

Первичная саркома желудка *).

Ординатора Жуковской.

Первичная саркома желудка круглоклеточного типа—заболевание редкое. Каждый новый случай этого заболевания заслуживает описания—до накопления такого материала, который позволил бы, хотя в общих чертах, нарисовать картину данной болезни. В виду этого я и считаю нелишним описать в печати приводимый ниже случай, который особенно интересен тем, что диагноз здесь был поставлен при жизни.

Больной М., 26 лет, студент, поступил в клинику 10/III 1925 г. с жалобами на схваткообразные боли, чувство давления и полноты в области желудка и наличие опухоли в брюшной полости выше пупка. Боли появляются ежедневно, довольно часты, связать их с приемом пищи нельзя,—они бывают и до еды, и после еды, и ночью, иногда после курения, хотя все же наиболее интенсивными они бывают после приема пищи, когда к ним присоединяется и чувство давления в подложечной области. Кроме того, у больного отмечаются отрывка принятой пищи и периодическое слюнотечение, иногда настолько обильное, что больного начинает тошнить, и очень часто дело кончается рвотой, причем в рвотных массах обнаруживаются большое количество слизи и пища, часто непереваренная. Изжоги не бывает, икоты также. Аппетит повышен,—больному все время хочется есть. Заметных отклонений от нормы со стороны стула нет, лишь изредка бывает запор. Кал—обычно оформленный, темно-коричневого цвета; черного кала больной у себя не замечал. Впервые почувствовал себя нездоровым в октябре 1924 г., когда появились периодические диспептические расстройства; позднее к ним постепенно присоединились все вышеуказанные признаки; за последние 2 месяца в состоянии больного произошло резкое ухудшение, которое и заставило его обратиться в клинику. В детстве больной перенес золотуху, потом сухой плеврит и брюшной тиф, страдал также воспалением паховых желез и неврастений. Он много курит, спиртными напитками не злоупотреблял. Условия жизни его плохие: тесная, сырая комната, плохое питание; особенно плохо питался он за время с 1918 по 1923 г. включительно,—в эти годы он часто голодал. С 1924 г. обстоятельства изменились к лучшему, и он мог питаться лучше, но из-за недостатка свободного времени питался беспорядочно,—ел то рано утром, то совсем поздно вечером. Пищу употреблял смешанную. Сильно переутомлялся,—служил и учился.

Больной среднего роста, правильного телосложения, с подорванным питанием. Кожа бледная, с легким желтушным оттенком; подкожная клетчатка развита очень плохо. Прощупываются подчелюстные, шейные, надключичные и подмышечные железы величиной до горошины, умеренно плотные, с подлежащими тканями не спаянные, подвижные, безболезненные. Язык слегка обложен, зубы здоровы. Грудная клетка уплощена в передне-заднем размере, симметрична; надключичные ямки западающие. При перкуссии легких обнаруживается притупление над верхушками и в межлопаточном пространстве; границы легких нормальные, подвижность легочных краев имеется. При выслушивании в верхушках определяются жесткий вздох, удлинненный выдох и непостоянные мелкопузырчатые хрипы, в межлопаточном пространстве—жесткое дыхание, в остальных местах области легких—жестковатое дыхание и единичные рассеянные сухие хрипы; имеется незначительная одышка, а также небольшой кашель со скудным отделяемым. Пульс 60—68 уд. в мин., среднего наполнения; стенки сосудов слегка ригидны, кровяное давление—115/85.

*) Доложено в Самарском Научном Обществе Врачей 11 июня 1925 г.

