

Из хирургич. отделения Астрах. судоходной больницы.

К вопросу о саркомах тощей кишки¹⁾.

Прив.-доцента Е. В. Смирнова.

Саркома кишечника относительно редкое заболевание. Она встречается значительно реже рака. По Микуличу, например, на 100 случаев рака кишечника (кроме recti) было всего 5 сарком. Кишечник по сравнению с другими органами поражается саркомой тоже не часто. По Нотнагелю на 247 сл. сарком саркомы кишечника наблюдались в 3-х случаях ($1\frac{1}{3}\%$). Хирургическая литература не богата работами, посвященными саркомам кишечника. Корнер и Фербанк до 1907 г. собрали 175 сл. сарком пищеварительного тракта, из них в 65 сл. опухоль локализовалась в тонких кишках. Spreese в 1914 г. смог собрать 99 сл. саркомы кишечника. Русская литература по вопросу о саркоме кишечника имеет работы Бондарева, Фаворского, Миротворцева и Пунина. Чаще саркома кишек встречается у мужчин (по Ноордену в 80%). Преимущественно заболевание это наблюдается в молодом возрасте, от 20 до 30 лет (Миротворцев, Бондарев), 30—40 (Корнер, Маделунг). Встречаются однако саркомы и в более старшем возрасте. Из всех отделов кишечника саркома чаще всего встречается в тонких кишках. Так Корнер и Фербанк отмечают на 65 сарком тонкой кишки 20 сарком слепой и 11 друг. отделов толстой кишки. По Либману из 50 случаев в 15 сл. локализация была в 12-перстной, в 18 в тощей, в 14 в подвздошной и остальные в других отделах пищеварительного тракта. По Staemmler'у (1924) на 184 сл. сарком тонких кишек указано на локализации в тощей кишке в 44 сл.

Этиология сарком, как и вообще злокачественных новообразований, неизвестна. Указывают на некоторые моменты, которые могут создавать почву для возникновения саркомы, как, например, травма (Мунк), туберкулез, особенно для лимфосарком (Риккер, Франко), другие инфекции кишечника (Кадьян, Петров). Чаще других встречаются кругло-клеточковые саркомы. По Дювалю и Госсее на 43 сл. саркомы кишечника были 22 круглоклеточковые, 5 веретенклеточковые, 1 альвеолярная 15 лимфосарком.

Гистологически саркомы кишек имеют вид ограниченных подвижных узлов или реже диффузных инфильтратов (Пожарисский). Опухоль обычно исходит из mucosa или submucosa (Гото, Миротворцев, Пожарисский). Иногда исходным пунктом бывает мышечный слой кишки и реже серозная оболочка. Опухоль обычно имеет циркулярное расположение. Чаще просвет кишки в области опухоли бывает расширен, ввиду поражения мышечного слоя и наступающей вследствие этого потери эластичности кишки это расширение увеличивается при распаде опухоли со стороны слизистой (Браун и Вортман, Кадьян, Нотнагель, Пожарисский, Маделунг, Крауз и др.) Считается это даже характерным для саркомы кишечника. Но это бывает не всегда. Некоторые авторы (Микулич, Рейнвальд) более чем в 50% находили, наоборот, сужение просвета и резкое расширение приводящего

¹⁾ Сообщение на 3 Поволжск. съезде врачей в Астрахани. Июнь 1930 г.

отрезка кишки. Это явление сужения имел в $\frac{1}{3}$ всех своих случаев. А Фроман стеноз кишки наблюдал даже у 75% всех больных саркомой кишечника. В обоих наших случаях мы наблюдали сужение просвета кишки, в первом незначительное, во втором резкое с сильно гипертрофированным приводящим отделом кишечника. Величина опухоли бывает различна, от небольших узлов не шире диаметра кишки до огромных опухолей величиною с голову взрослого человека. В нашем втором случае опухоль была величиною не более грецкого ореха, тогда как в первом она была размерами с голову новорожденного ребенка. Опухоль не всегда изъязвляется в просвет кишки, следовательно, не всегда можно обнаружить кровь в кале (Гото, Мунк и др.). Однако в ряде случаев явления распада имеются. Это мы наблюдали в наших обоих случаях.

Саркомы кишечника чрезвычайно злокачественны, рано поражаются лимфатические железы брыжжейки, быстро дают метастазы. Особенно злокачественна круглоклеточковая саркома. Метастазы опухоли рано появляются в мезентериальных и ретроперитонеальных железах, наблюдаются метастазы иногда и в самых разнообразных органах—в почке, печени, легких, плевре, поджелудочной железе (по Руфанову и Янишевскому).

