

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.*

ной области; была найдена опухоль величиною в 2—3 горошины. Распознана предбрюшинная липома. На операции обнаружены 3 отверстия в белой линии. Вскрытие брюшины не обнаружило ничего ненормального. Отверстия зашиты. Через две недели больная уехала, совершенно оправившись от мучивших ее болей.

Наш материал, состоящий из 100 случаев эпигастральных грыж, представляет собой больных в большинстве своем стационарных (Хир. отд. 1-й Рабочей больницы гор. Артемовска — зав. д-р Эйбер и Хир. отд. Горловской раб. больницы — зав. д-р Пукевич), а также и амбулаторных (Хир. кабинет Горловской поликлиники), прошедших через упомянутые лечебные учреждения за время с 1/X 1925 г. по 1/II 1928 г. Наблюдаемые нами больные были мужчины; данное обстоятельство объясняется тем, что настоящая работа проходила среди горнорабочих Донбаса, а также и тем, что эпигастральная грыжа, как было отмечено многими авторами, встречается преимущественно у мужчин. В двух случаях эпигастральных грыж у женщин, наблюдавшихся в Хир. отд. Горловской раб. б-цы, по независящим от нас обстоятельствам не могло быть произведено лабораторное исследование, почему они в нашу статистику и не вошли:

По профессиям больные распределялись следующим образом:

1. Горнорабочих (забойщики, крепильщики, уборщ. пород и т. п.)	47 человек
2. Чернорабочих	23 "
3. Кузнецов	7 "
4. Различных профессий (счетовод. надзир. Допра, красно-армейцы и т. п.)	22 "
5. Крестьян	1 "

Итого 100 человек

Из приведенной таблицы следует, что 70% наших больных были горно- и чернорабочие, что, безусловно, должно быть объяснено условиями труда горнорабочих, среди которых грыжа белой линии должна быть признана профессиональным заболеванием. Отдельно выделен один крестьянин, т. к. у него, помимо Hern. еруг., были и явления перитифлита (о нем еще будет речь впереди). Возраст больных колебался от 19 до 38 лет.

В подавляющем большинстве своем больные отмечали боли в эпигастрии, тошноту, изжогу и т. п. Жалобы исключительно на боли были у 13 чел., жалобы диспептического характера и боли у 66 и жалобы отсутствовали в 21 сл.

Эти больные с отсутствием жалоб приходили с просьбой „вырезать у них катышек“ в эпигастрии, либо эпигастральная грыжа обнаруживалась при исследовании и носителям ее совершенно не была известна; 13 больных отмечали исключительно боли в эпигастрии, усиливающиеся при физическом напряжении, а у 66 больных были, помимо болей, и жалобы диспептического характера. Последнее обстоятельство обратило на себя наше внимание и мы задались целью выяснить, имеется ли параллелизм между диспептическими жалобами больных и изменением желудочного сока, и, если есть, то попытаться найти объяснения данному явлению. С этой целью мы предприняли на всех больных как опериро-

вавшихся, так и отказавшихся от операции (последних было 7 человек) исследование желудочного сока после пробного Эвальдского завтрака¹⁾.

Жалобы больных и клиническая картина заболевания были похожи друг на друга.

Данные исследования желудочного сока у всех б-ных таковы:

Общая кислотность	до 20	1 челов.
”	” от 20 до 40	34 ”
”	” от 40 до 60	36 ”
”	” от 60 и выше	29 ”

Итого 100 челов.

Мы считаем, что нормальные пределы колебания общей кислотности находятся примерно между 40 и 60 куб. см. $\frac{1}{10}$ NaOH. Общую кислотность выше и ниже этих границ должно рассматривать как патологические отклонения.

