

Из терапевтической клиники им. проф. Р. А. Лурья (директор проф. Р. И. Лепская) Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

К КЛИНИКЕ РАКА ПИЩЕВОДА.

А. С. Виноградов.

Диагностика рака пищевода в атипичных случаях может представляться довольно сложной, особенно когда вопрос идет о ранней диагностике или о более редко встречающихся осложнениях.

Некоторые французские авторы, как, например, М ю н ь е, принимая во внимание разнообразие клинической картины рака пищевода в зависимости от места расположения рака, отношения его к соседним органам и осложнений, предлагали наряду с типичной формой выделить целый ряд атипичических форм, как ларингеальные, трахеобронхиальные, плевропульмональные, кардиоваскулярные и др. Однако, как правильно отмечают Б е н с о н д и Р и в е, здесь скорее идет речь об осложненных формах. Действительно, многообразие клинических вариантов, которые можно встретить, довольно велико. С этой точки зрения представляет интерес случай рака пищевода, наблюдавшийся недавно в нашей клинике.

Больной М., 50 лет, экономист, поступил 22/IX 1936 г. Уже с ноября 1935 г. он стал изредка ощущать подкатывание «клубка» к горлу. Вскоре к этому присоединилась незначительная боль в межлопаточном пространстве, возникшая после продолжительного трудового дня (канцелярская работа). В конце января 1936 г. у больного появилось лихорадочное состояние, температура в течение 4 дней доходила до 39,2°; тогда же появились острые давящие боли за грудиной, отдающие в позвоночник. После падения температуры боли стали менее резкими, но постоянными, приняли ноющий и давящий характер; они усиливались при быстрой ходьбе, громком разговоре, после еды и после продолжительной канцелярской работы.

По словам больного, врачи, наблюдавшие его в то время, предполагали у него медиастинит или аорталгию. С середины февраля впервые присоединились дисфагические явления: иногда задерживалась твердая пища, вызывая чувство сжатия за грудиной и усиление болей. Произведенная в то время в одной из поликлиник г. Казани рентгеноскопия показала наличие сужения пищевода на границе между верхней и средней третью его, с ровными контурами.

Невропатологами, к которым больной обратился, было высказано предположение, что имеется эзофагоспазм; рекомендовано было лечение диатермией.

Однако затруднение глотания постепенно прогрессировало и с конца марта больной вынужден был прекратить прием твердой пищи. 26/III 1936 года вновь поднялась температура и значительно усилились боли за грудиной, что побудило больного лечь в клинику. Рентгеноскопией пищевода установлено было на этот раз уже сужение пищевода с неровными краями и был диагностирован рак пищевода; больной был переведен в нашу клинику для радиотерапии.

К моменту поступления в нашу клинику в жалобах больного преобладал не дисфагический, а болевой синдром: постоянные боли за грудиной

ноющего, давящего характера, которые становились значительно интенсивнее при быстрой ходьбе, громком разговоре, после утомления; дисфагические расстройства были менее выражены; редкий сухой кашель. Интересно также отметить, что похудания за время болезни больной не замечал.

Больной высокого роста, правильного телосложения. Видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Единичные лимфатические железки на шее и в подмышечной впадине величиною с горошину. Подкожный жировой слой развит слабо. Со стороны легких—незначительная эмфизема. Границы сердца нормальные, глуховатые тоны на верхушке. Склероз периферических сосудов. Несколько плотный живот; печень несколько плотная, прощупывается на 2 пальца ниже реберной дуги.

Состав крови: лейкоцитов—10200; эритроцитов—4840000; лейкоцитарная формула: п.—4,5%, с.—54%, эоз.—1,5%, м.—10%, л.—30%, Гб.—750/0; РОЭ — 21 мм в час по Панченкову; RW отрицательна.

С первого дня и за все время пребывания больного в клинике температура давала часто вечерние повышения до 37,5°. При рентгеноскопии: несколько эмфизематозные легочные поля, границы и конфигурация сердца нормальные, несколько усилена тень аорты. Со стороны пищевода: несколько ниже области бифуркации бронхов значительное сужение, эксцентрически расположенное с неровными, четкими контурами.

Проведенный при кафедре рентгенологии Казанского ГИДУВ курс радиотерапии дал эффект очень незначительный. Больной был выписан с диагнозом рака пищевода. В октябре 1936 г. он вторично поступил в клинику с теми же жалобами на боль и давление за грудиной и в спине, и на этот раз уже и на значительную дисфагию: глотает лишь жидкую или протертую пищу. Кроме того больного беспокоят иногда тошнота и слюнотечение, и имеется значительная слабость. За последние 5—6 месяцев, по словам больного, он значительно похудел. При объективном исследовании отмечалась уже выраженная кахексия. Со стороны внутренних органов те же клинические данные, что и в предыдущий раз. Температура часто повышалась к вечеру до 37,2—37,8, а к утру спадала до нормы.