Касаясь симптоматиологии сарком тощей кишки, нужно сказать, что каких-либо характерных, типичных признаков заболевания до сего времени не установлено. Часто больных беспокоят боли в верхних отделах живота без определенной точной локализации. Иногда боли связываются с приемом пищи, боли наступают через тот или иной промежуток времени после еды, обычно понижен или отсутствует аппетит, наблюдается тошнота и рвота. При высоко сидящих саркомах наблюдается рвота желчью. Встречаются диспептические явления, поносы, чередуемые запорами. Испражнения иногда содержат кровь. Некоторыми авторами отмечаются небольшие повышения температуры (Гото), зависящие от всасывания инфицированных продуктов распада опухоли. Отмечается иногда лейкоцитоз. В ряде случаев удается прощупать опухоль, которая иногда достигает больших размеров. Опухоль обычно подвижна, форма различна. Для лимфосарком характерна бугристость опухоли. Сама опухоль обычно не болезненна, при давлении на те или иные органы брюшной полости могут быть различные явления—отеки, желтуха. Явлений непроходимости кишок обычно не наблюдается. На основании наших двух случаев мы могли бы добавить к симптоматиологии интересующего нас страдания следующее. В нашем первом случае сильнейшие боли в верхних отделах живота при стоянии при опущении подвижной опухоли книзу. Больная, руками поддерживая опухоль, несколько уменьшала боли. При лежании боли были значительно меньше. Резко бледная окраска кожи лица и слизистых. Во втором случае—тошнота, рвота желчью, два раза обильная кофейного цвета рвота. Боли по ночам. Чувство тяжести после еды, резкая кахексия. Кровь в кале.

Диагностика сарком тощей кишки затруднительна. По Руфанову и Янишевскому вообще точно поставить диагноз невозможно. Лишь единичные случаи описаны в литературе, когда распознавание было правильно до операции. Характерным для с. т. к. (саркомы тощей кишки) нужно считать—быстрое резкое похудание с резкой общей слабостью

бледными слизистыми и кожей, быстрый рост опухоли, если ее удастся прощупать, диспептические явления—отсутствие аппетита, тошнота, рвота иногда с кровью. Боли в верхних отделах живота, или самостоятельные, или связанные с приемом пищи. Рентген обычно мало дает, тем не менее при тщательном исследовании возможно, нам кажется, получать ценные данные. В запущенных случаях при метастазах в другие органы, когда поражение этих органов выявляется той или иной клинической картиной, диагностика становится еще более трудной. Дифференцировать опухоль, исходящую из тонких кишек, от опухоли толстых кишек, подвижной почки, селезенки не представляет особенных затруднений. Когда опухоль нельзя прощупать, приходится дифференцировать саркому толстой кишки с язвой 12-ти перстной кишки. Диагностика в таких случаях довольно затруднительна, т. к., как показал наш второй случай, иногда при саркоме тощей кишки может иметься клиническая картина язвы 12-типерстной, особенно когда опухоль находится в верхних отделах тощей кишки. Быстро прогрессирующая кахексия при саркоме должна направить внимание врача в сторону злокачественного новообразования.

Лечение сарком кишечника чрезвычайно неутешительно. Лишь обширная резекция кишки на значительном расстоянии от опухоли, с тщательным удалением обычно увеличенных желез брыжжейки— вот пока единственное средство лечения. Да и то часто наступает рецидив через сравнительно короткий промежуток времени. Известны лишь единичные случаи, когда радикальная операция—резекция кишки с опухолью,—дала хорошие отдаленные результаты: в случае Микулича отсутствие рецидива в течение десяти лет и случае Гана восьми лет. Послеоперационная смертность сравнительно высока. По Кадьяну она достигает до 40%. Лучистая энергия при современном положении вещей бессильна принести лучшие результаты, чем оперативное вмешательство. Лишь как вспомогательное средство после радикальной операции некоторыми авторами (Шмиден) лечение лучами Рентгена настоятельно рекомендуется.

Приведу два случая, прошедших через хирургическое отделение Астр. судходной больницы.