Прежде, чем приступить к разбору нашего материала, считаем уместным изложить краткие анатомические данные белой линии и патогенез *hern. epigastr.*

Как известно, под белой линией понимается сухожильный тяж, расположенный на передней брюшной стенке, по средней линии между мечевидным отростком и лобком. Белая линия, составляясь из сухожильных окончаний широких мышц живота, делится вместе со всей брюшной полостью на всем известные следующие отделы: 1) *reg. epigastr.*, 2) *reg. mesogastr.* и 3) *reg. hypogastr.* Разделяясь пупком на два отдела, верхний и нижний, *lin. alba* в верхнем своем отделе относительно широка, мягка и тонка в своем переднезаднем диаметре. Далее книзу она постепенно суживается и уже на некотором расстоянии от пупка белая линия представляет собой шнур, утолщенный в передне-заднем диаметре и прикрепляющийся к лобку. Сухожильные волокна мышц передне-брюшной стенки, направляясь с обеих сторон к средней линии, перекрещиваются между собой, образуя во многих местах щели для прохождения сосудов и нервов. Задняя поверхность белой линии в норме совершенно гладка и на местах, соответствующих щелям на передней ее поверхности, имеет углубления, которые в силу тех или иных патологических причин могут образовываться в отверстия, путем раздвигания сухожильных волокон. Сейчас же за белой линией находится тонкий листок предбрюшинной фасции. Пространство между последним и брюшиной выполнено предбрюшинной жировой клетчаткой. Сосудистый пучок, проходящий между щелями в белой линии, есть тот путь, по которому и выходит чаще всего грыжа. Это рельесы, уготованные самой природой для того, чтобы в случае особо неблагоприятных для данного индивидуума условий по ним и происходил бы процесс выхода грыжи.

В механизме образования эпигастральной грыжи можно различать 3 стадии: *1-я стадия*. Предбрюшинный жир под влиянием тех или иных факторов начинает „выползать“ либо по сосудисто-нервному пучку, либо в пространство, образовавшееся вследствие расхождения волокон белой линии. Мы имеем перед собой, по существу, предбрюшинную липому или, по терминологии Зыкова, *hern. retrofascial*. Последнее название является более точным и соответствующим действительному процессу. *2-я стадия*. Предбрюшинный жир, вываливаясь все более и более, тем самым тянет за собой брюшину, принимающую воронкообразную форму, верхушкой обращенную кпереди. Эта стадия характеризуется наличием грыжевого мешка, но без его содержимого. *3-я стадия* предста-

¹⁾ Мы не смогли провести повторного исследования желудочного сока в послеоперационном периоде, т. к. б-ные, чувствуя себя хорошо, категорически отказывались подвергнуться вторично этой не совсем приятной манипуляции.

влетает собой типичную грыжу с грыжевым мешком, его содержимым и т. д.

На нашем материале нельзя было провести строгой параллели между жалобами больных и той или иной стадией *hern. epigastr.* Во всех стадиях больные отмечали либо боль в подложечной области, либо наличие, помимо боли, и диспептических явлений, и во всех же стадиях грыжи в 21-м случае жалобы отсутствовали; но тем не менее наше общее впечатление склоняется к тому, что 1-я и 2-я стадии эпигастральной грыжи причиняют по преимуществу боль ее носителям, 2-я и 3-я стадии чаще всего дают болезненные явления диспептического характера. Изменения кислотности желудочного сока как общей, так и связанной соляной кислоты наблюдались также во всех стадиях грыжеобразования и, как видно из приведенной ранее таблицы, пониженная кислотность была в 35 случаях, а повышенная в 29 случаях. В довольно значительном числе случаев патологическое состояние кислотности желудочного сока сопровождалось увеличенным количеством слизи, наличием белых кровяных телец и т. п. Последнее обстоятельство указывает на несомненный воспалительный, катаральный процесс в слизистой оболочке желудка, сопровождающий *hern. epigastr.*

