

1) Количество роданистой щелочи в слюне курящих значительно выше (от 0,005⁰/₀ до 0.1⁰/₀), чем в слюне некурящих (не выше 0,004⁰/₀). Следовательно на основании содержания в слюне роданистой щелочи не менее 0,005⁰/₀ можно делать заключение о том, что данный человек курит.

2) Чем больше лет субъект курит, тем более повышается содержание роданистой щелочи в его слюне.

3) Caries dentis не дает определенных точных колебаний в количестве роданистой щелочи.

4) Указанным методом нельзя пользоваться для определения роданистой щелочи в слюне на трупах.

Литература: 1) Hoppe-Seyler. Handb. d. physiol. u. pathol. chemisch. Analyse. 1865.—2) Munk. Virch. Arch., 1877, Bd. 69.—3) Krüger. Zeitschr. f. Biol., 1899, Bd. 37.—4) Беликов. Журн. одонт. и стомат., 1924, № 1—2.—5) Бейн-Леви. Ibid., 1925, № 6.—6) Полякова. Каз. мед. жур., 1927, № 3.—7) Гаммарстен. Учебн. физиол. химии, 1925.

ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Патолого-анатомического кабинета Гос. института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани. (Завед. проф. К. Г. Боль).

Редкий случай базальноклеточного рака желудка.

Ассистента д-ра А. М. Клементьевой.

Со времени работ Кромпсчега под именем Basalzellenkrebs обозначаются группы раков, которые берут свое начало из базальных клеток многослойного эпителия кожи и слизистых оболочек различных органов. Боггшанц избегает этого названия, считая его неправильным. Рассматривая эпителий в его эмбриональной дифференцировке как одно целое, а процесс орогования в верхних слоях, как физиологический процесс обновления, он не видит возможности приписать эпителию в его отдельных слоях различные биологические свойства в смысле морфологии опухолей, происходящих из различных слоев эпителия. Вопрос, по его мнению, можно решить в положительном смысле в том случае, если принять положение Scharfetter'a и Cohen's'a о наличии во всем эпидермисе клеточных комплексов, оставшихся на эмбриональной степени развития. Раки кожи он делит на плоско-эпителиальный, ороговевающий (канкроид) и на неороговевающий или атипически ороговевающий плоско-эпителиальный (паракератозный) рак. Lauche производит эти раки во всем кишечном канале из эмбриональных эпителиальных участков, оставшихся совершенно не дифференцированными. Гистологически эти раки построены из крупно-веретенчатых клеток, бедных плазмой, с ядром богатым хроматином. По своей структуре эти клетки похожи на элементы основных слоев эпителия кожи и слизистых, редко подвергаясь дальнейшей дифференцировке в форме орогования и образования слизи. Duschl отмечает некоторые характерные особенности строения этого рака в желудке: в наружных рядах опухоли клетки имеют форму цилиндрическую, внутренние яйцеобразную и веретенчатую. Часто можно видеть в раковых участках круглые железистые просветы. Локализация этих опухолей: кожа лица, носа, губ, твердого неба, слизистая гортани, трахеи, мочевого пузыря, пищевод, кишечник, appendix. Случай базально-клеточного рака в желудке описан только Duschl'em.

Мы имели возможность секцировать подобный случай, любезно предоставленный нам для описания проф. В. Л. Боголюбовым, за что приносим ему свою благодарность.

Б-ная С., 50 л., поступила в хир. клинику Госинститута 22. IX. 27 по поводу опухоли брюшной стенки, расположенной слева на уровне пупка. В мае т. г.

в городской больнице г. Чистополя у б-ной определена в брюшной полости опухоль с куриное яйцо, спаянная с брюшной стенкой. В опухоли был свищ, через который периодически выделялся гной с резким запахом.

