

Из Полоцкой окружной больницы им. Ленина (главврач В. С. Магаршак, зав. хирургическим отделением М. В. Дунья).

Случай каверномы печени, излеченный оперативным путем.

М. В. Дунья.

Каверномы печени в практике встречаются довольно редко. В 1928 году Клар собрал всего 31 случай. К ним мы можем добавить случаи Бабука, Видемана, Генкина, Репина, Зибнеца, Богомаза, Балинского, Бельца, Стучинского, Ненилина, Карпа и Беспалова, что вместе с наблюдавшимися нами случаем составит 44 случая оперированных кавернозных ангиом печени. На долю русских хирургов приходится 13 случаев. На секционном столе сосудистые опухоли печени являются частой находкой (Уайт, Вель, Гартер и другие), небольшие каверномы встречаются в 6—10% вскрытых трупов (Корманн).

Каверномы печени некоторые считают врожденными опухолями (Эвальд, Никифоров), которые под влиянием травмы, полового созревания и друг. могут быстро увеличиваться в своем росте. В левой доле печени ангиомы встречаются чаще, чем в правой; у женщин чаще, чем у мужчин; из 25 случаев Бельц насчитывает 19 у женщин. Каверномы печени являются доброкачественными опухолями, но описаны рецидивы.

Носители ангиом обращаются к врачу, когда опухоль увеличивается в своем росте и начинает причинять боли и давить на соседние органы, обычно на желудок, что выражается рядом диспептических жалоб: тяжесть в подложечной области и изжога, иногда рвоты.

Как на осложнение каверном нужно указать на обильные кровотечения вследствие разрыва опухоли под влиянием травмы и даже без таковой. Такие случаи описаны Шу, Гефеном и Киари, а в 1931 г. Карпом. Все случаи закончились летально.

Переходим к описанию нашего случая.

История болезни № 7514. Лисовая С. Д., 41 года, колхозница, поступила в хирургическое отделение 15/ХП 35 г. с жалобами на боли в правом подреберье и растущую опухоль.

Анамнез: 6 лет тому назад появились у больной отрыжка горелым яйцом, тошноты, натащак и боли в подложечной области после еды, опоясывающего характера, продолжительностью в 30—40 минут. Одновременно с болями больная стала прощупывать неподвижную плотную опухоль в правом подреберье величиною с грецкий орех. В течение 3 лет опухоль в своем объеме не увеличивалась. 3 года тому назад опухоль стала медленно расти, стала подвижной и мягче. Последние 6—7 месяцев опухоль стала быстро расти, тяжесть и боли в подложечной области стали более интенсивные, особенно после еды. Похудания больная не отмечает. Травму отрицает. В прошлом ничем не болела. Замужем с 19 лет, имела 6 детей из которых живы 3, остальные умерли в раннем детстве.

Больная среднего роста и правильного телосложения. Подкожно-жировой слой удовлетворительно развит. Видимые слизистые слегка бледны. Границы сердца в пределах нормы, тоны глуховатые. В легких ничего патологического. Верхние границы печени на нормальном уровне. Нижний край печени по передней аксилярной линии выступает на два поперечных пальца из-под ребер. В подложечной области прощупывается бугристая плотноватая опухоль величиною с большой кулак, заходящая влево за среднюю линию. Подвижность опухоли книзу ограничена. При перемещении больной с боку на бок, опухоль также перемещается в правое и левое подреберья. RW и RK отрицательны.

Картина крови: гемоглобин—60%, лейкоцитов—11600, эритроцитов—2940000. Лейкоп. формула: сегм.—77%, пал.—4%, юн.—7%, лимф.—10%, мон.—2%. РОЭ—15 м. в час. Моча норма. На рентгене желудок несколько опущен. Эвакуация задержана. *Vulbus duodeni* контурируется удовлетворительно.

17/XII операция под местной анестезией (Дунье). Разрез по белой линии от мечевидного отростка до пупка. По вскрытии живота обнаружена мелко-бугристая опухоль левой доли печени темно-синего цвета, переходящая в ткань печени без всякой ножки. После наложения матрачных швов на левую долю печени в пределах здоровой ткани опухоль резецирована.

Швы из толстого кетгута захватывали участки печени в 2—3 см, причем каждый последующий шов захватывал половину предыдущего. Кровотечение было сравнительно небольшое. Широкий край печени прикрыт круглой связкой (после рассечения последней) в виде туго натянутого чехла. Размеры препарата 16×10×7 см.

Гладкое послеоперационное течение. Небольшое повышение температуры в первые дни после операции. Швы сняты на 8-й день. Натяжение первичное. 1/1 36 г. Большая выписка в хорошем состоянии. 14/II получено письмо от б-ой, что она чувствует себя хорошо.

Результат исследования опухоли в Белорусском патолого-анатомическом институте: **кавернома.**

Распознавание каверном печени до операции описано всего лишь два раза Израэлем и Бекон на основании признаков сосудистого шума и уменьшения опухоли при сдавлении. К сожалению, эти признаки весьма часто отсутствуют, и каверномы печени часто принимаются за опухоли желудка, эхинококк печени, опухоли сальника и даже кисту яичника. Большей же частью ставится просто диагноз „опухоль печени“. В нашем случае диагноз до операции не был поставлен.

О проценте смертности после радикальных операций по поводу каверном печени говорить преждевременно, ввиду небольшого числа оперированных случаев. Пока опубликованы три случая смерти (Видеман).

Несколько слов о швах на печени. Накладывая шов Кузнецова-Пенского или матрачные швы, следует затягивать петли до легкого разрыва печеночной ткани, как указывал Тихов. Этот прием действительно ведет к меньшей потере крови.

Из клиники кожных и венерических болезней Томского гос. мед. института (директор проф. П. В. Кожевников).

Реинфекция сифилиса с последующим развитием раннего тяжелого невриси́филиса.

А. Н. Дьячковская.

Приводимый ниже случай реинфекции сифилиса представляется, по нашему мнению, необычным по ясности этиологии и яркости проявления.

Б-ной П. Ш., 29 лет, русский, служащий. Наследственность больного хорошая. Рос и развивался нормально. В молодости болел сыпным тифом, холериной, дважды оперировался по поводу паховой грыжи.

В 1923 г. в 19-летнем возрасте в городе Иркутске, будучи студентом, после случайного сношения заметил на члене язвочку. RW была положительная. Б-ной в больнице получил один курс специфического лечения. Выписавшись из больницы, б-ной с целью более верного излечения решил продолжать лечение одновременно у трех врачей, скрывая от каждого из них посещение других врачей. Всего он получил за полтора года 19 курсов специфического лечения. В дальнейшем б-ной почти ежегодно повторял исследование крови—всегда с отрицательными результатами. В 1930 году RW была также отрицательной.