В 1-й и во 2-й стадиях грыжеобразования выползший предбрюшинный комочек жира, будучи частично ущемленным в крохотном грыжевом отверстии, каковым является щель в белой линии, несомненно, служит источником боли, вследствие постоянного раздражения чувствительных нервов, заложенных в предбрюшинной клетчатке. Особой чувствительностью обладает эпигастральная область, на что указывает также и *Guillome* Болевые ощущения при *hern. epigastr.* должны усиливаться еще и благодаря постоянному раздражению брюшины, вызываемому тянущим комком предбрюшинного жира, которое в конце концов должно привести к местному слипчивому перитониту; ограниченное, незначительное по своим размерам воспаление брюшины, сопровождающее эпигастр. грыжу рефлекторно отражается на функции желудка и может, конечно, служить источником вышеупомянутых секреторных расстройств его. *Зыков*, например, на основании работ *Head'a* говорит следующее: „При страдании в области париетальной брюшины, в силу соединения чувствительных ветвей спинно-мозговых нервов с узлами симпатической нервной системы, болевые ощущения брюшных покровов должны передаваться на различные отделы желудочно-кишечного тракта и обуславливать самые разнообразные расстройства в функциях желудка и кишечника, каковые явления часто и считаются за первичные нервные страдания“. Попутно следует отметить, что вопрос о чувствительности брюшины, ее иннервации и по настоящее время не может считаться окончательно разрешенным, но вместе с тем следует признать, что симпатическая нервная система принимает самое близкое участие в иннервации париетальной брюшины. В руководстве *Гарре и Борхарда* мы находим указание на то, что брюшину иннервируют *p.n. vagus* и *sympathicus*.

Вторая стадия *hern. epigastr.*, вследствие наличия, как было ранее упомянуто, ограниченного воспаления брюшины, нередко сопровождается спайками между органами брюшной полости и париетальной брюшиной; чаще всего таким органом оказывается сальник, он же почти всегда бывает содержимым эпигастральных грыж и в 3-й стадии.

Припаянный сальник еще более способствует нарастанию диспептических явлений и изменению кислотности желудочного сока, т. к. во время моторной деятельности желудка создаются условия тяги сальника желудком, с одной стороны, и натяжение желудка сальником—с другой. Этим обстоятельством и должно быть объяснено усиление болей после еды, которое отмечают больные эпигастральной грыжей. Проф. Струнников, ссылаясь на работы Kelling'a, Mandl'a, Müller'a, Latzel'a и др. приходит к тому выводу, что при hern. epygast., в силу натяжения сальника, создаются условия: 1) спазма и сжатия сосудов, что ведет к анемии определенного участка желудка, 2) раздражение gang. coeliac. от сдавления нервов, вызывающего диспептические явления (функционального и двигательного характера), 3) раздражение симпатических нервов, ведущих к анемии ткани, 4) травмы желудка, вызываемой приросшим сальником, 5) спазма pylori вследствие упомянутых раздражений. Все перечисленные моменты служат, по Струнникову, причиной hyper- и hyperaciditas при эпигастральных грыжах и являются этиологическим моментом в образовании язвы желудка или duodeni. Д-р Ланде из клиники проф. Зимницкого в своей работе, посвященной состоянию тонуса вегетативной нервной системы при желудочных заболеваниях, приходит, между прочим, к следующим выводам: 1) Имеется тесная связь между заболеваниями желудка и состоянием тонуса вегетативной нервной системы, 2) при повышенной кислотности во всех случаях имеется ваготония, 3) при суб- и анацидных катаррах имеется понижение тонуса вегетативной нервной системы, главным образом, vagus'a, 4) секреция желудка находится в известной зависимости от состояния тонуса вегетативной нервной системы: при повышении этого тонуса наступает усиление секреции, при понижении—ее уменьшение. Д-р Фокин также отмечает, что hyper- и hyperaciditas сопровождается гипер- и гиповаготонией либо гипер-гипосимпатикотонией. Работы Павлова, Дрезеля, Guillomet'a и других с несомненностью показали, что состояние вегетативной нервной системы играет колоссальную роль в процессе заболевания желудка.

