

разветвляется в атрио-вентрикулярном узле и His'овском пучке и при раздражении коего мы имеем понижение проводимости там же, что было и в нашем случае. Если бы дигален одинаково действовал в данном случае и на правый блуждающий нерв, который разветвляется в Keit-Flak'овском узле, мы имели бы *понижение* образования импульсов к сокращению, т. е. уменьшение числа пульсовых ударов; этого в данном случае не было, так как пульс все время и по сердцу, и по лучевой артерии колебался между 78 и 80, в ", но не ниже. Во всяком случае нужно допустить, что в данном случае действие дигалена на левый блуждающий нерв было значительно сильнее действия его на правый, что в результате сказалось в понижении проводимости без замедления пульса. 4) Дигален, принимавшийся больной без нужды и без контроля и в сравнительно большой дозе (по 20 кап. 5 раз в день), произвел в данном случае укорочение паузы между систолой желудочков и систолой предсердий, удлинив в то же время паузу между систолой предсердий и систолой желудочков. 5) Этой внутренней „перетасовской“ и можно объяснить те явления со стороны сердца, которые больная характеризовала, как „замирание“ сердца.

После прекращения приемов дигалена замирание сердца продолжалось еще семь дней, ослабевая с каждым днем. Начиная с восьмого дня после прекращения приемов дигалена замирание совершенно исчезло. Больная оставалась под наблюдением еще две недели, после чего была отпущена домой с советом впредь без врача не принимать никаких лекарств.

Через три месяца получено извещение, что больная чувствует себя прекрасно, работает и припадков „замирания“ сердца у нее больше нет.

Из Пропедевтической хирургической клиники Казанского гос. университета.
(Директор проф. П. М. Красин).

К вопросу о первичной саркоме желудка ¹⁾.

Ординатора Д. Н. Федорова.

В противоположность раковым новообразованиям желудка, встречающимся довольно часто и имеющим хорошо разработанную литературу, саркомы желудка (первичные) отличаются большой редкостью. Вопрос о первичных саркомах желудка до сих пор не выходит из периода накопления материала, описания отдельных случаев, суммирующих работ имеется сравнительно немного (Кричевский, Flebbe, Vatanne, Konietzny, Orator и др.). В силу той же редкости и отсутствия точных опорных пунктов для диагноза, саркомы желудка представляют, по большей части, неожиданную находку на операции или, что чаще, на аутопсии. Классические случаи Westphalen'a, Fleiner'a и Laibe, давших предварительную диагностику, первый на основании кусочков опухоли в промывной воде из желудка, вторые — на основании саркоматозных узлов в коже, являются единичными; труд-

¹⁾ Доложено в Хирургической секции Общества врачей г. Казани 29 февраля 1928 г.

ность же прижизненного распознавания сарком желудка объясняется разнообразием анатомических форм, имеющих различное течение и нередко едва заметно расстраивающих здоровье больного.

Не вдаваясь в перечисление многочисленных статистик авторов, мы позволим себе привести лишь некоторые данные, характеризующие редкость сарком желудка. Так, Носсх, на 13.387 вскрытий имел саркому 6 раз, Jates на 800 операций на желудке саркому имел в 2%, Ziesche, Davidsohn, Кричевский и некоторые другие считают, что саркомы желудка составляют около 1% всех других опухолей этого органа. Новые статистики дают почти те же проценты: Konietzny на 382 опухоли—5 сарком (1,3%). Hünnerman (из клиники Eiselsberg'a) на 231 карциному—7 сарком (3%). Vormann на 11.475 секций—240 карцином и 5 сарком (2%). Урода (Саратов) за 14 лет на секционном материале выводит 1,9% (53 карциномы, 1 саркома). Данные Северо-Кавказского государственного университета дают несколько меньший процент—0,8% (на 6055 вскрытий—119 карцином, 2 саркомы). Нами также, с любезного разрешения проф. И. П. Васильева, были просмотрены протоколы Патолого-анатомического кабинета Казанск. ун-та за 62 года (1866—1927 включительно) и получены следующие данные: на 6372 вскрытия было 183 карциномы и 1 саркома, т. е. 0,5%.

Наблюдавшийся нами случай следующий: 6-ой М. К., 55 л., поступил 28/XII 27 г. в клинику с жалобами на боли в подложечной области, усиливавшиеся несколько после приема пищи. Считает себя больным около года, когда впервые стал замечать небольшие боли под ложечкой, с течением времени все усиливавшиеся. Последнее время принужден был избегать грубой пищи, а иногда и совершенно воздерживаться от приема ее из-за сильных болей в области желудка. Отмечает отрыжку и сильное похудание в последние 1—1½ месяца.

