

Микроскопически опухоль селезенки представляла типичную кавернозную гемангиому с отложением амилоида типа саго в стенках полостей и в просвете отдельных полостей. В сохранившемся участке нормальной селезенки также видны отложения амилоидных масс. В почках — выраженный амилоидоз с отложением амилоида под эндотелий артериол. Пневмония, отек легких.

Патологоанатомический диагноз. Общий амилоидоз с преимущественным поражением почек и селезенки. Уремия, пневмония, отек легких, отек головного мозга. Гигантская кавернозная гемангиома селезенки.

Вопрос о сочетании кавернозной гемангиомы селезенки с общим амилоидозом не вполне ясен.

Если исходить из положения, что амилоидоз развивается при парентеральной перегрузке белками, то громадная кавернозная гемангиома селезенки у нашей больной, являясь постоянным источником белка при распаде тканей и лейкоцитов, могла способствовать развитию общего амилоидоза, тем более что других источников для развития амилоидоза обнаружено не было.

УДК 616—006.82—617.559—611.99

#### В. Ф. Наумов и В. В. Кузнецов (Альметьевск). Крестцово-копчиковая хордома

Хордомы относятся к редким опухолям скелета. Они развиваются из остатков спинной струны и могут образоваться в любом месте позвоночника. Однако чаще встречаются каудальные хордомы. Впервые крестцово-копчиковую, хордому описал Фельдман в 1910 г. Хордомы встречаются чаще у мужчин старше 40 лет. Они могут распространяться от крестца кпереди и при этом сдавливать прямую кишку, сосуды и нервы, вызывая сильные боли и нарушение акта дефекации и мочеиспускания. Распространяясь кзади, они могут достигать больших размеров, при этом они вздуваются и узурируют крестец.

Течение хордом длительное — до 10—20 лет. После операции, как правило, хордомы рецидивируют. При своем росте они разрушают прилежащие ткани и довольно часто дают метастазы в печень и лимфатические узлы.

Окончательный диагноз хордомы может быть поставлен только гистологически.

Хордомы плохо поддаются лечению. К ионизирующему излучению они нечувствительны, операция редко бывает радикальной.

Приводим наше наблюдение.

М., 70 лет, поступил 2/IX 1963 г. с жалобами на опухолевидное образование в области крестца, боли в крестце с иррадиацией в правую ногу, затрудненное мочеиспускание, запоры и похудание. Опухоль впервые заметил год назад. Сильные боли появились 2 месяца назад.

Упитанность больного понижена. Со стороны органов грудной клетки патологии нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Мочеиспускание самопроизвольное. Стул один раз в 4—5 дней. На задней поверхности крестца, больше справа, опухолевидное образование с мужской кулак, интимно спаянное с крестцом, тугоэластической консистенции, состоящее из конгломерата узлов. Кожа над опухолью не изменена. Паховые лимфатические узлы увеличены.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника определяется деформация крестцовых позвонков, а также изъеденность контуров крестца справа. Костная структура имеет крупноячеистый рисунок. В боковой проекции определяется патологическое образование, выступающее по задней поверхности крестца. Оно несколько плотнее мягких тканей и имеет ячеистую структуру.

При ректороманоскопии и пальцевом исследовании прямой кишки патологии не обнаружено.

12/IX 1963 г. у больного вылущена одна долька из общего конгломерата опухоли. Гистологически rozpoзнана хордома (В. В. Кузнецов).

УДК 616—006.55—616.24

#### В. М. Юрченко и И. А. Стешенко (Кривой Рог). Аденоматоз легких с метастазами

М., 70 лет, поступил 26/V 1964 г. в тяжелом состоянии, с температурой 37,6°, с жалобами на одышку, усиливающуюся при малейшем движении, кашель с выделением большого количества мокроты. Больным себя считает с конца 1963 г., когда впервые появилась одышка; ухудшение состояния наступило в апреле 1964 г. В течение нескольких лет работал в шахтах Криворожья. Неоднократно болел воспалением легких.

Телосложение правильное, упитанность понижена. Цианоз губ, языка и пальцев рук. Грудная клетка правильной формы. При дыхании наблюдается втягивание межреберных промежутков. В легких на всем протяжении притупление перкуторного звука, больше справа. Дыхание жесткое, справа в нижних отделах ослаблено. Выслуши-