Из анатомо-физиологического очерка, приводимого Дрезелем, яствует, что желудок получает нервные тонусы, с одной стороны, от vagus'a и sympath., с другой стороны имеет свою собственную автономную нервную систему, заложенную в мышечной и субсерозной тканях (Ауэрбаховское и Мейснеровское сплетение). Большая часть вегетативных волокон, направляющихся к желудку, берет свое начало в продолговатом мозгу из дорзального ядра n. vagi. Симпатические волокна частью также начинаются из дорзального ядра n. vagi, что послужило основанием Леви называть это ядро „вегетативным ядром продолговатого мозга“. Вегетативные волокна, начинающиеся в продолговатом мозгу, идут частью почти через весь спинной мозг и только в нижних его сегментах покидают его. Основная же масса клеток, дающих начало симпатическим волокнам, заложена в грудном и поясничном отделах спинного мозга, в боковых его отделах серого вещества. Аксоны этих клеток идут через передние корешки и в виде rami communic. albi соединяются с клетками нервных узлов пограничного столба. Волокна rami comm. albi частично заканчиваются в пограничном столбе, частично минуют его и направляются к заложенным в брюшной полости паравerteбральным ганглиям, из коих наиболее важные 1) gangl. coeliac., 2) gang. mesenter. sup. и 3) gang. mesenter. infer. Симпатические волокна, которые прерываются в ганглиях пограничного столба, идут далее вместе с волокнами rami commun. grisei и присоединяются к ходу спинальных нервов.

Как vagus, так и sympath. имеет так называемые пре- и постганглиарные волокна, причем для вагуса, как указывает Дрезель, постганглиарные волокна находятся в самой стенке желудка и расположены, главным образом, в Ауэрбаховском сплетении.

Работами физиологов, главным образом И. П. Павлова, выявлено, что *vagus* в своем составе содержит секреторные нервы для желудка, что раздражение его, как указывают также Дрезель, Несс и др., вызывает повышение секреции и тонические сокращения желудка. Импульсы совершенно противоположные исходят от *sympathic.*, и взгляд Гесса, что в симпатической и парасимпатической нервных системах заложены как усиливающие, так и тормозящие волокна, Дрезелем не разделяются. Все авторы единодушно отмечают, что необходимым условием для наилучшей работы желудка является состояние равновесия между двумя упомянутыми нервными системами; Несс же включает сюда и взаимное уравновешение между экстра- и интрагастральной нервными системами. Всякое нарушение этого равновесия, будь оно вызвано психическими, химическими или механическими раздражениями (раздр. болевые), ведет к нарушению функции желудка.

Болевые раздражения, вызываемые эпигастральной грыжей и исходящие из предбрюшинной клетчатки, а равно и раздражения брюшины, передаются по чувствующим нервам через спинной ганглий в задний корешок, оттуда через передний корешок, *rami communic. albi.* к *ganglion coeliac.* и от него уже по постганглионарным волокнам к желудку. Создается как бы условие постоянного раздражения симпатических волокон, которые, как известно, угнетают секреторную деятельность желудка, тем самым стало-быть уменьшают и его кислотность и ведут, конечно, как и отметил проф. Струнников, к анемии того или иного участка желудка.