Границы сердца нормальны, на верхушке I тон глуховат, на сосудах II тон несколько усилен. При осмотре живота замечается небольшое выпячивание в подложечной области. При пальпации *epigastrii*, между левой сосковой и правой парастеральной линиями, на уровне пупка и пальца на три выше, прощупывается опухоль значительной плотности, состоящая как бы из нескольких отдельных возвышений, переходящих незаметно одно в другое; опухоль частью заходит в левое подреберье; форма ее—округлая, величина в большой кулак, урчания и флюктуации она не дает, подвижна при пальпации вверх, вниз, вправо и особенно влево, при дыхании также подвижна, при перемене положения туловища смещается в ту сторону, на которую ложится больной; при пальпации опухоли боли в ней самой не ощущаются, но больной чувствует неприятную тянущую боль во всей подложечной области; прощупывается опухоль всегда одинаково, с соседними паренхиматозными органами она не связана, петли кишек перед собой не имеет, так как при перкуссии дает тупой звук. Раздувание желудка при посредстве баллона показывает, что опухоль ясно связана с ним. Печень и селезенка—у края ребер. *S. rotundum*, *coecum*, *appendix* прощупываются; при пальпации слепой кишки больной ощущает боль в подложечной области; отправления кишечника нормальны. Мочеполовая система уклонений от нормы не представляет. Со стороны нервной системы повышение коленных рефлексов и красный дермографизм. Температура тела в пределах нормы. Кровь: *RW*—отрицательная, *Hb*—72%, эритроцитов—4.890.000, лейкоцитов—11.563, *index*—0,8, лейкоцитарная формула по *Schilling's*: *S*—40,5%, *St*—23%, *J*—2%, эозинофилов—5 1/2%, лимфоцитов—21%, мононуклеаров и переходных—8% (сдвиг влево до юных, эозинофилия); плазмодии малярии не найдены. Моча прозрачная, кислая, уд. в.—1.019, белка, сахара, желчи, крови не содержит, индикан в норме, в осадке единичные лейкоциты и немного плоского эпителия. В мокроте бацилл *Koch's* не найдено. Кал темно-коричневого цвета, густой, оформленный, обычного запаха, реакция на кровь (*Weber's*)—слабо положительная, при микроскопическом исследовании кал оказался содержащим много растительных клеток, немного слизи, единичные клетки эпителия; яиц глист не найдено. Исследование желудочного содержимого натощак показало, что общая кислотность его 5, свободной *HCl* совершенно нет, молочной кислоты следы, крови и желчи нет, под микроскопом—единичные зерна крахмала, много дрожжевых клеток. При исследовании желудочного содержимого через 45 мин после пробного завтрака *Boas-Ewald's* получены след. данные: общая кислотность—18, свободной *HCl*—0, молочной кислоты следы, крови и желчи нет, крахмалу много, дрожжи в значительном количестве, слизи много. Рентген: желудок имеет правильную форму; у кардинальной части втяжение в виде полулуния, которое не исчезает и при глубокой пальпации; большая кривизна на уровне пупка, легко подвижна; у пилорической части также дефект наполнения, в области печени—плотная тень.

За время пребывания больного в клинике с 11/III по 21/III особых изменений в его состоянии не произошло,—лишь несколько усилились схваткообразные боли в подложечной области. Из лекарственных веществ за это время больному давались *ac. muraticum dilutum* и *ext. condingango*; диета первые дни молочная, позднее усиленная; отправления кишечника были нормальны. 21/III больной был отправлен в Хирургическое отделение, где ему 31/III была произведена резекция трех четвертей желудка по *Kocher's* вместе с салником и с удалением лимфатических желез. Послеоперационный период прошел гладко, рана брюшной стенки зажила *per primam*. Макроскопически резецированная часть желудка представляла из себя толстостенный мешок, состоявший из многих узлов различной величины, причем самый большой узел находился на задней стенке желудка. Толщина передней стенки равнялась 2 сант., задней—4 1/2 сант., длина резецированной части желудка—13 сант., ширина—14 сант., длина полости—6 1/2 сант., ширина—8 сант. Стенки желудка, во всех слоях инфильтрированные злокачественным новообразованием, были очень плотной консистенции, на разрезе белого цвета, слегка с сероватым оттенком. Малый салник был усеян массой железок, величиной от просыяного зерна до волошского ореха. Выход желудка был свободен. Под микроскопом опухоль определялась, как круглоклеточная саркома: на срезах видна была сплошная инфильтрация подслизистой ткани круглыми клеточными элементами; местами межклеточное вещество совершенно отсутствовало, или же было заметно в виде тончайших прослоек. На срезах, сделанных через слизистую, было видно, что слизистая оболочка также обильно инфильтрирована, лишь кое-где были видны разрушенные железы. Повидимому, опухоль исходила из подслизистой ткани желудка, а потом проросла и мукозу.

