

Наблюдения из практики и краткие сообщения.

Из факультетской терапевтической клиники (директор проф. Э. М. Кастанаян)
Ростовского п/Д. гос. мединститута.

Первичная саркома селезенки.

Т. Ф. Апиков.

Саркома селезенки встречается весьма редко. Ниже мы приводим случай первичной саркомы селезенки, прошедший через нашу клинику. Литературные данные о первичных саркомах селезенки чрезвычайно скудны. Духинова к 1928 г. собрала в литературе 54 случая первичной саркомы селезенки и приводит один свой случай.

Патолого-анатомы Гольдштейн и Смит собрали: первый 66 случаев первичной саркомы и второй 109 случаев. Крумбхаар наблюдал за 6 лет на 6500 вскрытий 4 саркомы селезенки. Из более поздних работ следует указать на работы Франка, описавшего в 1932 г. 2 случая лимфосаркомы и Стевенен, Бержере, Альбо и Ле-Лурди, описавших в 1935 г. случай ретикуло-саркомы селезенки. Опухоли селезенки встречаются чаще в возрасте 40—50 лет. У мужчин они чаще, чем у женщин. Прижизненная диагностика сарком селезенки чрезвычайно трудна. Продолжительность жизни больного в среднем — от 6 мес. до 1½ г.

Приводим наш случай: Б-ой М., 32 лет, ветеринарный техник, поступил в клинику 26/VII 1936 с жалобами на боли в левом подреберьи и крестце, высокую температуру, слабость, небольшой кашель, плохой аппетит, исхудание. В июне 1935 г. у него появился жар с обильным потом. Такое состояние длилось 8 дней. После хинизации почувствовал некоторое улучшение и работал до апреля 1936 г. Затем стал ощущать тупые боли в левом подреберьи. С 15/VI 1936 г. боли в левом подреберьи резко усилились и заставили больного слезь в постель. Температура в то время доходила до 37,5—37,7°. В ноябре 1936 состояние его ухудшилось, нарастала слабость. Больной перенес брюшной тиф в 1918 г.; курит с 19 лет. Туберкулеза и люеса в наследственности не отмечает.

Status praesens: 6-ной высокого роста, пониженного питания. Цвет кожи бледно-землистый. Лимфатические железы увеличены: на шее величиной с крупное чечевичное зерно, в подмышечных впадинах — с голубиное яйцо, а в паховых областях — слившиеся плотные на ощупь 1,6×5 см. На нижних третях голени и стопах — незначительные отеки. Пульс — 108 в 1 мин. Кровяное давление по RR 125/85. Границы сердца — норма. Тоны чистые. Легкие: при дыхании наблюдается отставание левой части грудной клетки по сравнению с правой. При перкуссии — притупление слева сзади, начиная с угла лопатки и книзу, а спереди до пятого межреберья переходящее в тупость над левой половиной живота. Аускультативно — в правом легком единичные сухие хрипы; в левом легком сзади под лопаткой единичные, влажные хрипы, ниже — ослабленное и полное отсутствие дыхания. Брюшная полость: живот вздут. Отмечается выпячивание брюшной стенки в левом подреберьи. Размеры селезенки — 20×10 см, нижний полюс ее на 2 см выше пупка; поверхность ее неровная, с значительным выпячиванием в верхней половине живота, величиной с гусиное яйцо, плотной консистенции и очень болезненное при пальпации. Печень не прощупывается.

Анализы крови.

