

Отдел III. Из практики.

Из Патолого-анатомического ин-та Казанского мединститута. (Директор—проф. И. П. Васильев).

Случай гигантской хондромы плеча.

Ассист. д-ра В. И. Журавлева.

Опухоли, достигающие гигантских размеров, обычно относятся к группе доброкачественных новообразований, встречаются главным образом в половой сфере (Кедрова и др.) и довольно редко в остальных областях тела. Опухоли эти медленно растут и в отдельных случаях, в результате многолетнего роста, достигают гигантских размеров. К числу огромных соединительно-тканых опухолей относятся фибромы, липомы, хондромы, к числу эпителиальных—кисты (Кедрова). Примером гигантской хондромы, развившейся не из половой сферы, может служить опухоль, встретившаяся нам на секции в 1931 г.

Х. К., 45 л., татарин, принят в Госп. хир. кл-ку Каз. мединститута 12/II 31 г. по поводу огромной опухоли левого плеча. 22 г. тому назад после ушиба левого плеча он заметил в области левого плечевого сустава спереди, безболезненный, плотный узел величиною с орех, который медленно увеличивался и через 6 лет достиг величины кулака, попрежнему не вызывая никаких субъективных жалоб. 11 лет тому назад больной ушиб левое плечо на середине его протяжения. Так же, как в первом случае, спустя непродолжительное время на месте ушиба появился узел, подобный первому, медленно увеличивавшийся. Лет 7 тому назад оба узла слились в одну массу. В последние 3 года опухоль начала расти быстрее и к осени 1930 г. достигла таких размеров, что больной перестал пользоваться конечностью. С этого же времени в ней появились незначительные боли по ночам. За неделю до поступления в клинику участок опухоли в ниже-заднем отделе с покрывающей его кожей омертвел, из этой области стала выделяться зловонная масса. В клинике появился новый очаг омертвения во внутреннем отделе опухоли. Exitus 21/II 31 г.

Выборки из протокола вскрытия (22/II 31). Истощенный труп. В области левого плечевого сустава и двух верхних третей плеча находилась неправильно-шаровидной формы, полого-бугристая опухоль, плотной консистенции, гангренозно размягчившаяся в ниже-внутренней части. Наибольшие окружности ее 124 и 112 см., наибольшие диаметры—36×35×32 см. Вместе с ручной опухоль весит 19,1 кг., причем здесь в расчет не принят вес жидковатой массы, вытекшей из гангренозного очага при разрезе опухоли. При удалении новообразования оказалось, что левая ключица и лопатка не вовлечены в процесс и только самые наружные концы акромиона и ключицы погружались в массу опухоли. При распиле, проведенном по длинику плечевой кости обнаружено, что опухоль занимала ее верхние $\frac{2}{3}$; следов плечевого сустава не удалось найти. Поверхность разреза верхнего отдела опухоли белого цвета, полупрозрачна, состоит из большого количества разных по размерам опалесцирующих, округлых участков, в которых повсюду разбросаны матовые, серовато-желтые очажки неправильной формы, размерами до копеечной монеты. В нижнем отделе—полость с детской головку, выполненная распадом опухоли. С поверхности новообразование покрыто фиброзной капсулой с проходящими по ней крупными кровеносными сосудами; местами отростки капсулы проникали вглубь опухоли.

При *микроскопическом исследовании* кусочков опухоли обнаружено, что она с поверхности покрыта плотной соединительной тканью с небольшим количеством тонкостенных кровеносных сосудов. Отдельные тяжи капсулы, отходящие вглубь опухоли, приобретают во многих местах миксоматозное строение. Вся масса опухоли состоит из типично для хондромы построенной хрящевой ткани. Основу ее составляет гиалиновая субстанция, в которую вкраплены хрящевые клетки. Последние разнообразных размеров, располагаются кучками

от 1 до 25 шт. Большая часть опухоли находится в различных стадиях дегенерации и некроза, встречается дегенеративное ожирение клеток и межклеточного вещества. Во многих местах межклеточной ткани обнаруживаются отложения извести. Присутствия костной ткани, а также эластических волокон нигде не отмечено.