12/IV больной выписался из Хирургического отделения и на другой же день утром явился к нам в клинику, где у него были произведены некоторые исследования. В частности исследование желудочного содержимого через 45 мин. после пробного завтрака Boas-Ewald'a дало следующие результаты: общая кислотность—20, свободной соляной кислоты нет, молочной кислоты следы, крови и желчи нет, под микроскопом 40—50 лейкоцитов в поле зрения, немного эпителия плоского и цилиндрического, единичные эритроциты. Реакция кала на кровь (Weber'a)—отрицательная. Кровь: Hb—70%, эритроцитов—4.320.000, лейкоцитов—10.500, index—0.81, лейкоцитарная формула по Schilling'y: S—40%, St—16%, J—2%, эозин.—1%, лимфоц.—26%, мононукл. и переходн.—14%, базоф.—1%. Кровяное давление 110/78. Рентген: желудок имеет форму опрокинутой присосной банки, нижняя его граница стоит на 4—5 пальцев выше пупка.

Через две недели больной уехал в деревню, причем перед отъездом чувствовал себя довольно хорошо, на боли не жаловался. Приблизительно через месяц, 27/V, он, однако, снова явился в клинику в неузнаваемом виде, благодаря резкой кахексии, с жалобами на невыносимые боли в области живота и пояснице, частую рвоту, наступавшую минут через 10—15 после приема даже чайной ложки воды, отрыжку, изжогу, тошноту. Стул только с клизмой; кала выделялось мало, темного бурого цвета, очень плотной консистенции. Мочился больной раз в сутки; мочи очень мало, насыщенная, густая. Больной положен в клинику, где при осмотре брюшной области у него обнаружено резкое валикообразное выпячивание подложечной области и правой половины живота; при пальпации определялась громадная, очень плотная опухоль, занимавшая всю подложечную область и всю правую половину живота, не доходя сант. на 2 до крыла правой подвздошной кости; влево опухоль доходила до левой сосковой линии, при пальпации, при дыхании и при перемещении туловища она несколько не смещалась, отдельных возвышений на ней не замечалось; при перкуссии опухоль всюду давала абсолютно-тупой звук. У больного имелась полнейшая непроходимость из верхнего отдела пищеварительного тракта в кишечник. Исследование желудочного содержимого натошак показало, что общая кислотность равна 4, свободной соляной кислоты нет, нет и молочной кислоты, а равно крови и желчи. Через день после поступления пришлось перейти к питательным клизмам. Состояние больного ухудшалось с каждым днем. Опухоль заметно росла. Больной метался, стонал, страдал невыносимо, просил о помощи. Морфий, вводимый под кожу, перестал оказывать свое действие. За неделю до смерти больной потерял сознание, за 5 дней у него развилась сильная желтуха. Смерть наступила 21/VI.

