

таты. 1) У больного А. Л., 50 л., въ три дня развились характерныя явленія непроходимости. Сдѣлано впрыскиваніе атропина 0,003, въ 2 приѣма, черезъ 1 часъ и высокое промывательное. На 2-ой день еще впрыснуто 0,002 атропина и опять сдѣлано высокое промывательное. На 3-ій день обильный стулъ и больной поправился. 2) И. А., 58 л., поступилъ къ автору на 3-ій день заболѣванія; впрыснуто 0,004 атропина. Успѣха не было. На 2-ой день впрыскиваніе повторено въ количествѣ 0,004 атропина. Опять безъ успѣха. На 3-ій и 4-ый день то же лѣченіе. На 5 день появился стулъ и больной оправился.

Л. Усковъ.

Н. Д. Сарнисовъ. *Случай самоизлеченія отъ фибромы пищевода.*
Врачъ. 1901 г., № 36.

Н., 27 л., горничная, 2 года страдала болями въ области сердца и лѣвой $\frac{1}{2}$ груди, усиливавшимися при обильномъ приѣмѣ пищи и питья, при поднятіи тяжести и при нагибаніи. $\frac{3}{4}$ XI 1900 г. утромъ послѣ долгаго кашля вмѣстѣ съ кровью вышла какая то мясистая масса, съ голубиное яйцо. Послѣ этого боли въ груди исчезли, а при изслѣдованіи авторомъ, кромѣ систолическаго шума на верхушкѣ сердца ничего ненормальнаго не замѣчено. Тѣло же, выдѣленное съ кашлемъ, представляло изъ себя плотную, съ гладкой поверхностью, массу краснобураго цвѣта, длиной въ 4, шириной въ 2, толщиной въ 0, 5 см. При микроскопическомъ изслѣдованіи прозекторомъ А. Н. Соколовымъ опухоль по микроскопическому строенію походила на фиброму. На основаніи наблюдавшихся до отдѣленія опухоли явленій, какъ-то: боли при глотаніи пищи, одышка и легкой утомляемости, авторъ полагаетъ, что новообразование находилось въ пищеводѣ, на мѣстѣ его перекреста съ лѣвымъ бронхомъ, и обуславливало давленіе на блуждающій нервъ и на лѣвый бронхъ.

Л. Усковъ.

Ф. Л. Самсоновъ. *Рѣдкій случай токсическаго гастрита съ отдѣленіемъ цѣликомъ слизистой оболочки желудка.* Врачъ. 1901 г., № 36.

Больной М. В., 39 л., поступилъ въ госпиталь «Савичъ» съ типическими припадками токсическаго гастрита послѣ приѣма приблизительно 2-хъ столовыхъ ложекъ неочищенной соляной кислоты. Черезъ четыре дня больной перешелъ подъ наблюденіе автора и помимо силь-

нѣйшихъ болей въ пищеводѣ и желудкѣ, рвоты и т. д., имѣлъ на слизистой оболочкѣ рта и зѣва сплошную, крайне зловонную язву. Въ слѣдующіе дни состояніе мало измѣнилось, а на 17-ый день пребыванія въ госпиталь больной послѣ мучительныхъ рвотныхъ движеній извергъ какую-то объемистую, черную, весьма зловонную массу, оказавшуюся слизистой оболочкой желудка (цѣликомъ) и пищевода. Наступило значительное облегченіе, но боль въ желудкѣ оставалась. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни замѣчалось нѣкоторое улучшеніе. Рвота прекратилась; глотаніе стало свободнымъ, самочувствіе улучшилось; явился хорошій сонъ. На 30 день больной выписался при явленіяхъ общей слабости. Но на 4-ый день опять вернулся въ угнетенное состояніе, жалуюсь на боли при глотаніи, жженіе подъ ложечкой и въ лѣвомъ подреберьи; съ очень слабымъ, ускореннымъ пульсомъ. Теченіе болѣзни постепенно ухудшилось. Особенно больного беспокоили рвота и сильная наклонность къ запорамъ при общемъ упадкѣ силъ. На 25-ый день болѣзни наступила смерть. Наиболѣе выдающимся припадкомъ авторъ считаетъ рвоту, происхожденіе которой въ первый періодъ болѣзни зависѣло отъ присутствія въ желудкѣ, омертвѣлой слизистой оболочки, а во второй періодъ—отъ суженія привратника. При аутопсіи: размѣры желудка и вмѣстимость его очень малы (типичное суженіе); мышечная стѣнка гораздо толще нормальной (т. наз. пластическій лимфитъ Brinton'a); сывороточная тоже утолщенн, и на ней находилось много плотныхъ разрастаній. Внутренняя поверхность желудка лишена слизистой оболочки: она совершенно гладка, мясиста. Привратникъ, а также и весь желудокъ хрящавой плотности; выходъ въ 12 перстную кишку, образуя хрящавый пюгностическое кольцо, суженъ до полного почти его закрытія.

Л. Усковъ.

А. Ф. Энкертъ. *Относительная недостаточность трехстворчатой заслонки.* Врѣчь. 1901 г., №№ 41 и 42.

Указавъ на сущность угрожаемаго стрднія и на условія его происхожденія, авторъ нходитъ, что этотъ вопросъ разработанъ недостаточно. Впервые ясное опредѣленіе клиническихъ явленій относительной недостаточности трехстворчатой заслонки дали Friedreich и Rosenstein, Gerhardt, Brochier, Jaccoud и др. доказали, что, хотя относительная недостаточность трехстворчатой заслонки чаще всего развивается на почвѣ органическихъ страдній сердца и именно лѣвой его $\frac{1}{2}$, но встрѣчается также и при порокахъ заслонокъ аорты и другихъ разнообразныхъ заболѣванійхъ (страднія легкихъ, желудка, печени и почек). Въ виду этого авторъ посвятилъ этому вопросу обширную статью, разобравъ въ ней клиническіе признаки заболѣванія, патолого-анатомическія данныя, предсказаніе и лѣченіе на основаніи лигатурныхъ