Состав крови: лейкоцитов—6900, эритроцитов—4200000, лейкоцитарная формула: п.—10,5%, с.—44%, б.—0,5%, м.—4%, л.—41%, РОЭ—30 мм по Панченкову, RW отрицательная.

При рентгеноскопии определялось в первом и втором косых положениях затемнение в медиастинальном пространстве, имеющее тенденцию к округлым очертаниям. При исследовании пищевода—контрастная масса задерживалась на границе между нижней и средней третью, где определялось значительное сужение с неровными контурами.

По предложению проф. Р. Я. Гасуль была применена рентгенотерапия в комбинации с повторными переливаниями крови. Первое переливание крови (27/IX—150 к. см) больной перенес удовлетворительно; 2/X и 7/X—два сеанса рентгенотерапии. После второго переливания крови 10/X—200 к. см, к вечеру температура поднялась до 38,4°. На другой день после подъема температуры значительно усилился кашель, появилось отделение мокроты, боли в межлопаточном пространстве стали интенсивнее. При исследовании легких определялся только незначительный тимпанит справа, выше ости лопатки. В течение последующих дней температура у больного давала значительные колебания, достигая вечерами 39° и выше, и снижаясь по утрам до 38°, а иногда до нормы. Общее состояние стало значительно хуже.

В виду возникшего у нас подозрения на возможность пневмонии или абсцесса легкого, больной был рентгенирован 14/X и рентгенолог, подтвердив свое первое заключение, добавил следующее: в верхнем и среднем полях правого легкого определяется диффузное затемнение (соответствующее приблизительно верхней доле), особенно интенсивное с замечаемыми округлыми очертаниями в среднем поле ближе к латеральной зоне (долевая пневмония?, подозрение на абсцесс?).

Количество отделявшейся мокроты продолжало увеличиваться, дойдя до 300 к. см в сутки, микроскопически в ней найдены в большом количестве эластические волокна, что подтверждало диагноз абсцесса легкого. Ввиду подозрения на то, что абсцесс легкого возник вследствие прорыва в легкое канкротной язвы пищевода, через несколько дней была повторена рентгеноскопия пищевода с дачей больному весьма жидкой бариевой каши. Однако проникновения контрастной массы в трахею и бронхи или в абсцесс не было обнаружено.

В дальнейшем состояние больного быстро ухудшалось. Температура по вечерам доходила до 39° и выше, нарастала слабость, пропал аппетит, беспокоил мучительный кашель с большим количеством мокроты, и были боли в правом боку. Между тем дисфагия почти исчезла. Такое состояние продолжалось до 27/X, когда в 12 часов дня больной внезапно почувствовал сильную боль в правой половине груди и резкую одышку, появилась значительная синюшность лица. Впрыскивания морфия и сердечных средств не облегчали больного. При перкуссии грудной клетки тимпанит по всей правой половине ее, дыхание резко ослаблено. Сердечная слабость нарастала, пульс частый, слабый, временами нитевидный. 30/X в 2 часа больной умер.

Клинический диагноз: рак пищевода; периззофагит (прорастание рака?); вторичный распад раковой опухоли. Абсцесс правого легкого. Правосторонний спонтанный пневмоторакс. Плеврит.

При вскрытии (д-р Т. С. Федорова) обнаружено следующее: левое легкое увеличено в объеме, выполняет всю плевральную полость, на разрезе красноватого цвета с коричневым оттенком, при надавливании выделяется умеренное количество пенистой жидкости, правое легкое резко спавшееся, безвоздушно, кожистой консистенции. Плевра покрыта фибринозными наслоениями, с трудом соскабливаемыми ножом. В разрезе правое легкое сероватого цвета. По задней поверхности нижней доли правого легкого, под плеврой, отслаивая ее идет канал, начинающийся из распавшейся и перфорированной плевру правого легкого опухоли пищевода в месте бифуркации бронхов и продолжающийся до края легкого по подмышечной линии, где в легочной ткани, под плеврой располагается полость с голубиное яйцо величиною, с грязно-черноватым ихорозным содержимым. Последнее имеет небольшое отверстие в покрывающей ее плевре и таким образом сообщается с плевральной полостью. Стенка пищевода соответственно месту бифуркации бронхов утолщена и имеет в центре утолщения язвенную поверхность с серебряный рубль величиной. Дно язвы состоит из крошащейся, частью гангренозной ткани. Утолщенные края язвы плотные, молочно-белого цвета. Язва в центре имеет углубление и ход, ведущий снаружи правого основного бронха в вышеуказанный канал под плеврой нижней доли правого легкого.

Микроскопическое исследование показало, что имеется плоско-эпителиальный рак с орогованием (проф. И. П. Васильев).

Заключение патолого-анатома: плоско-эпителиальный с орогованием, распадающийся рак пищевода с перфорацией в нижнюю долю правого легкого. Фистулезный ход под плеврой нижней доли правого легкого, заканчивающийся гангренозным очагом в этой доле. Перфорация легочной плевры над гангренозной полостью. Правосторонний пневмоторакс. Ателектаз правого легкого. Гнойно-фибринозный правосторонний плеврит. Фибринозный перикардит. Бурая атрофия сердечной мышцы и печени. Септическое опухание селезенки. Резкое истощение.

