настолько-же ушла назадъ. Обѣ, впрочемъ, расширяются довольно равномѣрно при дыхательныхъ движеніяхъ, которыхъ насчитывалось въ первое вре-мя около 36 въ минуту. Нижнія конечности отекали снизу до колѣнъ. Пульсы съ обѣихъ сторонъ одно-временны, но слѣва, въ лучевой и сонной, какъ будто нѣсколько слабѣе, чѣмъ справа. Артеріи не представ-ляли ни утолщеній, ни извилистостей, и внѣ пульсовой волны не прощупывались. При внимательномъ изслѣдованіи можно было найти кое-гдѣ — въ пахахъ, въ подкрыльцовыхъ впадинахъ, на шеѣ — нѣсколько лимфатическихъ железъ, величиной съ горошину и больше. Толчекъ сердечный прощупывался между 5 и 6 ребрами по лѣвой сосковой линіи. Перкуссіей обнаружено спереди: уменьшеніе звучности подъ правой ключицей, притупленный тонъ въ области грудины, верхняя граница котораго опредѣлялась пальца на два ниже вырѣзки sterni, лѣвая переходила на палецъ за лѣвую, а правая — на полтора пальца за правую пара-стернальную линіи; нижняя сливалась съ верхней границей сердечной тупости. Уменьшеніе звучности, соотвѣтствующее области сердца, направо простиралось на палецъ вправо за правую пригрудинную, а влѣво

¹⁾ Статья печатается с сохранением оригинальной орфографии.

²⁾ 15 октября 1885 г.

на полпалеца не доходило до лѣвой сосковой. Печень по сосковой съ 8-го ребра, подвижна при вздохѣ; нижняя перкуторная граница ея на палецъ ниже ложныхъ реберъ. Постукиваніе въ области этого органа боли не вызывало. Селезенка не опредѣлялась. Сзади — уменьшеніе звучности сверху надъ правой лопаточной остью, а снизу — подъ обѣими лопатками.

Въ верхнихъ частяхъ грудной клѣтки спереди и сзади, соотвѣтственно правой легочной верхушкѣ, усиленіе вибраціи. Въ этой-же области оказалась увеличенной и бронхофонія.

При аускультациі сонорные хрипы справа спереди сверху до низу; неопредѣленное дыханіе надъ правой лопаткой и мелкопузырчатые хрипы не созвучнаго характера сзади справа и слѣва подъ лопатками; тоны сердца чисты.

Небольшой асцитъ. При глубокихъ вздохахъ можно было слегка прощупать печень. Кромѣ того, было незначительное выпаденіе слизистой оболочки прямой кишки.

Ларингоскопическое изслѣдованіе показало половинный параличъ гортани. Лѣвая голосовая связка совершенно неподвижна при дыханіи и фонаціи. Всѣ видимыя ткани гортани представлялись красными и набухшими.

Суточное количество мочи въ первые дни не превосходило 200 к. с. и потомъ все уменьшалось. Она была темно-краснаго цвѣта, давала большой осадокъ мочекислыхъ солей; удѣльный вѣсъ ея колебался между 1022 и 1027, — слѣдовательно, былъ выше нормальнаго. Моча всегда имѣла кислую реакцію, содержала въ небольшомъ количествѣ бѣлокъ и изъ форменныхъ элементовъ гіалиновые цилиндры. Послѣднихъ, впрочемъ, было очень мало. Температура тѣла за все время пребыванія больного въ клиникѣ была нормальна.

Итакъ, имѣя въ виду параличъ лѣвой голосовой связки, неравномѣрность пульса въ лучевыхъ артеріяхъ, притупленіе тона на мѣстѣ, соотвѣтствующемъ положенію аортальной дуги, разстройство сердечной дѣятельности, выразившееся сердцебиеніями, отеками, одышками, бѣлкомъ въ мочѣ и т. д. — имѣя все это въ виду, ординаторъ діагностицировалъ расширеніе дуги аорты.