1. Б-ая П-ова, 20 лет, поступила в мое отделение 7 апреля 1927 г. Жалобы на сильные боли в верхнем отделе живота особенно при ходьбе, резкий упадок сил, полное отсутствие аппетита, временами тошноту и вздутие живота. Считает себя больной 6 месяцев, вскоре после родов. Сначала стала замечать, что сильно худеет, падают силы, затем появились боли в животе, не постоянные, особенно после продолжительной ходьбы. За два месяца до поступления обнаружила у себя в брюшной полости опухоль, которая быстро увеличивалась. По мере увеличения опухоли увеличивались и боли. Временами повышалась температура. Б-ая обратилась к врачам, где опухоль была, по ее словам, принята за увеличенную селезенку, и предложено было лечиться от малярии. Б-ая получила более 15 инъекций хинопирина под кожу. Силы падали, боли увеличивались, пропал аппетит. Б-ая поступила сначала в терапевт. отд., а затем переведена в хирург. отд. Астр. судход. больницы. Б-ая среднего роста, крайне истощенная, с резко бледными слизистыми и кожей. Жалуются на сильные боли в животе, ходит согнувшись, поддерживая живот обеими руками. Через брюшную стенку прощупывается подвижная, плотная опухоль, с гладкой поверхностью, величиною с голову новорожденного ребенка. В желудочном соке повышенная общая кислотность. При рентгеноскопии желудка ничего особенного. Исследование крови—эритроцитов 3,200,000, лейкоцитов 7,200, незначительный лимфоцитоз. Локализация опухоли в левом подреберье ниже реберного края. В вертикальном положении опухоль располагается в левом подреберье, верхний край пальца на три ниже реберного края, нижний край заходит ниже пупка. При положении б-ой на правом боку опухоль смещается за

среднюю линию, на левом боку опухоль уходит под левое подреберье. Тщательной пальпацией обнаружен выше опухоли острый край селезенки. Цистоскопия и катетеризация левого мочеточника патологии со стороны мочи не обнаружила. Индикаторная проба разницы функции правой и левой почек не обнаружила. Краска появилась из отверстий мочеточников в срок. При безмясной диете обнаружена в кале кровь.

Остановившись на диагнозе злокач. опухоль тонких кишок, я 14 апреля 1927 г. произвел операцию под общим эфирным наркозом. Левый параректальный разрез от реберного края до пупка. В рану извлечена опухоль тощей кишки, проросшая до корня брыжейки, окутанная воспалительно измененным салником. Сальник от опухоли отделен и резецирован. Опухоль локализовалась в начале тощей кишки. На значительном отдалении от опухоли произведена резекция кишки вместе с опухолью на протяжении 65 см. вместе со значительным участком брыжейки. Тщательно удалены все обнаруженные железы. Кишка зашита конец в конец трехэтажным швом. Опухоль величиною с голову новорожденного ребенка. Просвет кишки в области опухоли несколько сужен, со стороны слизистой имеется распад опухоли. Микроскопически опухоль представляется круглоклеточковой саркомой (проф. Непряхин). Послеоперационное течение гладкое. На 12-й день после операции б-ая выписалась. Через месяц б-ая показалась, она значительно прибавилась в весе, порозовела, избавилась от боли и не предъявляла никаких жалоб (в Аст мед. науч. о-ве б-ая была демонстрирована д-ром Тихомировым). Б-ой дан был совет подвергнуться рентгенотерапии, что она и проделала в одном из местных Р. кабинетов. Однако через 8 месяцев б-ая вновь явилась в отделение с жалобами на возвратившиеся боли. Тщательным исследованием прощупать опухоль не удалось. Занеодозрев рецидив. Б-ая пожелала направиться в Москву, куда и была направлена. В Москве подвергалась операции, сделан был по имеющимся справкам энтероанастомоз. Я увидел ее уже с большой неподвижной опухолью, занимавшей все левое подреберье и простиравшуюся ниже пупка. Через 4 месяца б-ая погибла.