Особенностями нашего случая являются:

1. **Резко выраженный с самого начала заболевания болевой синдром**, доминировавший в клинической картине, и раннее появление его в тот период, когда дисфагия еще отсутствовала или едва намечалась. (Болевые ощущения в такой резкой форме и без связи с приемом пищи при раке пищевода встречаются не часто; обычно они сводятся лишь к чувству давления, стеснения в груди, чувству жжения в пищеводе, а иногда и боли при глотании). Этот болевой синдром, повидимому, и давал повод к неправильной диагностике, так как из истории болезни видно, что в начале заболевания врачи, наблюдавшие больного, предполагали у него медиастинит. Такого рода боли описываются Бенсонд и Риве, как поздние явления, соответствующие развитию периэзофагита. В данном случае боли зависели от более раннего развития периэзофагита. Естественно, что причина болей некоторое время могла оставаться нераспознанной, но данный случай показывает, что при подобном болевом синдроме с самого начала необходимо в дифференциальной диагностике принимать во внимание и органическое поражение пищевода. На более раннее развитие болевого синдрома, аналогичного тому, что наблюдалось у нашего больного, указывают Славянис, Свенсон и Риддер, но эти авторы не отмечают сочетания болей с повышением температуры, как это было в нашем случае.

2) **Лихорадочное начало заболевания**, не свойственное обычно течению рака пищевода. Несомненно, что острое начало болезни с подъемом температуры у нашего больного, нужно рассматривать, как выражение периэзофагита.

3) **Характер легочно-плевральных осложнений**. Чаще всего при прорыве рака пищевода наблюдается сообщение с трахеей или крупными бронхами, что легко определяется при рентгеноскопии и что дает типичную клиническую картину: приступы судорожного кашля после приема пищи, появление в мокроте частиц принятой пищи.

В нашем случае прорыв не мог быть установлен рентгенологически и не дал вышеописанной клинической картины, так как он проложил себе путь через узкий фистулезный ход под плеврой, вследствие чего развился более отдаленный инфекционный очаг в виде абсцесса и частично гангрены легкого. В прижизненной диагностике причины данного осложнения нужно было руководиться следующими соображениями:

Абсцесс или гангрена легкого при раке пищевода может воз-

«Каз. мед. журн.» № 4, 1937 г.

никнуть различными путями: а) вследствие прорыва инфекционного материала из изъязвившегося рака пищевода в легкое; б) переносом инфекции лимфо-гематогенным путем или путем септической эмболии; в) в результате присоединения интеркуррентной инфекции. Очень трудно было твердо остановиться на одном из возможных путей в данном случае; однако облегчение дисфагических явлений и болей, которое шло параллельно с развитием легочного осложнения, говорило в пользу распада опухоли и возможности прорыва, хотя рентгеноскопические данные и не подтверждали последнего. Патолого-анатомическое исследование показало, что действительно имелся прорыв инфекционного материала из изъязвившегося рака в легкое. Общее истощение больного, ослабление иммунобиологических сил и привело к быстрому образованию пневмоторакса.

Настоящий случай представляет интерес с той точки зрения, что наряду с классическим началом и течением рака пищевода (дисфагия с более и менее выраженными болевыми симптомами) существуют другие формы течения болезни, при которых явления периэзофагита выступают на первый план, и воспалительный процесс проявляется не только в своеобразном болевом синдроме, но и в температурной реакции и более частых септических осложнениях.

Из отделения по болезням носа, горла и ушей райбольницы в г. Елабуге Тат. АССР (зав. отделением глав. врач больницы И. Ф. Герасимов).

О ЯЗЫЧНОМ ЗОБЕ¹⁾.

И. Ф. Герасимов.

В 1869 году Хикмен впервые описал случай опухоли на основании языка у новорожденной девочки, которая через 12 часов умерла. По описанию микроскопической картины опухоли—это была щитовидная железа. Второй случай был описан Рачке в 1881 г. Более подробный доклад о зобе языка был сделан Вольфом на немецком хирургическом конгрессе в 1882 г. Берноис в 1888 г. сообщил об опухоли на корне языка, по строению напоминающей щитовидную железу. Бетлин (1890) видел подобного же строения опухоль на языке и пытался установить связь ее с эмбриональным развитием щитовидной железы. Два года спустя (1892) Варен у 52-летней женщины обнаружил язычный зоб, величиной со сливу. Зоб круглой формы, величиной с вишню, на основании языка у девушки 24 лет описал Галиш в 1894 г. В следующем году (1895) Адрет наблюдал у 17-летнего юноши язычный зоб с лесной орех. В дальнейшем участились описания подобных случаев. Так, Шамиссо, Бонкур к 1897 г. собрали 13 сл.,

¹⁾ Доложено в хирургической секции конференции молодых ученых ТР 13.1 1937 г. в г. Казани.