Дата	Эритроц.	Гемог.	Лейкоцит	Эоз.	Пал.	Сегм.	Лимф	Мон.	РОЭ	Pl. mal.
27/VII 36 г.	4610000	76 ⁰ / ₀	9300	2	3	46	26	23	47 мм.	Нет
7/VIII	—	—	4800	2	5	59	20	14	63 "	"
23/VIII	3800000	75 ⁰ / ₀	5700	3	5	62	10	20	62 "	"
5. IX.	—	—	6800	2	13	68	12	5	60 "	"
11. X.	3800000	60 ⁰ / ₀	8000	—	11	58	6	25	60 "	"

Таким образом, наш случай протекал с резко выраженным моноцитозом и ускоренной РОЭ. Моча—норма. Анализ мокроты на ВК и эластические волокна дал отрицательный результат. Реакции Райта и Кадоны—отрицательные. Рентгеноскопия грудной клетки—10/IX 1936 г.: реберно-диафрагмальный синус слева запаян. Слева у корня затемнение легочного поля с центром просветления. Рентгеноскопия желудка 13/IX—отклонения от нормы нет. Биопсия лимфатической железы подмышечной впадины—2/VIII 1936 г. Гистологический диагноз: казеозный некроз лимфатического узла с почти полным разрушением ткани его. В плотной фиброзной капсуле, его окружающей, обнаружено несколько эпителиоидных и гигантоклеточковых бугорков. 8/X—выпущено при пункции живота 2500 см³ молочно-кофейной жидкости, уд. вес 1,012, р. щелочная; белка 2⁰/₀, проба P. Rivalta's положительна. Цитология: эритроциты и лейкоциты в большом количестве; лимфоцитов 20⁰/₀, сегмент. 80⁰/₀. Больной находился в клинике 2¹/₂ мес; за время пребывания его в клинике у него нарастало общее исхудание. Размеры селезенки достигли 26×16 см и нижний полюс ее спускался на 3 см ниже пупка. Температура держалась в пределах 35,8° до 38°. В клинике больной получил 13 сеансов рентгенотерапии, без эффекта. Состояние больного с каждым днем ухудшалось. 13/X больной скончался.

Учитывая анамнез больного, прогрессирующую слабость, повышенную температуру, боли в левом подреберьи, огромную селезенку плотной консистенции с бугристой поверхностью, увеличение лимфатических желез и дополнительные лабораторные и рентгенологические данные—мы предположили, что имеем дело со злокачественным новообразованием селезенки. Наш клинический диагноз: „Лимфосаркома селезенки с метастазами в печень и лимфатические узлы. Хилезный асцит. Отек ног. Сдавление воротной вены нижней полый в. и грудного протока“.

Выписка из протокола вскрытия № 266 от 14/X 1936 г. (патолого-анатомич. ин-т РГМИ,—директор проф. Ш. И. Криницкий).

Анатомический диагноз. Первичная саркома селезенки. Метастазы в лимфатические узлы малого сальника, окружающие желудок, 12-перстную кишку и поджелудочную железу. Распространение опухоли с селезенки на клетчатку ворот селезенки, малого сальника, забрюшинную капсулу левой почки со сдавлением мочеточника. Сдавление и прорастание нижней полый вены и воротной, тромбоз воротной вены и селезеночной. Инфильтрация опухолевыми массами селезеночной кризисы с перфорацией ее. Общий фиброзно-гнойный перитонит.

Брюшная полость: Нижняя полая вена, в отрезке, расположенном позади печени, окружена очень плотными опухолевыми массами, являющимися непосредственным продолжением узла ворот селезенки, малого сальника. Селезенка на всем протяжении сращена с брюшной стенкой, диафрагмой, толстой кишкой, левой почкой, надпочечником, почти весь орган состоит из очень плотных опухолевых масс, на значительном протяжении некротизированных. Лимфатические узлы брыжейки диаметром до 1 см. Лимфатические узлы малого сальника, окружающие поджелудочную железу, диаметром до 4 см. Забрюшинные лимфатические узлы образуют крупные конгломераты размерами до 10×5 см. Желудок на всем протяжении плотно сращен с селезенкой, печенью, 12-перстной кишкой, большим сальником и поперечно-ободочной кишкой. Поджелудочная железа окружена очень плотными опухолевыми массами. Печень на участке диаметром в 6 см соответ-

ственно месту сращения с желудком, инфильтрирована опухольными массами. Опухольные массы с ткани селезенки распространяются на стенку кишки селезеночной кривизны, доходя до слизистой и образуя в ней дефект, длиною 5 см, через который содержимое поступает в брюшную полость. Жировая и собственная капсула левой почки инфильтрированы белыми опухольными массами, окружающими и сдавливающими мочеточник. Вес селезенки—2,910 г, длина—23 см, ширина—18 см, толщина—12 см.

