

Рентгенодиагностика свища, как осложнения раковой опухоли пищевода, в некоторых случаях может представить известные трудности. Так, в нашем случае № 3 свищевой ход в медиастинум при рентгеноскопии был едва заметен, лишь наклонение туловища дало нам возможность заполнить жидкой контрастной массой 2 слепых хода в медиастинум.

Выводы: 1. По нашим наблюдениям эзофаго-трахеальные свищи как осложнение рака пищевода встречаются среди других осложнений рака пищевода сравнительно часто.

2. Когда больные являются на рентгенологическое исследование с клинической картиной карциномы пищевода, с внезапно появляющимся при приеме пищи удушливым кашлем, резким исхуданием, необходимо иметь в виду возможность карциномы пищевода с прорывом в воздухоносные пути.

3. По нашим наблюдениям эзофаго-трахеальные свищи как осложнение рака пищевода локализуются преимущественно в верхнем отделе пищевода. Это объясняется топографо-анатомическими отношениями органов средостения.

4. Прогноз при эзофаго-трахеальных свищах неблагоприятен, обычно дело заканчивается аспирационной пневмонией, абсцессом или гангреной легких.

Поступила в ред. 28.XI 1938 г.

Из пропедевтической терапевтич. клиники (директор—проф. Корицкий)
Днепропетровского медицин. института.

К вопросу о распознавании злокачественной хорион-эпителиомы легких.

Д. Н. Куцыгин.

Среди злокачественных новообразований легких хорионэпителиома занимает несколько своеобразное положение как по своему патогенезу, так и по клиническому течению. Впервые хорионэпителиома описана шведом Нетцлем в 1872 году как опухоль плаценты. Дальнейшие исследования Никифорова, Покровского, Зенгера, Маршана, Пфейфера и др., окончательно выяснили происхождение этой опухоли из эпителия ворсин и непосредственную связь ее с беременностью.

Отдельными авторами данное новообразование описывалось под различными наименованиями, которых насчитывается свыше 20 (Бурдзинский).

Из них наиболее употребительными и соответствующими морфологическим особенностям опухоли являются наименования „злокачественная хорионэпителиома“ и „злокачественная децидуома“. В тех случаях, когда опухоль находится не в матке, а в других органах, т. е. в результате метастаза, она носит название эктопической хорионэпителиомы (Дунгер).

Следует считать окончательно установленной идентичность морфологических и физиологических элементов хориона и патологических — хорионэпителиомы, и только буйный рост и склонность давать метастазы в различные органы определяют злокачественность последней.

Эктопическая хорионэпителиома встречается не часто. По данным Днепропетровского патолого-анатомического института примерно на 3 тысячи вскрытий за последние 25 лет было 5 случаев хорионэпителиомы матки с метастазами в различных органах и ни одного случая эктопической хорионэпителиомы.

Хорионэпителиома встречается чаще у лиц в возрасте от 20 до 30 лет, но бывает она и у более молодых женщин, и в климактерическом периоде, и позже. Опухоль может появиться как после патологической, так и после нормальной беременности; чаще всего возникает она в матке, но нередко первично локализуется в отдаленных органах при вполне нормальной матке. Из собранных Бурдзинским 263 случаев — 42% приходится на образование хорионэпителиомы после пузырного заноса, 33% после выкидыша, 25% после нормальных или преждевременных родов.

Этиология этих опухолей до настоящего времени остается неясной, особенно, если учесть доказанную уже возможность подобного образования вне всякой связи с беременностью, даже у девственниц (Гудим-Левкович), а также появление ее в яичке мужчин (Шлагенгауфер, Гамди, Малассе, Моно и др.).

Чаще всего, как мы уже выше отметили, хорионэпителиома комбинируется с пузырным заносом. Конечно, в этих случаях диагноз не представляет затруднений.

Гораздо, однако, труднее и в большинстве случаев даже невозможно определить хорионэпителиому эктопическую, т. е. когда со стороны матки никаких отклонений от нормы нет.

Метастазы происходят почти исключительно гематогенным путем. По частоте поражения на первом месте стоят легкие, далее — влагалище, печень, почки, мозг, кишки, селезенка и т. д. (Бурдзинский). В этом отношении интересен случай Гамди, обнаружившего в сосуде матки сосцевидное хорионэпителиальное, слабо связанное со стенкой сосуда образование, готовое оторваться при подходящих условиях.

В подавляющем большинстве случаев хорионэпителиома развивается через 1—2 месяца после родов, но описаны случаи появления ее через 1—2 года (Гудим-Левкович) и даже через 10 лет (Ролано). Повидимому, элементы хориона, занесенные во время беременности в тот или другой орган, могут долгое время находиться в дремотном состоянии, и при благоприятных условиях они переходят в состояние размножения с превращением в злокачественную опухоль.