Аневризма, такимъ образомъ, должна была давать притупленіе, найденное на груди нѣ въ мѣстѣ прикрѣпленія второго и третьяго реберъ; раздѣляя собою большіе сосуды, снабжающіе обѣ половины верхней части тѣла, она могла вызывать разницу въ пульсахъ лучевыхъ артерій; давленіемъ аневризматическаго мѣшка на возвратный нервъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ огибаетъ дугу аорты, объяснялся параличъ лѣвой голосовой связки; такимъ же точно механическимъ путемъ, путемъ давленія на нѣкоторыя части дыхательнаго аппарата, напр., на бронхи, могъ происходить кашель; наконецъ, разстройство сердечной дѣятельности представляетъ очень нерѣдкое послѣдствіе расширенія аорты.

Когда я явился въ клинику, діагнозъ былъ уже сдѣланъ, но я никоимъ образомъ не могъ съ нимъ согласиться.

Во-первыхъ, повторно и тщательно изслѣдуя больного, я ни разу не могъ замѣтить разницы въ пульсахъ ни каротидъ, ни лучевыхъ артерій. Всегда они представлялись мнѣ одновременными и равносильными.

Далѣе, я не имѣлъ права придавать какое бы то ни было значеніе тому незначительному притупленію, которое наблюдалось у прикрѣпленія къ груди нѣ 2-го и 3-го реберъ. Нельзя переносить всего, что выработано перкуссіей и аускультацией для человѣка съ правильнымъ торсомъ, на субъекта съ грудью, изуродованной въ такой степени, какъ это было у нашего больного. Неправильности, несимметричности, разнаго рода аномальныя выпуклости и углубленія сами по себѣ могутъ вызвать перкуторныя явленія, которыя даютъ самыя фальшивыя показанія о положеніи внутреннихъ органовъ. Кромѣ того, искривленія позвоночника ведутъ за собою смѣщеніе содержимаго грудной клѣтки такъ же точно, какъ они ведутъ за собою смѣщеніе реберъ и другихъ частей скелета. Обѣ указанныя причины (смѣщеніе органовъ и несимметричности грудной клѣтки), встрѣчаясь у разныхъ субъектовъ въ различной степени и комбинируясь другъ съ другомъ всевозможнымъ образомъ, даютъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ перкуторную картину, въ которой ориентироваться въ большинствѣ случаевъ нѣтъ никакой возможности. Встрѣчая, напр., гдѣ-нибудь въ неуказанномъ мѣстѣ уменьшеніе звучности, вы не знаете, приписать-ли его увеличенію внутренняго органа, его смѣщенію или отнести на счетъ неправильностей скелета.

Въ виду всего вышесказаннаго я не придавалъ особенной цѣны и тѣмъ признакамъ, но которымъ въ другомъ случаѣ можно было бы сдѣлать заключеніе объ увеличеніи размѣра праваго сердца, хотя оно было несомнѣнно гипертрофировано, какъ объ этомъ можно было сдѣлать предположеніе на основаніи нѣкоторыхъ другихъ соображеній. Уродливости грудной клѣтки, уменьшая ея подвижность, затрудняя дыханіе, смѣщая сердце и большіе сосуды, представляетъ тѣмъ самымъ массу препятствій для кровообращенія, увеличиваетъ такимъ образомъ работу сердца по преимуществу правой его половины (такъ какъ малый кругъ весь цѣлкомъ помѣщается въ ненормальной грудной полости, а большой — только своею небольшою частью), и послѣдовательно ведетъ къ гипертрофіи праваго желудочка и разстройству сердечной компенсаціи со всѣми ея симптомами, какъ это сплошь и рядомъ наблюдается у такихъ больныхъ и какъ это было и въ нашемъ случаѣ.