Гистологический диагноз. Опухоль селезенки, полиморфноклеточковая саркома. В метастазах: в лимфатических узлах, печени, поджелудочной железе и желудке—опухоль имеет такое же строение.

Литература. 1. Березов, О функциях селезенки, 1925.—2. Духинова. Вест. хир. и погран. областей, т. XV, 1928.—3. Кастанаян, Болезни селезенки, 1937.—4. Лифшиц и Мельников, Клиника злокачественн. опухолей.—5. Петров, Злокачественные опухоли, т. II, 1934.—6. Фаерман, Болезни селезенки, 1928.—7. Frank, Americ. Journ. of the Medical sciences № 183, 1 p. 77 k., 1932.—8. Henri Stevenin, Andre Bergeret, Gui Albot, Jean Zelourdy, La presse médicale № 20, 1935.—9. Birman, Wien. klin. Wschr. 1924, № 48, S. 1257.—10. Eilckenbusch, Frankfurt. Zeitschr. f. Pathologie B 35, S. 464 1927.—11. Köhler., Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H¹/₂ S. 194, 1925.—12. Terzian, Med. J. a. Rec. 128, 526, 1928.

Поступила в ред. 23. VI. 1938 г.

Из Омской железнодорожной больницы (нач. д-р А. Н. Лавыдов) и госпитальной хирургической клиники (зав. доц. А. П. Попов) Омского медицинского института имени М. И. Калинина.

Случай гемангиосаркомы тонкой кишки.

С. Г. Сафронов.

Из терапевтического отделения Омской ж. д. больницы 29/IX 37 г. доставлена больная А-ва Е. С. (ист. бол. № 1989) 30 лет; заболела 25/IX 37 г. Без видимой причины появились боли в эпигастральной области с рвотой и отвращением к пище, которые резко нарастали и 28/IX врачом помощи на дому она была направлена в больницу. Дома, по указанию врача, больной ставилась клизма, после которой она чувствовала некоторое облегчение. В детстве никаких заболеваний не имела. В 1921 г. болела каким-то тифом, а в 1933 г. перенесла сыпной тиф. Замужем 9 лет, имела 3 нормальных родов и один аборт. Послеродовые периоды во всех случаях протекали нормально.

St. praesens. Больная среднего роста, правильного телосложения, довольно хорошо упитана. Слизистые и кожные покровы нормально окрашены. Температура нормальная, пульс ритмичный, хорошего наполнения, 90 ударов в 1'. Со стороны легких и сердца отклонений от нормы нет. Живот слегка вздут, несколько напряжен, болезнен при пальпации в эпигастральной области и слева от пупка. Временами слышно урчание, совпадающее с усилением боли. Симптом Валя выражен ясно. Печень и селезенка не пальпируются. Дно матки прощупывается на 2 пальца ниже пупка (берем. на 5 м-це). Выделений из половых органов нет. За 1½ часа пребывания в хирургическом отделении рвота повторялась несколько раз.

Живот вздут, отчетливый симптом Валя. Прямая кишка пуста, баллонообразно вздута. При пальпации в правой половине живота определяется опухоль. На основании вздутия живота, периодически возникающих схваткообразных болей в животе, высказано предположение о непроходимости кишечника обтурационного характера. Решено больную подвергнуть оперативному вмешательству (консультация доцентов Н. Н. Высоцкого и А. П. Попова).

В 8 часов вечера 29/IX 37 г, больная мною оперирована. Наркоз эфирный. Разрез по средней линии, начиная несколько выше пупка и до лобка. При