Выдержки из протокола вскрытия (д-р Гецева): труп выше среднего роста, телосложение правильное, питание плохое, подкожная жировая клетчатка и мышечная система—атрофированы, кожные и слизистые покровы бледные. Книзу от мечевидного отростка заметна опухоль, идущая в правое и левое подреберье; опухоль занимает всю правую половину брюшной полости, не доходя внизу сант. на 2 до крыла правой подвздошной кости, справа доходит до l. axillar. med., влево—до lin. mam. sin. При разрезе брюшной стенки в полости живота обнаружено незначительное количество серозно-кровянистой жидкости. Брюшина справа плотно спаяна с опухолью, слева спаек меньше. В левом легком, на границе верхней и нижней долей, имеется узел величиной с голубиное яйцо, плотной консистенции, беловато-сероватого цвета, в нижней доле—узел величиной с волошский орех и множество мелких узлов; правое и левое легкие гиперемизированы. Диафрагма справа вся сплошь покрыта узлами различной величины. Опухоль от диафрагмы прорастает в нижнюю долю правого легкого. Бронхиальные железы увеличены, плотны наощупь, на разрезе аспидно-серого цвета. В переднем и заднем средостении большое количество плотных желез различной величины (до крупного грецкого ореха), на разрезе белого цвета; пакетами этих желез нижняя треть пищевода сдавлена до полной непроходимости. Из кардии выхода нет, ход из желудка в 12-перстную кишку свободен. Стенки желудка сплошь инфильтрованы опухолью, которая спаяна с селезенкой, с печенью, с правой почкой, с 12-перстной кишкой, с брыжейкой тонких кишек, с позвоночником не спаяна. Правая почка и поджелудочная железа плотно окутаны опухолью, левая почка свободна. На серозной оболочке восходящей части аорты мелкие узелки. В околосердечной сумке около 10 к. сант. слегка-мутноватой жидкости, мышца сердца дряблая, мутноватая. На аорте—беловатые склеротические бляшки. Полулунные клапаны аорты—норма. Селезенка плотная, полнокровная, печень дряблая, на разрезе имеет вид мускатного ореха. Брыжеечные железы плотны, резко увеличены. Почки на разрезе полнокровны, темно-красного цвета. Кишечник без изменений. Мочевой пузырь

свободен. Патолого-анатомический диагноз: первичная круглоклеточная саркома желудка с метастазами в легкие, диафрагму, медиастинальные железы, клетчатку средостения и клетчатку брюшной полости, слипчивый плеврит, слипчивый перитонит, мускатная печень, венозная гиперемия легких и селезенки, склероз аорты, гипертрофия правого желудка.

Существует работа Goldstein'a, в которой мы имеем исчерпывающий материал относительно частоты распространения сарком в различных участках пищеварительного тракта; этим автором собрано из литературы 592 случая сарком последнего, которые распределялись следующим образом: на долю желудка пришлось 265 случаев, червеобразного отростка—17, толстой и тонкой кишки—130, желчного пузыря—16, языка—65, пищевода—21, поджелудочной железы—19, печени—59 случ. Имеются статистики исключительно сарком желудка: Schlesinger собрал к 1894 г. 33 случая этого заболевания, Monti, в 1905 г.,—80 случаев, Lofaro, в 1909 г.,—123, а Davidsohn—127. Позднее было опубликовано еще 25 случаев саркомы желудка.

Саркома желудка может развиваться первично или вторично, причем последняя форма, кроме занимающей особое положение лимфосаркомы, принадлежит к числу редких явлений. Процентное отношение первичных сарком желудка к другим видам опухолей этого органа определяется различно—Ziesche и Hesse определяют его в 1%, Lofaro—в 1,19%. В Томской клинике Добромыслов за 11 лет встретил 1 случай саркомы желудка. В Хирургическом отделении Старой Екатерининской больницы в Москве за 20 лет было три случая этого заболевания, из них 2 случая в 1902 г. и 1—в 1919 г. Даже у патолого-анатомов саркома желудка является редкостью: Носсн почти на 14.000 вскрытий встретил ее лишь 6 раз.

Саркомы желудка встречаются во всех возрастах—от 1 до 80 лет, но чаще между 40 и 50 годами; при этом в возрасте до 30 лет чаще встречается круглоклеточная форма. В отношении пола разницы в заболеваемости саркомой желудка нет. Этиология сарком желудка, как и всех злокачественных новообразований, неизвестна. Некоторые авторы в качестве этиологического момента сарком отмечают травму. Так, Philippsberg в заседании Берлинского Медицинского Общества, в мае 1922 г., продемонстрировал случай саркомы спины, образовавшейся после ранения. Некоторые авторы полагают, что саркомы могут возникать в результате действия рентгеновских лучей, другие думают, что в возникновении их большую роль играет туберкулез; как тот, так и другой взгляд имеют, однако, очень мало сторонников.