При выслушиваніи груди я нашель приблизительно то же, что было найдено ординаторомъ, съ той только разницей, что мнѣ не удалось ни разу уловить субкрепитирующихъ хриповъ надъ и подъ правой ключицей, которые, какъ утверждалъ докторъ, лѣчившій больного, ему приходилось нѣсколько разъ слышать въ этой области. Я слышалъ влажные хрипы, но гораздо большаго калибра. Тѣмъ не менѣе ничтожность этихъ данныхъ

вовсе не исключала значительного распространения верхушечного легочного процесса, так как, повторяю, объективные данные — не только перкуторные, но и аускультативные — не могут дать истинных указаний относительно состояния внутренних грудных органов. Ребра стоят почти совсем горизонтально, подниматься им при вздохе больше невозможно, силы больного упали, грудь вследствие этих причин работает слабо, легкие расширяются незначительно, и хрипы, которые при других условиях были бы слышны, здесь не происходят.

При дальнейшем наблюдении больного существование хронического верхушечного страдания легких было поставлено вне всякого сомнения, так как в мокроты ординатором были найдены туберкулезные бактерии. Эта находка дала возможность совершенно изменить диагноз.

Из всех симптомов, для объяснения которых было предположено существование аневризмы, остался неразобраным один — паралич левой голосовой связки. Разумеется туберкулезный процесс, то одновременно с этим даны все условия для припухания лимфатических желез, лежащих на пути лимфатических сосудов, идущих от пораженных фокусов. В настоящем случае, где заболывание сосредоточивалось в легочной ткани, сюда относятся медиастинальные железы. Некоторые из них расположены по ходу возвратного нерва. Инфильтрируясь, они могут сдавливать этот нерв, как всякая другая опухоль, будь то аневризма или новообразование, и производить таким образом паралич левой голосовой связки. Правда, результаты объективного исследования заставляют предполагать скорее страдание правой верхушки, чем левой; тем не менее мы все-таки допустили возможность припухания лимфатической железы, лежащей в левой половине грудной клетки. Туберкулезный процесс обыкновенно одновременно поражает оба легких, и если он доказан в одном из них, то отрицательные перкуторные и аускультативные данные для другой стороны имеют очень мало значения. Это справедливо даже для тех случаев, где грудная клетка нормальна. У больных же с грудной клеткой, изуродованной до такой степени, как это было у нашего, они представляют, конечно, еще меньшую цену. Вспомните, что диагноз туберкулеза был сделан главным образом на основании присутствия Коховских бактерий в мокроте, а из какого легкого получены данные комочки мокроты, мы решить не в состоянии. Поражение левого легкого, собственно говоря, не подлежало никакому сомнению.

Против аневризмы говорило также — по крайней мере отчасти — отсутствие склеротических изменений доступных ощупыванию артерий, тогда как инфильтрация медиастинальных желез находила свою аналогию в припухании других, поверхностных лимфатических железок.

Тот же самый результат — сдавление левого возвратного нерва и последовательный паралич левой голосовой связки — мог получиться еще иным путем, благодаря развитию ложных плевральных перепонок между легким и нервом. А плеврит при туберкулезном процессе легкого представляет самое ординарное явление.

Понятно, что обе последние гипотезы — давление на возвратный нерв инфильтрированной лимфатической железкой и перетяжка его ложными плевральными перепонками — несколько не исключали одна другую. Напротив, комбинация их представлялась весьма естественной и возможной.

Таким образом, для объяснения симптомов данного случая не было никакой надобности прибегать к гипотезе аневризмы дуги аорты, и, разбирая больного на клиническом обходе, я представил ход заболывания в следующем виде.

Два года тому назад, как об этом можно было судить на основании появления кашля, у больного стал развиваться верхушечный процесс, который потом повел к припуханию лимфатических медиастинальных желез, лежащих на пути левого возвратного нерва. Достигши известной величины, железы сдавили упомянутый нерв и последовательно вызвали паралич соответственной голосовой связки. Инфильтрация иногда уменьшалась и это совпадало с улучшением голоса, который опять пропадал под влиянием нового опухания желез. До поры до времени сердце больного продолжало справляться с теми затруднениями, которые были даны для кровообращения в неправильном устройстве грудной клетки, но в дальнейшем ход болезни, с появлением новых препятствий, вследствие запустения большей и большей массы сосудов в малом круге, вследствие увеличения частоты, продолжительности и силы кашлевых приступов, одновременно с общим ослаблением организма, — оно не могло больше как следует выполнять свою работу, и таким образом развились явления расстройства сердечной деятельности. Даже у субъектов с нормальным грудным скелетом хроническая пневмония в ее поздних стадиях ведет к отекам нижних конечностей. Здесь это должно было наступить гораздо раньше.