Status praesens. Рост средний, телосложение нормальное. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо, выглядит несколько осунувшимся. Слизистые бледны. Пульс 84 в 1'. Со стороны сердца и легких ничего патологического. При пальпации органов брюшной полости обнаружена болезненность в epigastrium, пальца на 3 левее и ниже мечевидн. отростка. Какое-либо уплотнение прощупать в области желудка не удается. Нижняя граница желудка определяется на 2 пальца выше пупка. Исследование желудочного сока: натошак добыто 15,0 к. с. щелочной реакции, без запаха, зеленоватого цвета жидкости со слизью. После пробного завтрака 10 к. с. щелочной реакции, более светлой окраски со слизью. Плохая переваримость углеводов. Исследование осадка—ничего патологического. Моча нормальна.

Клинический диагноз—*cancer pylori*.

5/I 28 г. проф. П. М. Красиным произведена операция (мест. анестезия, затем—эфир). Средним разрезом вскрыта брюшная полость. Желудок довольно легко поднят к ране; при осмотре его в препилорической части на большой кривизне, несколько кзади от прикрепления большого сальника обнаружена опухоль округлого очертания. Размеры опухоли достигают величины большого грецкого ореха. Консистенция ее мягко-эластическая. Опухоль располагается субсерозно, причем вся толща стенки желудка в ближайшей окружности представляется утолщенной. При обследовании печени, кишечника, малого и большого сальника ничего патологического не найдено. В области б. кривизны, в соседстве с опухолью, найдена несколько увеличенная лимфатическая железа с маленьким орех величиной (взята для исследования). Произведена клиновидная резекция стенки желудка с опухолью в пределах неинфильтрированных тканей. Рана зашита наглухо. 6—7/I. Общее плохое состояние, падение пульса. 8—9—10/I. Улучшение состояния, постепенное исчезновение болей. 13/I. Сняты швы. 25/I. Выписан заметно поправившимся. Болей не отмечает. При пальпации боли в epigastrium почти отсутствуют. Имеет хороший аппетит.

Исследование резцированного участка. Макроскопический вид: размер—7×5 ст. Вся стенка желудка в резцированном участке несколько

утолщена, в наиболее тонком месте—0,8 ст., несколько плотнее, чем в норм. Под брюшиной расположена опухоль, величиной с большой грецкий орех, без резких границ переходящая в желудочную стенку. Опухоль расположена эксцентрически, консистенция ее мягко-эластическая. Со стороны слизистой, соответственно расположению опухоли (под ней), имеется неглубокая язвенная поверхность с пятнадцатипопечечную монету величиной. В этом месте складки слизистой оболочки совершенно отсутствуют и имеются точечные кровоизлияния. Сглаженность складок слизистой наблюдается во всем резецированном участке. На разрезе опухоль желеподобна, серовато-белого цвета, плохо режется ножом. На фиксированном препарате (формалин 10%) видно, что на разрезе, проведенном перпендикулярно к слоям желудочной стенки, опухоль без резких границ переходит в более глубокие слои.

Для микроскопического исследования взят срез 0,5 ст. толщиной, через весь резецированный участок в вышеуказанной плоскости и исследован (серия срезов). Окраска гематоксилин-эозин, Van-Gieson. Обнаружено: serosa несколько утолщена, под serosой располагается куполообразное образование, представляющее собой скопление клеток, почти без элементов соединительной ткани; клеточный субстрат отличается резким полиморфизмом, количество клеток настолько велико, что они совершенно заполняют все поле зрения. С трудом и не на всех препаратах можно найти нежно-сетчатую строму с редкими овально-продолговатыми ядрами, в которой залегают эти клетки опухоли, расположенные очень тесно. Клетки интенсивно красятся гематоксилином, по размеру и по виду несколько напоминают лимфоцитов, иногда клетки имеют большое ядро, занимающее всю ее поверхность. Это тесное скопление клеток под серозой, в участке, соответствующем опухоли, продолжается до слизистой, инфильтрируя и уничтожая muscularis, submucosa и musc. mucosae, элементы которых иногда видны в виде очень маленьких гомогенных глыбок. Слизистая также почти сплошь инфильтрирована теми же клеточными элементами. Железы атрофированы, ядра клеток плохо красятся, границы железистых клеток плохо различимы. На препаратах, захватывающих участки стенки тотчас же вокруг опухоли, наибольшее количество клеток видно также под серозной оболочкой, откуда они прорастают, как бы вглубь, обильно инфильтрируя muscularis, порой совершенно уничтожая его целостность, то раздвигая отдельные мышечные волокна продольного и кругового слоев, то образуя целые вкрапления.