Патолого-анатомически хорионэпителиома легких представляется в форме узелков различной величины — от едва заметных простым глазом до размеров лесного ореха и больше, при чем одни из них имеют сплошной геморагический характер, другие — сероватого вида с нерезко выраженными геморагическими явлениями.

При гистологическом исследовании характерны для хорионэпителиомы обиль-

ные кровоизлияния в ткань новообразования и некрозы. Бросается в глаза наличие типичных и для нормальной ворсинчатой оболочки двух родов клеток: окрашенных в темный цвет, часто гигантских, богатых ядрами (синцитиальные клетки) и более мелких, часто веретенообразных, но с резко очерченными границами клеток, с вакуолизированной протоплазмой и большим ядром, дающим гликогеновую реакцию (клетки Ланганса). Те и другие клетки в большом количестве, с сохранением типичного расположения в отношении одних к другим, отмечаются, главным образом, по периферии узлов; однако, в центре их, иногда в просвете сосудов, можно видеть целые скопления клеток Ланганса с остатками синцитиальных клеток. Часто видны фигуры деления в клетках Ланганса.

Такие же фигуры деления Бурдзинскому удалось обнаружить и в клетках синцития, что позволило ему подтвердить взгляд Кашенко, Ашофа и Маршана о происхождении клеток Ланганса не только из себе подобных, но и из синцитиальных, представляющих собою клеточные элементы, менее дифференцированные.

Таким образом, диагноз хорионэпителиомы устанавливается точно на основании гистологического исследования опухоли. Но это, естественно, имеет место только в тех случаях, когда вопрос идет о хорионэпителиоме, которую можно исследовать путем биопсии (матка, влагалище и т. д.).

В случаях же эктопических хорионэпителиом, в том числе и хорионэпителиомы легких, эта возможность совершенно исключена, однако при тщательном исследовании мокроты можно нередко обнаружить клеточные элементы хориона, что позволяет установить диагноз (Опиц).

Правильная диагностика хорионэпителиомы в раннем периоде ее развития помимо теоретического интереса имеет и практическое значение, в смысле прогноза и терапии. По данным Ризеля, Дунгера и др. хорионэпителиома, в отличие от прочих злокачественных опухолей легких, не является абсолютно безнадежным заболеванием, так как эти авторы в пораженной легочной ткани наблюдали и явления ясного процесса обратного развития хорионэпителиомы (Гудим-Левкович). Полоссон в некоторых случаях частичного удаления опухоли матки отмечал исчезновение ее остатков не только на месте операции, но и метастазов в легких и других органах (Пожариский). Все это говорит за возможность самоизлечений хорионэпителиомы.

Если принять во внимание хорошие результаты, полученные некоторыми авторами (Винц, Побединский и др.) при рентгенотерапии хорионэпителиомы матки, то совершенно показанным является применение этой терапии и в случаях легочной хорионэпителиомы, так как необычайно бурная генеративная способность атипических ее клеток и резко усиленный клеточный обмен в них, делают их более чувствительными к лучам рентгена и радия.

Перехожу к описанию собственного случая.

Больная В-ко, 23 лет, уборщица, поступила в клинику 21/X 1935 г. с жалобами на боли в области сердца и кровохаркание. Заболела два месяца тому назад сразу: появился кашель, обильное кровохаркание, продолжавшееся около получаса. По словам больной, за это время выделилось около полустакана жидкой крови. В дальнейшем при кашле выделялись небольшие сгустки крови. Находилась все время под наблюдением тубинститута, откуда и направлена в клинику. В прошлом малярия, брюшной тиф; 8 месяцев тому назад правосторонний мастит. Замужем два года. 8 месяцев тому назад — нормальные роды. Послеродовой период нормальный. Ребенок здоров.Abortов не было. Последние месячные 2 не-

дели тому назад. Наследственность благополучная. Квартирные условия и питание хорошие.

Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Сердце — без уклонений от нормы. Легкие — удлинённый выдох на правой верхушке, жесткое дыхание на левой. Органы брюшной полости без изменений. В мокроте туберкулезных палочек и эластических волокон не найдено. Температура иногда $37,1^{\circ}$. Больная чувствовала себя хорошо; бывал небольшой кашель, изредка с примесью крови. На 6-й день кровохаркание прекратилось, и на 8-й день больная выписалась в хорошем состоянии, не будучи подвергнута рентгеноскопии по техническим условиям.

Вторично поступила 10/XI, т. е. через 12 дней после выписки, с жалобами на сильный кашель, кровохаркание, боль в левой половине грудной клетки.