Больной затем прожил не долго. Одышка продолжала увеличиваться, приступы стенокардии делались чаще и мучительнее, водянка ног и живота нарастала до самой смерти. За день до этого у него появились сильные боли, которые он локализовал то в правой стороне груди, то в середине ее.

При наличии легочного процесса, при существовании каверн, казалось самым вероятным допустить прорыв одной из них в полость плевры. За несколько часов до летального исхода, я нашел больного в состоянии сильной слабости. Исследование его не могло дать больше, чем исследование клиническими методами трупа. В силу этого, а также в виду ненадежности результатов перкуторного и аускультативного исследования груди вследствие ее уродливости, мы не были в праве ни отрицать, ни защищать гипотезу пневмоторакса. Больной умер при явлениях сердечной слабости в сильном цианозе.

При вскрытіи оказалось, что правое легкое было плотно сращено съ грудной стѣнкой, верхушка его въ состояніи опеченѣнія и пронизана множествомъ сообщающихся съ бронхами кавернъ. величиной отъ крупной горошины до грецкого орѣха. На ихъ стѣнкахъ видны творожистые узлы. Остальныя части этого легкаго тоже усѣяны плотными узлами различной величины (отъ коноплянаго зерна до лѣснаго орѣха) сѣро-аспиднаго цвѣта. Нѣкоторые изъ нихъ въ центрѣ съ творожистыми измѣненіями.

Лѣвое легкое сращено съ плеврой только при верхушкѣ; верхняя его доля слегка отечна, нижняя сдавлена, по краю даже карнифицирована. Кромѣ того, по всему легкому, особенно вблизи плевры и на самой плеврѣ, творожистыя, величиной съ горошину, уплотненія.

Сердце гипертрофировано, особенно правое. Стѣнка послѣдняго втрое толще нормальнаго. Клапаны безъ измѣненія. На *intima* аорты незначительныя склеротическія измѣненія. Во всемъ остальномъ большіе сосуды нормальны.

"Возвратный нервъ при выходѣ изъ-подъ дуги аорты кверху, между аортой и трахеей, прилегаетъ къ увеличенной и сильно пигментированной лимфатической железнѣ, съ которой онъ довольно плотно срашенъ" (протоколъ вскрытія).

Послѣ лекціи вы взгляните на тщательно отдѣланный препаратъ и тогда яснѣе представите взаимное отношеніе железки и нерва. Здѣсь-же находятся и остальные органы, о которыхъ я не говорилъ, такъ какъ они представляютъ мало интереса.

Этотъ случай замѣчательнъ еще въ одномъ отношеніи. Я уже упомянулъ, что больной, не смотря на туберкулезный процессъ, во все время пребыванія въ клиникѣ, ни разу не далъ лихорадочнаго повышенія температуры. Съ подобнымъ теченіемъ хронической бациллярной пневмоніи вы встрѣтитесь при сахарномъ діабетѣ, у водяночныхъ больныхъ, особенно при водянкахъ почечнаго происхожденія. Въ такихъ обстоятельствахъ изслѣдованіе мокроты на Коховскія палочки можетъ оказать вамъ большія услуги, особенно, если эластическія волокна найти почему бы то ни было не удастся. Присутствіе бациллъ, конечно, при повторныхъ изслѣдованіяхъ и въ извѣстныхъ количествахъ (находка одного экземпляра еще ничего не доказываетъ, позволяетъ сдѣлать точный діагнозъ тамъ, гдѣ безъ этого туберкулезъ вы бы только подозрѣвали.

УДК 616.225.6-009.11-02:616.24-002