St. praes.: Больная с резко пониженным питанием. В области *epigastrii* и *mesogastrii* с левой стороны от белой линии определяется опухоль разлитой формы, величиной с кулак, плотной консистенции, малоболезненная. В области пупка имеется свищевой ход, из которого выделяется серозно-гнойная жидкость. 22. X. 27 произведен линейный разрез около латерального края т. гесті слева и другой разрез около свища. При разрезе выделялась распавшаяся вонючая масса творожистого вида. При исследовании свища палец глубоко проникал в полость с бугристыми, легко кровоточащими стенками. В дальнейшем при перевязках из отверстия свища стали выделяться пищевые массы. Больная быстро слабела. 16. IX ext. let. Клини. диагноз: рак желудка.

Из данных протокола вскрытия приводим следующее: на коже живота, слева от пупка имеется линейный разрез 6—7 см. длиной. Края кожного покрова ограничивают слегка бугристую поверхность белой мягкой ткани, плотно спаянной с кожным покровом. В середине имеется отверстие, пропускающее палец. Край отверстия грязно-серого цвета, разрыхлены. В желудке, не доходя 4 см. до пилорической части, обнаружено новообразование величиной 10 X 13 см., занимающее правую половину большой кривизны желудка, плотно спаянное с брюшной стенкой по средней линии и в большей части слева. Левая половина поперечной ободочной кишки передней поверхностью спаяна с инфильтрированной задне-нижней стенкой желудка. Дно новообразования большой кривизны желудка состоит из грязно-серых распадающихся масс. Инфильтрированные края язвы переходят в вышеописанный свищевой ход, заполненный серо-грязными вонючими массами и соединяющий дно желудка с наружной поверхностью кожи. Ткань новообразования в разрезе серовато-белого цвета, мягкой консистенции. Из изменений других органов отмечено: бурая атрофия сердечной мышцы и печени, отек легких. Метастазов новообразования нигде не найдено.

Микроскопически опухоль состояла из эпителиальных полей, разделенных соединительнотканнми тяжами, местами мощно выраженными. Эпителиальные участки круглой, вытянутой, неправильной формы, состоят из круглых бедных протоплазмой клеток с интенсивно окрашенным, богатым хроматином ядром. В наружных слоях эпителиальных гнезд местами отчетливо видны кубической и цилиндрической формы клетки; внутренние слои представлены в виде круглых, овальных и местами исключительно веретенчатых клеток. Другие участки представляют собой более или менее обширные гнезда крупно-веретенчатой формы клеток, идущих пучками в различных направлениях, перекрещиваясь, переплетаясь и представляя полное сходство с крупно-веретенчатой саркомой. В центральных частях некоторых из альвеол имеется некроз и распад эпителия, окруженный поясом лимфоидных элементов и лейкоцитов. При исследовании места перехода стенки желудка в новообразование отмечена разлитая инфильтрация слизистой и подслизистой тяжами, лимфоидными элементами, фиброцитами и плазматическими клетками, а также гнездами раковых клеток. Ближе к язвенной поверхности вся масса новообразования подвергается некрозу и распаду. В глубину идущие раковые участки сплошь прорастают мышечный слой. Местами можно было видеть, что раковые клетки кубической или вытянутой формы располагались венчиком, окружая небольшой железистоподобный просвет, — явление, которое было отмечено Duschl'em.

При исследовании места сращения опухоли с брюшной стенкой отмечено: новообразование из раковых эпителиальных гнезд подходит вплотную и тесно спаяно с мышечной тканью брюшной стенки. Однако прорастания новообразованием стенки незаметно.

Таким образом на основании гистологического исследования данную опухоль желудка должно отнести к базальноклеточковым ракам, которые в желудке встречаются редко и описаны в литературе только Duschl'em.

Литература: 1) Henke und Lubarsch. Haudb. d. spez. pathol. Anat. u. Histol., 1926, Bd. IV. — 2) Duschl. Centralb. f. allg. Pathol., 1923, Bd. 33, № 16.