По патолого-анатомическому строению среди сарком различаются: лимфосаркома, которая, по Hesse, встречается в желудке в 20%, круглоклеточная—в 12%, фибро-и веретенообразноклеточная—в 18%, смешанная—в 15%, миосаркома—в 9%, ангио-и лимфангиосаркома—в 2%. Наиболее злокачественными являются лимфосаркомы и круглоклеточные саркомы. Большею частью саркомы желудка берут начало из рыхлой соединительной ткани подслизистой оболочки, или мышечной, лишь в редких случаях начало им дает серозная оболочка желудка, тогда как слизистая оболочка, по словам Boas'a, почти всегда остается незатронутой и только позднее может быть повреждена вследствие проникновения опухоли внутрь желудка. Вырастают они из всех областей желудка: большой и малой кривизны, передней и задней стенки, привратника и—весьма редко—из дна кардии. Что касается стенозов обоих отверстий

желудка, то при саркомах они редки. Иногда при саркомах, особенно при лимфатической форме, может наблюдаться расширение желудка и без стеноза привратника.

По характеру роста и локализации опухоли можно выделить две формы сарком желудка: 1) саркомы, представляющие сплошные инфильтрации стенок желудка на большем или меньшем протяжении и чрезвычайно редко растущие в полость желудка, и 2) саркомы в виде ограниченных опухолей, которые сидят на узкой, вытянутой ножке, или вытягивают в виде воронки часть желудка, представляющую ножку для опухоли. Опухоли этой второй формы вырастают из большой и малой кривизны, передней и задней стенки привратника, редко из кардии и дна, гистологически бывают обычно веретенообразноклеточными, мио- и фибросаркомами, тогда как саркомы первой формы принадлежат обычно к типу круглоклеточных сарком и лимфосарком.

Клиническая картина этих двух форм также различна. При первой форме единичные или множественные узлы, развиваясь в той или иной части желудка, не дают сначала никаких явлений, потом, постепенно разрастаясь и захватывая все большие участки, иногда почти весь желудок, инфильтрируя подслизистую и вызывая атрофию и изъязвление, они дают тяжелую картину заболевания, какая встречается и при других злокачественных новообразованиях желудка: резкое исхудание, кахексию, анемию и повышения температуры, боли в подложечной области разной интенсивности, часто после еды, отдающие в спину и локализирующиеся в определенном месте, или разлитые, которые могут симулировать печеночные и почечные колики. Боли эти появляются рано, с ростом опухоли они ослабевают. Исхудание и кахексия появляются при саркомах желудка позднее, чем при раке желудка, что ставится в связь с относительно-хорошим питанием при саркомах, благодаря отсутствию стеноза привратника и более позднему изъязвлению слизистой. Рвота при этой форме саркомы желудка встречается в 20—40% всех случаев, причиной ее служит инфильтрация стенок желудка. Кровь в желудочном содержимом обнаруживается не всегда, притом очень поздно, так как слизистая долго остается неизменной. При инфильтрации большей части желудка моторная его деятельность сильно страдает, желудок тогда представляет из себя тугоподвижную трубку. Химизм желудка не всеми авторами указан; из 20 обследованных случаев в 7 был обнаружен нормальный состав желудочного содержимого, в 6—отсутствие HCl при наличии молочной кислоты, в 2—присутствие обеих кислот и в 3—отсутствие их. Эти изменения объясняют тем, что, если даже при данной форме саркомы желудка и нет изъязвления слизистой, то она атрофируется вследствие давления со стороны инфильтрированной подслизистой. Со стороны других органов при этой форме отмечаются увеличение селезенки, поносы или запоры, иногда смена их, асцит, отеки нижних конечностей, желтуха, альбуминурия. Kundrat указывает на увеличение и гипертрофию тонзилл и даже изъязвление сосочков у корня языка при лимфосаркомах желудка. Со стороны крови при данной форме наблюдаются уменьшение Hb, лимфоцитоз и пойкилоцитоз. Лихорадка здесь бывает уже в ранние периоды заболевания. Описываемая форма является более злокачественною, она чаще дает метастазы в ближайшие и отдаленные органы. Продолжительность заболевания при ней бывает различна, — иногда она уже в течение нескольких недель ведет к смерти, но средняя продолжительность заболевания равна 13 мес. Из