Интерес нашего случая заключается в гигантских размерах и редкой локализации опухоли. При просмотре литературы выяснилось, что гигантские хондромы чаще встречаются в тазовых костях, реже в костях конечностей, в других областях тела подобные случаи единичны.

Хондрома тазовых костей имела 2 фута в диаметре (O. Weber) 103 см. в окружности и весила 37 англ. фунтов (Halthouse); 80—90 см. в окружности равнялась 3 головам взрослого человека (Dorn); была больше 2 голов взрослого (Малис и Шор); больше головы человека, весившая 5550 гр. (Schopping); с голову взрослого (Billroth и Jardine); занимала всю полость таза (Schultze); имела диаметры 27×24 см. (сл. Ribbert'a из коллекции Gottingen'a). Хондрома бедра достигала 175 см. в окружности (Nelatou); $14 \times 17 \times 27$ в сл. Ribbert'a из коллекции Bonn'a. Хондрома лопатки равнялась 70 см. в окружности в сл. Cacciopoli; весила 4,7 кгр. (Schnell) и 4,2 кгр. (сл. Jond'a). Хондрома верхней части руки, ключицы и лопатки была с голову взрослого человека (Thiersch); в сл. Masson'a хондрома плеча достигала 82 см. в окружности. Среди единичных случаев отмечим хондрому диафрагмы размерами $64 \times 45 \times 7$ (из музея г. Цинциннати—Kramer; хондрому ребер, имевшую 90 см. в основании (Schläpfer) и хондромы передней грудной стенки забрюшинной клетчатки с голову взрослого (Schnitzler, Romm).

Сравнивая наш случай с приведенными выше, мы находим, что хондрома нашего случая по своим размерам ($36 \times 25 \times 32$ см. в диаметре, 124×112 в окружностях) и весу (19,1 кгр.) принадлежит к числу самых больших из всех известных, а по локализации—к числу редчайших гигантских хондром плеча.

Многие хондромы, как известно, возникают из эмбриональных участков хряща, в других случаях—из заблудившихся зачатков хондрогенной ткани. Некоторые авторы допускают возможность образования опухолей из недифференцированной соединительной ткани путем ее метаплазии. Опухоли могут развиваться из неокостеневших зачатков межклеточного хряща, подвергшегося неблагоприятным воздействиям в периоде роста. Нередко толчком для проявления роста опухоли служат всевозможные травмы.

Вследствие того, что в организме, кроме хондромы плеча, имелись еще две опухоли: саркома печени и fibroma hyalinicum левой почки, можно думать, что исходом хондромы явился заблудившийся зачаток хрящевой ткани, который проявил свойство роста только после бывшей 22 г. тому назад травмы. Полное замещение двух верхних третей плеча и сустава опухолью позволяет предполагать, что хондрома возникла из костного мозга, следовательно мы можем классифицировать ее, как центральную энхондрому.

Из Центр. керченской поликлиники (главврач Г. П. Александров) и больницы при Гос. мет.заводе (глав. врач д-р Клейненберг).

Ретенция зубов с выходом в нос и гайморову полость¹⁾.

А. И. Пискун,

Зав. каб. уха, горла, носа Цент. пол-ки.

Задержка зубов в толще челюстей и роста их не на обычном месте, явления не столь частые.

Нахождение зуба в толще самой челюсти, а не в зубном ряду, как это полагалось бы по возрасту—наз. ретенцией зуба. Ретенционными могут быть как вполне развившиеся, так и оставшие в своем росте и недоразвитые зубы. Ретенция может быть полная и частичная, т. е. когда зуб остановился на пути сво-

¹⁾ Доложено 15/VI 31 г. в Научной ассоциации врачей гор. Керчи.