Срезы участков, более удаленных от опухоли, имеют во всех слоях явления той же инфильтрации, но в меньшей степени: в muscularis видно, как клеточные тяжи продвигаются вдоль межмышечных промежутков, встречаясь и в самих волокнах. Submucosa имеет то диффузные, то единичные клеточные вкрапления, в mucosa клетки опухоли инфильтрируют железистую ткань, протоплазма и ядра клеток плохо красятся. Сосуды резецированного участка склерозированы; в adventitia сосуда можно иногда видеть отдельные клетки опухоли.

Диагноз—Lymphosarcoma (проверен проф. И. П. Васильевым). Взятая для исследования лимфатическая железка обнаружить чего-либо патологического и сходного по строению с клетками опухоли не позволила. За лимфосаркому в нашем случае говорит как полиморфизм клеточного субстрата, так и описанный характер—reticuli, считающиеся многими авторами (Ribbert, Paltauf, Oestreich и др.) отличительными признаками сарком.

Несмотря на то, что Hesse преимущественное развитие сарком указывает из других слоев желудочной стенки: submucosa 65%, muscularis—24%, mucosa и musc. mucosa 7%, и, наконец, subserosa—4%, наличие центра опухоли в подбрюшном слое, откуда уже идет инфильтрация вглубь, дают нам право предположить, что опухоль первично образовалась именно здесь, развившись из лимфатического узла подсерозного слоя. Имеющаяся на слизистой оболочке неглубокая язвенную поверхность мы склонны трактовать как изъязвление опухоли (лимфосаркомы), проросшей до слизистой, ибо лимфосаркомы желудка весьма склонны к изъязвлениям.

За первичный характер опухоли говорит также то обстоятельство, что при обследовании брюшной полости на операции не было обнаружено измененных лимфатических желез, особенно забрюшинных, саркомы которых нередко дают метастазы в желудок.

Переходя к клинике сарком желудка нужно отметить: боли, отсутствие аппетита, отрыжку, рвоту без примеси крови, непостоянного характера, *anaciditas*, *subaciditas*. Orator считает правилом наличие атрофического гастрита со всеми его симптомами. Характерно также отсутствие стенозов *pylori* даже при больших опухолях. Отмечают также, как характерное явление, понижение % гемоглобина до 50%, а иногда 10%—15% (Finlayson, Moser).

Некоторые авторы считают лимфоцитоз патогномичным для сарком желудка.

Лечение только оперативное: круговая (Bier) или клиновидная резекция желудка, по возможности ранняя. Высокий процент смертности при операциях (63% по Кричевскому) при наиболее злокачественных формах круглоклеточковых сарком и лимфо-сарcomaх зависит, видимо, от того, что оперируются случаи крайне запущенные с массой метастазов.

Наш случай представляет тот интерес, что больной обратился за помощью на сравнительно раннем сроке болезни, прекрасно перенес операцию и показывался нам через полтора месяца, отмечая полное исчезновение болей, а также чувствовал себя заметно окрепшим¹⁾.

К вопросу о грыжах белой линии.

Д-р Г. Б. Теплицкий.

(Горловка, Донбас).

Почти в любом руководстве по частной хирургии можно найти указания на то, что эпигастральная грыжа чрезвычайно часто сопровождается диспептическими явлениями. Больные в своих жалобах отмечают боль в эпигастрии, усиливающуюся в особенности после еды, чувство тяжести под ложечкой, тошноту, изжогу, иногда рвоту, похудание и т. д. Нередко жалобы больного заставляют думать лечащего врача о язве желудка, о „катарре желудка“, желудочной невралгии и т. д., и больные очень долго и безрезультатно лечатся до тех пор, пока не попадут к хирургу и радикальной операцией не будут избавлены от своего страдания. *Hernia epigastrica* может симулировать различные заболевания и давать чрезвычайно запутанную клиническую картину, о чем свидетельствует, например, случай Зыкова, вкратце заключающийся в следующем:

Больная, 35 лет, поступила в Московскую госпитальную хирургическую клинику в 1899 г. по поводу подвижной левой почки и неопределенной боли в подложечной области; раньше лечилась от катарра желудка. В 1895 г. причину страданий объясняли загибом матки, были произведены 2 гинекологические операции; в 1896 году подшили правую почку. В подложечной области боли оставались. В 1898 г. лапаротомия по поводу предполагаемых сращений в области желудка, но ничего не было найдено. В 1899 году—2 операции по поводу подвижной левой почки. Боли в подложечной области оставались попрежнему. В 1900 г.—удаление кистозно-перерожденного яичника, фибромы тела матки. Больная значительно поправилась. В 1901 г. вновь обратилась по поводу болей в подложеч-

¹⁾ Обширный литературный указатель по техническим условиям не приводится. *Ред.*