По ее словам, в течение недели после выписки из клиники она чувствовала себя хорошо; затем появились сильные боли в левой половине грудной клетки, кашель, кровохаркание, жар, одышка, отсутствие аппетита, запор, слабость, и она вторично обратилась в клинику.

Объективно: в легких справа — норма; слева спереди притупление перкуторного звука от второго ребра, переходящее книзу в абсолютную тупость; сзади притупление от середины лопатки, постепенно книзу переходящее в абсолютную тупость. Дыхание слева сверху ослабленное, внизу не прослушивается. Сердце смещено вправо. Остальные органы без особых изменений. Рентгеноскопия на следующий день: слева снаружи между 1-м и 3-м ребрами имеется ограниченное затемнение. Снизу до уровня 4-го ребра, ближе кпереди — затемнение, верхняя граница которого немного дугообразно выпукла. Заключение рентгенолога: осумкованный плеврит.

15/XI произведена плевральная пункция, причем добыто 30 см^3 резко геморагической жидкости, при цитологическом исследовании которой обнаружены почти исключительно лимфоциты.

Запрошенный нами тубинститут прислал результаты рентгеноскопии легких больной от 27/X, т. е. периода наблюдения ее институтом: слева в среднем легочном поле, ближе к hilus'у, овальной формы, плотной интенсивности, гомогенного характера с четкими контурами затемнение, сливающееся с корнем легкого. Очаговых изменений в паренхиме обоих легких не обнаружено. Левый кардиодиафрагмальный синус тяжист. Экскурсия левого купола диафрагмы ограничена. Заключение рентгенолога — можно думать об эхинококковой кисте.

Лабораторные исследования. Кровь: эритро. — 2950000 , Hb 55% , цв. показатель $0,9$; лейкоцитов — 5900 ; из них: юных 1% , пал. 6% , сегм. 76% , базоф. 1% , лимф. 11% , моноц. 5% , РОЭ 78 мм (по Панченкову), резистентность эритроцитов $0,52 - 0,38$; р. Вассермана — отрицательная, р. Каццони — отрицательная, моча — нормальна; р. Дэвиса — отрицательная; мокрота — много пигментных клеток; палочек Коха и эластических волокон не найдено.

Температура все время высокая, достигающая иногда $39,5 - 39,7^{\circ}$, неправильного типа. Больная чувствует постоянные боли в левой половине грудной клетки; кашель небольшой, но каждый раз с большей или меньшей примесью крови.

Через неделю звук сзади прояснился, в левой подмышечной области прослушиваются отдельные влажные хрипы, в дальнейшем исчезнувшие. 9/XII рентгенография: обнаружено затемнение, исходящее от срединной линии, идущее вверх и кнаружи и на уровне 2-го ребра под углом, опускающееся вниз и кнаружи. Кнутри тень его сливается с тенью сердца, остальные границы резко очерчены без всякой тяжистости.

Состояние больной с каждым днем резко ухудшалось: боли в груди и слева и кашель с кровавистой мокротой усилились, аппетит пропал, началось быстрое исхудание, и 2/I 1936 года больная скончалась при явлениях отека легких и упадка сердечной деятельности.

Диагноз в данном случае не представляет особых затруднений: постоянное кровохаркание, геморагический плеврит, наличие ограниченной опухоли при неизменном рисунке остальных отделов легких на рентгене, отрицательная реакция Каццони, отсутствие туберкулезных палочек в мокроте и эозинофилии в крови — все это говорило за злокачественное новообразование.

Однако клиническая картина имела и свои особенности: внезапное, среди полного здоровья, начало с обильным кровохарканием, быстрое течение с постоянной примесью крови в мокроте, свидетельствовавшее о необычном деструктивном росте опухоли, молодой возраст больной (23 года), конгурированная опухоль угловатой формы без тяжистости на экране, предшествовавшие за шесть месяцев до заболевания роды, — все это давало нам право из всех возможных новообразований легких остановиться на хорионэпителиоме. С этим диагнозом больная была продемонстрирована на объединенной конференции терапевтических клиник.

Секция на другой день (доц. Е. А. Кураев).

Приводим протокол вскрытия только интересующих нас органов.

Левое легкое плотно сращено всей поверхностью с пристеночной плеврой, кроме передней части. Легкое объемистое, тяжелое, плотное, за исключением небольшой части верхней и нижней доли. На разрезе: уплотненная часть легкого резко ограничена от остальной части широкой прослойкой соединительной ткани, составляющей как бы капсулу.

Само уплотнение представляется разделенным соединительно-ткаными прослойками на различного размера и формы участки. Все эти участки плотной консистенции, темно-красного цвета с небольшими очагами серовато-беловатого цвета в центральных отделах. Упомянутые участки, по внешнему виду, напоминают ткань плаценты. Остальное легкое свободно от описанных образований. На разрезе оно серо-розового цвета, с поверхности разреза выдавливается большое количество мало пенистой жидкости.

