

то они должны быть отнесены на счет измененной сосудистой стѣнки—склероза и ломкости ея. Это специфическое изменение у врожденных сифилитиков—дѣтей часто бываетъ настолько значительнымъ, что даетъ поводъ говорить о геморрагическомъ діатезѣ.

М. Ю. Гуревичъ. *О распознаваніи и леченіи аневризмы брюшной аорты.* „Русскій Врачъ“. 1903 г. № 7.

Аневризма брюшной аорты нерѣдко можетъ симулировать новообразование какого либо изъ органовъ брюшной полости. Такъ какъ аневризма чаще всего образуется въ области верхней брыжжечной артерии, то къ органамъ, пораженіе которыхъ приходится исключать, относятся лежащіе вблизи этого мѣста. Смѣшеніе съ новообразованіемъ желудка (начальные степени рака малой кривизны и pylori) возможно при отсутствіи разстройствъ пищеваренія и явленій суженія привратника. Изъ новообразованій печени (лѣвой доли) необходимо дифференцировать къ пещеристой ангиомѣ (которая чаще встрѣчается у старыхъ лицъ) и гуммѣ (при сифилисѣ въ анамнезѣ), которая обычно подвижна при дыханіи. Ракъ головки поджелудочной железы скоро ведетъ къ явленіямъ тяжелой желтухи; противъ кисты pancreatis говорить, какъ нормальное отношеніе желудка и поперечноободочной кишки другъ къ другу, такъ и незначительное біеніе этой опухоли. Неподвижныя новообразованія поперечноободочной кишки вызываютъ характерныя явленія суженія и могутъ быть опредѣлены введеніемъ воды въ кишку, что также даетъ возможность судить о положеніи опухоли въ сальникѣ. Ракъ 12-перстной кишки въ верхнемъ отдѣлѣ вызываетъ тѣже явленія, что и суженіе привратника; локализируясь въ среднемъ отдѣлѣ, вызываетъ явленія желтухи.—Что касается леченія аневризмы, то главное средство авторъ видитъ въ гигиѣно-діетическомъ леченіи. Иодистые препараты даютъ временное улучшеніе только у сифилитиковъ. Впрыскиванію желатинны авторъ не придаетъ значенія.

В. Н. Константиновичъ. *О флегмонѣ желудка.* „Врачебная Газета“ 1903 г. №№ 7—8.

Флегмона желудка—заболѣваніе, почти не діагностируемое клинически благодаря отсутствію характерныхъ явленій,—обычно встрѣчается при аутопсіи. Извѣстное уже давно, это заболѣваніе имѣетъ болѣе или менѣе точную анатомическую картину. Оно встрѣчается въ двухъ формахъ—идіопатической флегмоны и метастатической—

какъ въ видѣ ограниченныхъ гнойныхъ скопленій, такъ и въ формѣ разлитой гнойной инфильтраціи, захватывающей либо только подслизистую ткань и слизистую оболочку, либо распространяясь и на серозный покровъ. Гистологическія изслѣдованія являются единичными. При изслѣдованіи съ этиологической стороны найдено постоянное присутствіе стрептококковъ.—Описывая обследованные имъ два случая разлитой первичной флегмоны, авторъ даетъ слѣдующую микроскопическую картину. Желудокъ объемистъ. Слизистая оболочка набухла, инъэцирована, съ кровоиліяніями по мѣстамъ. Стѣнка утолщена до 1,5 стп., она гнойно инфильтрована, при чемъ инфильтрація наиболѣе замѣтна въ подслизистой ткани; впрочемъ, въ одномъ случаѣ гной какъ бы прорывался черезъ слизистую. Подробное микроскопическое изслѣдованіе указываетъ на локализацию процесса, гл. обр., въ подслизистомъ слоѣ, гдѣ имѣется обильное скопленіе полинуклеарныхъ лейкоцитовъ, воспалительный тромбозъ сосудовъ, пролиферація эндотелія лимфатическихъ сосудовъ. Слизистая оболочка обнаруживаетъ вторичное явленіе—некрозъ эпителия или пѣликомъ железистыхъ трубокъ. Въ паренхиматозныхъ органахъ найдены значительныя измѣненія элементовъ, гл. обр., въ видѣ жирового перерожденія.

Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе въ срѣзахъ (окраска по Грамм'у) стрептококка, который полученъ и въ культурахъ на соответственныхъ средахъ.

П. Овчинниковъ.