2. Во втором случае мы имели 6-го Гр-ва, рабочего одного из местных заводов, 33 лет, переведенного в наше отделение из терапевтического 21 февраля 1930 г. Б-ным считает себя около 6 месяцев, когда впервые стал замечать у себя боли под ложечкой, изжогу, дурной вкус во рту. Начало заболевания связывает с тем, что воел много каши с постным маслом, после чего сильно засорился, по его словам, желудок. Ни принимаемые слабительные, ни голодная последующая диета не избавляли 6-го от ощущения тяжести и болей. Появились запоры. С тех пор кишечник так и не приходил в норму. Аппетит исчез. Появилась тошнота и боли после еды. Временами бывала рвота. Б-ой худел. 20 и 29 декабря 1929 г. была обильная рвота коричневого цвета и понос. Стул испражнений был очень темный. Б-ой резко ослабел и слег в постель. С этого времени боли и тошнота 6-го не покидали. Лечился некоторое время внутренними средствами. Ввиду полной безуспешности лекарственного лечения переведен в хирург. отделение для оперативного пособия. При поступлении б-ой резко анемичен, истощен. Жалуется на общую слабость, боли после еды, особенно ночью, тошноту, рвоту, запоры, чередующиеся поносами. Рентгеноскопия желудка обнаружила увеличенный и опущенный желудок, проходимый привратник. В желудочном соке повышенная общ. кислотность, кровь положительная. При тщательной пальпации опухоли брюшной полости прощупать не удалось. Исследование крови—эритроцитов 3,800000, лейкоцитов 6,800, незначительный лимфоцитоз. В моче ничего особенного. Кровь в кале. Предположена язва 12-ти перстной кишки. 1 марта 1930 г. мною под общим эфирным наркозом произведена операция. Разрез по средней линии от мечевидного отростка до пупка. При вскрытии брюшной полости в рану выпирает сильно расширенный желудок. При ревизии желудка и 12-ти перстной кишки язвы не обнаружено. Область пилоруса и начальной части duodeni спаяна нежными спайками с печенью и желчным пузырем. Спайки разделены тупым путем. После отщипывания поперечной ободочной кишки кверху обнаружена резко расширенная часть тощей кишки, начиная от Трейтцовой связки на протяжении 20 см., вслед за которой расположена опухоль величиною с грецкий орех, значительно суживающая просвет кишки (вследствие этого центральное компенсаторное расширение). Далее за опухолью диаметр кишки нормален. В брыжейке увеличенные многочисленные плотные железы. Резекция расширенной части кишки вместе с опухолью и значительного участка за опухолью на протяжении 50 см. вместе со значительным участ-

ком брыжжейки. Тщательно удалены все замеченные увеличенные лимфатические железы. Шов кишки конец в конец двухэтажным швом. Опухоль плотная суживающая просвет кишки. Со стороны кишки распад опухоли. *Микроскопическое исследование:* „Слизистая отсутствует, все слои вплоть до серозы пронизаны опухолевой массой. Клетки опухоли мелкие и круглы с небольшим ободком протоплазмы, с темным нуклеотическим ядром. Кое-где внизу серозы заметны сдавленные остатки мышечного слоя в виде островков, окруженных опухолевым инфильтратом. Клеточные массивы опухоли лежат густо, почти без интерстициальных прослоек. В отдельных местах среди опухолевых клеток заметны фигуры деления. Круглоклеточковая саркома“ (проф. Н е п р и х и н).

Послеоперационное течение гладкое. На 15-й день больной выписан из больницы. В настоящее время сильно поправился, избавился от всяких болей, ест обычную пищу, несет тяжелый физический труд. Регулярно показывается (демонстрирован в засед. ПОК больницы д-ром Петемкиной). Конечно в прогностическом отношении случай представляется очень серьезным. Нельзя быть уверенным в том, что рецидива не будет. Тщательное наблюдение за больным, лечение лучистой энергией—вот все что можем мы сделать с больным после произведенной операции.

Из акушерского отделения Киевской клинической Октябрьской больницы.
(Завед. д-р В. А. Хатунцев).

К изучению легального и подпольного аборта.

Д-ра М. Магид и д-ра М. Венцовского.

(С 8 табл.).

Проблема аборта продолжает оставаться жгучим вопросом современности. Хотя проекты законодательств некоторых стран и предусматривают возможность ненаказуемости аборта при некоторых условиях и по социальным показаниям, фактически единственным государством, где аборт по социальным показаниям уже легализован,—является СССР. Естественно поэтому, что русские работы вместо бесконечных споров за и против легализации занимаются, главным образом, изучением вопроса о последствиях легализации.

Нужно признать, что вопрос о легальном аборте достаточно изучен. Государственная статистика абортгов, проводимая с 1924 года, и обширные статистические исследования, в первую очередь ЦСУ СССР и УССР, а также многочисленные работы других авторов почти полностью исчерпали этот вопрос. Однако, есть и другая сторона этой проблемы, которая до последнего времени оставалась в загоне,—что-же произошло с подпольным абортгом? Насколько он до настоящего времени распространен, какие источники его питают, каковы его взаимоотношения с легальным абортгом? Далее, как протекал процесс замещения подпольного аборта—абортгом легальным?

Каких-либо точных исследований в этом отношении почти нет, и неудивительно, так как подпольный аборт скрывается; женщины, поступающие с подпольным абортгом, нередко отрицают вмешательство; наконец, далеко не все подпольные аборты попадают под врачебное наблюдение.

Многочисленные казуистические сообщения об обнаружении у абортгующих в полости матки различных инородных предметов ничего не дают для статистического изучения этого вопроса. Существуют, правда, многочисленные работы авторов, стремящихся сделать те или иные выводы на основании распространения *неполного* аборта и полагающих,