Матка немного увеличена, свободна от сращений, подвижна. На разрезе плотна, белого цвета, слизистая желтоватая, рыхлая.

Гистологическое исследование узла легкого: материал состоит из большого количества мелких клеток; наряду с ними выделяются большие клеточные образования (гигантские клетки, синцитий) с интенсивно окрашивающимися ядрами. В некоторых местах видны участки, выполненные эритроцитами. По периферии этих участков располагаются указанные выше гигантские клетки. В центральных отделах препарата видны участки некроза. В соединительнотканной оболочке — большое количество мелких клеток, много гигантских, местами полинуклеарных: лейкоциты, желто-бурый мелко-зернистый пигмент. Диагноз: хорионэпителиома.

Гистологическое исследование стенки матки — обычная структура без каких-либо патологических элементов.

Таким образом, клинический диагноз хорионэпителиомы легких подтвердился гистологически, причем со стороны матки ни микроскопически, ни макроскопически каких-либо изменений не найдено.

Случай интересен в том отношении, что у больной была одна единственная, к тому же совершенно нормальная беременность, закончившаяся благополучными родами.

И все же, повидимому, нормальные фетальные элементы хориона в периоде родов были занесены в легкие, где длительное время (6 мес.) находились в дремотном состоянии и вдруг, без всякой видимой причины (простуда и проч.), перешли в состояние буйного роста с деструктивными изменениями в легочной паренхиме.

Мы считаем, что в данном случае диагноз поставлен хотя и правильно, но слишком поздно. Возможно, что при условии более раннего распознавания хорионэпителиомы в нашем случае применение рентгенотерапии дало бы лечебный успех, о чем имеются указания в литературе.

Изучение приведенного случая и литературных данных дает основание считать, что ранний диагноз эктопической хорионэпители-

омы легкого, хоть и труден, но возможен, если в общем симптомо-комплексе клинического течения хорионэпителиомы обратить особенное внимание на возраст больной, перенесенные в ближайшем периоде роды и аборт, острое начало и быстрое течение (в нашем случае 3 мес.), не прекращающееся кровохаркание, резко контурированную неправильной формы тень на экране без тяжистости и если настойчиво, повторно искать элементы хориона в мокроте.

Литература. 1. Бурдзинский, Злокачественная эпителиома ворсистой оболочки, Диссертация, 1904. — 2. Гудим-Левкович, Врач. газ., № 8, 1915. — 3. Побединский и Строкин, Труды 1 Московского госуд. мединститута. № 4, 1935. — 4. Сборник, посвященный двадцатилетию научной деятельности проф. Аничкова, изд. ВИЭМ, 1935. — 5. Славик, Клин. мед., № 10, 1934 (реферат).

Поступила в ред. 5/XI 1938 г.

Из факультетской хирург. клиники педиатрического факультета Казанского гос. мед. института.

К вопросу об оперативном лечении рака толстых кишок.

Проф. И. В. Домрачев.

Хирургия толстых кишок до самого последнего времени не перестает привлекать к себе внимание хирургов. С одной стороны потому, что технические вопросы операций на толстых кишках далеко еще не все решены, с другой стороны потому, что мы в этой области все еще встречаемся с казуистикой, интересной и по своей редкости и по особым оперативным задачам, предъявляемым хирургу. Вопрос о раке толстых кишок не сходит со страниц печати как русской (Шаак, Пунин и др.), так и иностранной (Керте, Фишер, Мейо и др.). Этот вопрос также широко обсуждался на съездах советских хирургов и на конгрессах французских и немецких хирургов. В 1913 году проф. Финкельштейн насчитал 92 случая, принадлежащих русским авторам, Свиридова в 1928 году собрала 501 случай злокачественных новообразований толстых кишок, оперированных нашими соотечественниками.

Если сравнить частоту резекций у русских и иностранных авторов, то видно, что русские хирурги производят резекцию чаще, чем иностранные. Вишневский, Федоров и Спасокукоцкий являются сторонниками одномоментных резекций, а Греков, Петров находят более выгодным производить многомоментную операцию. Сторонники многомоментных операций считают, что первичная резекция является операцией значительно более опасной из-за возможности натяжения с последующим некрозом сшитых краев; двухмоментный способ, к тому же внебрюшинный, по их мнению, менее опасен. Необходимо, однако, отметить, что сторонники многомоментных операций на сигме склоняются в пользу одномоментных операций при раке проксимальной половины толстых кишок (от соесум до начала *coli transversi*) в случаях, не осложненных острой непроходимостью и