оперативных мероприятий при данной форме саркомы желудка применялись резекция, пробные лапаротомии и jejunostomia. Из 13 случаев резекций имели смертельный исход 5, 5 пробных лапаротомий и 1 jejunostomia—все закончились смертью, так что общая смертность после операции при данной форме—почти 66%. Продолжительность жизни больных с этой формой, выздоровевших после операции, колебалась от 3 мес. до 4 лет, а Kurrert наблюдал больную через 14 лет после резекции почти всего желудка, произведенной им по поводу лимфосаркомы. Francke 20/VI 1922 году демонстрировал в Медицинском Обществе в Гейдельберге больного, которому он удалил большую саркому желудка в 1920 г., причем 2 года пациент чувствовал себя хорошо, и рецидива у него не было.

Вторая форма саркомы желудка, менее злокачественная, гистологически являющаяся, как уже сказано, веретенообразноклеточной, мио-, фибро-или ангиосаркомой, развивается вне желудка в виде ограниченных опухолей, сначала гладких и твердых, при дальнейшем же росте бугристых и дольчатых, которые выполняют иногда большую часть полости живота в виде огромных (до 4—6 кило весом) флюктуирующих опухолей вследствие их кистозного перерождения. Кисты эти, выполненные темной кровью, бывают одиночными или множественными, разной величины, емкостью до 3 литров и более. Слизистая желудка при этой форме саркомы редко изъязвляется, иногда гипертрофируется, реже атрофируется, подслизистая иногда бывает утолщена, muscularis mucosae обыкновенно атрофична. Мускулатура желудка при саркомах этого сорта всегда изменена,—она утолщена, распространяется по поверхности опухоли, или втягивается в последнюю. Клинические явления при данной форме саркомы незначительны, они сводятся к чувству тяжести под ложечкой после еды, при дальнейшем росте опухоли переходящему в боли; иногда впрочем и этого не бывает. Рвота чрезвычайно редка, кровавая рвота наблюдается еще реже. При долго растущих опухолях выступают отсутствие аппетита, исхудание, анемия и боли в опухоли. Главная жалоба больных при этой форме—на присутствие ограниченной подвижной опухоли в животе. Саркомы менее склонны вызывать сращения с окружающими органами, чем раки, а потому они и более подвижны. Диагностировать эту форму сарком желудка чрезвычайно трудно, почти невозможно. Прогностика при ней более благоприятна, чем при первой форме, что зависит отчасти оттого, что слизистая желудка при ней страдает мало, и кахексия наступает поздно. Fenwick определяет среднюю продолжительность жизни неоперированных больных при данной форме в 2 г. 8 мес., общая же смертность оперированных больных—около 33%, т. е. эта форма саркомы желудка дает лучшие результаты и предсказание, чем первая.

В нашем случае имела место первая из описанных форм саркомы желудка,—мы имели в нем одновременно и узловатый, и диффузно-инфильтрирующий рост новообразования, причем узлы были разбросаны по всему желудку, инфильтрация же и изменения слизистой достигали своего maximum'a на задней стенке и в пилорической части желудка.

Относительно терапии сарком желудка много говорить не приходится; о внутреннем лечении не может быть и речи, единственно-радикальным методом лечения является возможно раннее оперативное вмешательство. В далеко зашедших случаях показано симптоматическое лечение, о котором говорить мы не будем.