

ки въ теченіе 10 дней пребыванія въ кишечномъ сокѣ оставались безъ измѣненія. Такимъ образомъ, расчеты на расщепленіе магниевой пуговки могутъ осуществиться лишь въ случаяхъ gastroenterostomiaé или при операціяхъ на кишкахъ вблизи желудка, гдѣ нейтрализація кислотности пищевой кашицы еще не наступила; въ противномъ случаѣ, оставаясь безъ измѣненія, пуговка Chlumsk'аго теряетъ всякое преимущество предъ пуговкой Murphy.

Кромѣ того, оказывается безразличнымъ для расщепленія—какія кислоты содержатся въ желудочномъ сокѣ. На это указываютъ во 1-хъ, случаи расщепленія пуговки при gastroenterostomiíи въ случаяхъ рака, при отсутствіи соляной кислоты, и во вторыхъ, опыты in vitro съ кислотами, содержащимися въ желудочномъ сокѣ раковыхъ больныхъ. Наконецъ, на основаніи указаннаго значенія кислотности слѣдуетъ считать опаснымъ примѣненіе пуговки Chlumsk'аго при повышенной кислотности въ виду возможности ея слишкомъ ранняго расщепленія.

II. Овчинниковъ.

В. Д. Добромысловъ. *Къ ученію о первичныхъ саркомахъ желудка.* „Русскій хирургическій архивъ“. кн. 5.

Первичныя саркомы желудка—рѣдкое заболѣваніе; въ настоящее время въ литературѣ описаны всего 60 случаевъ этого рода. Что касается патолого—анатомическаго типа саркомъ, то описаны кругло и веретено-образно клеточковыя (наиболѣе частый видъ), лимфосаркомы, миосаркомы и ангиосаркомы (наименѣе частый)

Діагностика саркомы желудка крайне сбивчива. Ни одинъ изъ признаковъ не отличается непреложностью. Даже такой, повидимому, всѣми признанный характернымъ для отличія саркомы (кромѣ лимфосаркомы) отъ рака симптомъ—именно, органиченность связанной съ желудкомъ опухоли и подвижность ея—иногда оказывается невѣрнымъ. Авторъ наблюдалъ однажды опухоль съ этими именно признаками, и она оказалась карциномой. Только въ случаѣ присутствія саркоматозныхъ элементовъ въ рвотѣ ставитъ діагнозъ внѣ сомнѣнія. Но и въ этомъ случаѣ саркома можетъ быть вмѣстѣ съ ракомъ. Въ случаѣ, наблюдавшемся авторомъ, опухоль развилась у 53—лѣтней женщины въ теченіе 5 лѣтъ, вызвавъ къ концу этого періода значительное исхуданіе и соотвѣтственныя субъективныя ощущенія. Изслѣдованіе больной обнаружило полушаровидное выпячиваніе живота, обусловленное мелкобугристой опухолью, твердой консистенціи. Смягчаемость опухоли значительна во всѣ стороны; оно болѣзненно особенно при оттягиваніи опухоли книзу. Опухоль не связана ни съ половымъ аппаратомъ, ни съ печенью, ни съ почкой; къ селезенкѣ отношеія не

имѣть. Предположено злокачественное новообразованіе въ связи съ желудкомъ, тѣмъ болѣе, что при максимальномъ оттягиваніи опухоли внизъ, прощупывается тяжъ, идущій въ область желудка.

При чрезосѣченіи обнаружено, что опухоль единична, лежитъ позади желудка и имѣетъ съ нимъ на *curvatura minor* незначительныхъ размѣровъ, но глубокую связь. Для удаленія опухоли потребовалось сдѣлать сквозную рану желудка. Послѣдняя закрыта 2—этажнымъ швомъ. Глухой шовъ брюшной стѣнки. Гладкое послѣоперационное теченіе. Полное выздоровленіе. Больная потеряна изъ виду.

Изсѣченная опухоль—сѣвратокрасноватаго цвѣта, мелкобугриста, 15 см. въ діаметрѣ; въ разрѣзѣ имѣетъ эксцентрически лежащую полость, выполненную 400 с. см. крови. Стѣнки полости отъ 2 мм. до 4, 5 см. толщины.

Произведено подробное микроскопическое изслѣдованіе самой опухоли и связи ея со стѣнкой желудка (ножки опухоли). Заслуживаетъ вниманія отношеніе мышечнаго слоя къ опухоли (слизистая мало измѣнена и не имѣетъ связи съ опухолью). Присутствіе мышечной ткани обнаружено въ ножкѣ опухоли и на противоположномъ прикрѣпленію полюсѣ какъ разъ въ тонкой стѣнкѣ полости. Вся остальная периферія опухоли свободна отъ мышечныхъ элементовъ. Мышечный пластъ въ ножкѣ опухоли постепенно истончается; наконецъ, мышцы, какъ бы раздвигаясь, встрѣчаются отдѣльными пучками. Получается такое впечатлѣніе, что опухоль начала роста въ мышечномъ пластѣ стѣнки, постепенно раздвинула его и вышла подъ серозную оболочку, унеся съ собою на противоположный полюсъ часть мышечной ткани. Опухоль по всей поверхности сохраняетъ совершенно цѣлымъ серозный покровъ. Не смотря на происхожденіе опухоли изъ мышечнаго участка стѣнки микроскопическое изслѣдованіе не позволяетъ думать о саркоматозномъ перерожденіи первичной мышечной опухоли, такъ какъ нигдѣ, даже въ самомъ близкомъ соприкосновеніи мышечнаго пласта съ опухолью (а по мѣстамъ оно настолько тѣсно, что клѣтки той и другой ткани какъ бы перемѣшаны) не найдено переходныхъ формъ. Точно также все строеніе опухоли по отдаленнымъ участкамъ представляетъ типическую картину *sarc. fuso cellularis*, прерываемую по мѣстамъ участками воспалительной инфильтраціи. Поэтому авторъ высказываетъ предположеніе, что источникомъ развитія послужила либо околососудистая, либо интермускулярная соединительная ткань. Происхожденіе кровяной кисты авторъ относитъ на счетъ разрыва сосудовъ на почвѣ гліалиноваго перерожденія саркоматозной ткани,—участки этого рода найдены въ значительномъ количествѣ по окружности кисты.

П. Овчинниковъ.