Раздражение париетальной брюшины, раздражение *gangl. coel.*, привошим сальником (Струнников) может служить также и источником угнетения симпатической нервной системы и тем самым, стало-быть, создавать условия для клинической гиперваготонии. Этим же процессом могут как бы создаваться условия, если не полного, то частичного выключения симпатикуса. Если ваготония сопровождается увеличенной кислотностью, если после эпигастрального грыжесечения у больных клинические симптомы болезни исчезали, возврата диспептических явлений не было, больные „расцветали“, то мы вправе предположить, что при *hern. epygast.* существуют моменты и раздражения *vagus'a*, гипертония его без относительной гипосимпатикотонии. И действительно, если вспомнить вышеприведенный анатомический очерк вегетативной нервной системы, то станет ясным, что раздражение симпатических волокон может идти и далее паравerteбрального ганглия (*resp. gang. coeliac.*), достигать спинного мозга и дойти до вегетативного ядра, в котором, естественно, раздражения могут передаваться и на вегетативные волокна, входящие в блуждающий нерв. Наконец, *plexus postganglion.*, *resp.* Ауэрбаховское сплетение, представляет собой сплетение постганглионарных волокон *vagus*а и симпатикуса, и вследствие раздражения желудка, каковое мы имеем, например, при наличии припаянного сальника к париетальной брюшине в самой стенке желудка, как указывает Дрезель, может происходить передача рефлекса с симпатикуса на *vagus*. Если согласиться с Гарре и Бурхардом, что брюшина также иннервируется и *vagus*ом (хотя в доступной мне литературе я на это указаний не находил), то только что высказанное положение становится более ясным.

Всем вышесказанным и должны быть объяснены изменения кислотности желудочного сока, отмеченные нами у 64 больных из 100.

Патолого-анатомической картиной данного заболевания, когда в процесс, вызываемый эпигастральной грыжей, вовлекается и вегетативная нервная система, может быть объяснен и тот симптомокомплекс, который зачастую служит причиной ошибочных диагнозов и нередко таких, как язва желудка.

Основная литература: 1) К. Дрезель. Заболевания вегетативной нервной системы. — 2) Guillome. Ваготония, симпатикотония. — 3) Hess. Вегетативная нервная система и заболевания желудка. — 4) И. П. Павлов. Лекции о работе главных пищев. желез. — 5) Д-р Ланде. Состояние тонуса вегетативной нервной системы при желудочных заболеваниях. — 6) Проф. Струнников. Вестник хирур. и погр. областей, т. VII, 1926 г.

Из Пропедевтической хирургической клиники Саратовского университета.
(Директор проф. В. И. Разумовский).

К казуистике первичных опухолей мозгового слоя надпочечной железы.

Ассистента д-ра **А. А. Крылова.**

Первичные опухоли надпочечников, как объект оперативного вмешательства для практического хирурга, являются большою редкостью и обыкновенно неожиданностью. Этот вид новообразований, уже сам по себе редко встречающийся, чаще входит в поле зрения патолого-анатома на аутопсиях случаев, где при жизни предполагался порою совершенно иной характер болезненного процесса. Клиническая картина при развитии опухоли в надпочечнике б. ч. не выделяет каких-либо особо типичных и надежных признаков, руководствуясь которыми можно было бы с большим вероятием определить истинную натуру страдания. Поэтому, насколько видно из данных литературы по этому вопросу, прижизненный (до операции) диагноз опухоли надпочечника был установлен лишь в единичных случаях.

В надпочечнике мы имеем орган с довольно сложным эмбриологическим геноезом и дифференцированной функцией различных морфологических элементов, его составляющих. В отношении структуры в надпочечнике различают периферический корковый слой (cortex) и центрально заложенную мозговую массу (medulla), которые функционально неоднозначны уже в силу их неодинакового эмбриологического происхождения. Имея в виду последнее обстоятельство, можно предполагать, что и клинические симптомокомплексы, соответствующие элективному поражению того или другого компонента органа (периферии или центра), будут заключать в своем содержании известные отличительные черты. Однако, поскольку орган представляет собою компактное анатомическое целое, диффузность патологического процесса в последующем обыкновенно приводит к затуманиванию специфичности реакции организма в зависимости от избирательного поражения той или другой части органа. Так может обстоять дело, напр., при туберкулезном разрушении паренхимы железы. При неопластических процессах надпочечника, по крайней мере в первые фазы их эволюции, возможно изолированное поражение того или иного слоя. В отношении сравнительной частоты новообразований корковой и медуллярной зоны, по имеющимся статистическим данным, первые являются пре-