

путствующие—гипертрофия стенки левого желудочка. Эмфизема легких, фибриновые спайки в обеих плевральных полостях.

При гистологическом исследовании стенки желудка обнаружено следующее: поверхностные слои слизистой в состоянии некроза. Подслизистая также с участками некроза и резко выраженной полинуклеарной инфильтрацией. Сосуды расширены и заполнены кровью. По ходу некоторых сосудов заметна инфильтрация лимфоцитами. Мышечный слой отечный, волокна раздвинуты; во многих местах и в мышечном слое имеется полинуклеарная инфильтрация.

В нашем случае была диффузная форма флегмоны желудка; как и в большинстве случаев, описанных в литературе, диагноз клинически не был поставлен. В терапевтическом отделении больной шел под диагнозом „острого живота“, в момент поступления в хирургическую клинику можно было предположить тяжелое тифозное состояние.

Лабораторные исследования мы не успели произвести, т. к. больной умер через несколько часов после поступления. Алкоголизм, перенесенное желудочное заболевание могли быть благоприятным фактором для развития флегмонозного воспаления желудка. Входными воротами, можно предположить, были миндалины (макроскопически установлены изменения). Таким образом наш случай следует отнести к первичным флегмонам желудка.

Уфа, Усольская, д. 26.

М. М. БУДЖЕ

## Случай дифтерийного поражения желудка

Из инфекционной клиники Самаркандского медицинского института (дир. проф. П. А. Алисов) и инфекционной больницы (дир. И. А. Кусаев)

Предметом настоящего сообщения являются 2 случая дифтерийного поражения слизистой желудка.

1) Больная Б—ва З., ист. бол. № 2363, 3 лет, узбечка; проживает в Самарканде. Поступила под наше наблюдение на 6-й день болезни 13/IX-36 г. в 10 часов утра с жалобами, со слов отца, на небольшой жар постоянного характера, боли в горле, сухой кашель, потерю аппетита, вялость и на затрудненное дыхание в последние два дня болезни.

Из инфекционных заболеваний в прошлом перенесла корь. Больная правильного сложения, удовлетворительного питания. Покровы и видимые слизистые бледны; небольшая отечность в области шеи. Сыпи на теле нет. Дыхание слегка стенолично, но без участия вспомогательных мышц. Шейные железы величиною с крупную фасоль, мягки, подвижны и болезненны. Язык покрыт белесоватым налетом, влажный. Обе миндалины и язычок резко увеличены, отечны и сплошь покрыты плотно сидящим, серовато-белым налетом, выступающим над уровнем слизистой. Голос сильный. В легких отклонений от нормы нет. Пульс ритмичен, 118 ударов в минуту, среднего наполнения. Сердце: правая граница отстоит от правого края грудины на 1,5 см, верхняя — в 3-м межреберьях, левая — на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца глухие. Живот слегка вздут, при пальпации умеренная болезненность в эпигастральной области. Печень по сосковой линии выступает на 2 см, нижний край закруглен. Селезенка — верхний край на уровне 8-го ребра, нижний край выступает на 1 см из подреберья.

При бактериологическом исследовании слизи из зева и носа через 24 часа выделены палочки Леффлера. Диагноз: токсическая распространенная форма дифтерии зева и гортани. Миодегенерация сердца.

Больная через 20 часов после прибытия в больницу, несмотря на немедленное внутримышечное введение массивной дозы (50000 АЕ) дифтерийной антитоксической сыворотки и назначение сердечных средств, скончалась при явлениях резко выраженной интоксикации.

На аутопсии (прот. № 169) было выявлено (проф. С. Ф. Татаренчик) следующее: миндалины резко увеличены и обложены серым налетом. Слизистая в области надгортанника и черпаловидных хрящей утолщена и покрыта серым налетом. Голосовая щель сужена. Слизистая гортани на всем протяжении покрыта толстым серым налетом. Слизистая трахеи в подсвязочном пространстве гиперемирована. Пищевод без изменений. Желудок — слизистая полнокровна, по малой кривизне и на складках, а также частично между ними, имеется зеленоватосерый дифтеритический налет,

2. Больная М—ва, ист. бол. № 179, 10 лет, русская, из Самарканда. Поступила в инфекционную больницу 11/II 1937 г. в 4 часа дня, на 10-й день болезни. Жалобы на жар постоянного характера, боль в горле, головную боль и общую резкую слабость. В прошлом перенесла корь, болела малярией. Профилактических прививок, кроме оспы, не проводилось.

Объективные данные: больная неправильного сложения (резко выраженный кифоз). Наружные покровы бледны, сыпи на коже нет. Шейные железы увеличены, мягки, подвижны и болезненны. Резкий foetor ex ore. Язык обложен грязноватым налетом. Зев гиперемирован; на увеличенных, разрыхленных миндалинах, с обеих сторон, грязно-серые налеты, плотно сидящие на слизистой. Голос сиплый; дыхание свободно; в легких без особых отклонений от нормы.

Пульс 108 уд. в минуту, слабого наполнения, ритмичный. Сердце расширено вправо (на 2 см кнаружи от правого края грудины). Тоны сердца глухие. Живот слегка вздут, мягкий, пальпация живота безболезненна. Печень — пальпируется край, выступающая на 1½ см из подреберья по сосковой линии. Селезенка не пальпируется, верхняя же граница на уровне 8-го ребра. Общее состояние ребенка крайне тяжелое. Диагноз клинический — токсическая дифтерия зева. Миодегенерация сердца.

Больная находилась под наблюдением лишь одну ночь. При поступлении была введена антитоксическая дифтерийная сыворотка, назначены сердечные средства. Ночь больная провела без сна и утром в 6 часов, при явлениях тяжелой интоксикации, скончалась.

На аутопсии (прот. № 186) было обнаружено (проф. С. Ф. Татаренчик) следующее: дифтеритическое воспаление зева, мягкого неба и гортани, с небольшим отеком последнего. Дифтеритическое воспаление желудка, в области пилоруса (слизистая желудка бледна, с значительным количеством мелких кровоизлияний и в области пилоруса небольшие дифтеритические налеты).

Анализ данных аутопсии указывает, что слизистая пищевода не представлялась пораженной. Следовательно, поражение слизистой желудка дифтерийным процессом нужно рассматривать, в данном случае, как результат вторичного последовательного заражения, вследствие проникновения палочек Лефлера из пораженной слизистой зева и глотки.

Тщательно собранный нами анамнез, с подробным объективным исследованием наших случаев, дает основание предполагать, что дифтерийное поражение желудка представляет большую трудность для своевременной диагностики и не дает какого-либо определенного симптомокомплекса, характерного для поражения желудка.

Самарканд, Энгельса, 9.

Е. О. МАНОЙЛОВ

## Быстрый способ определения некоторых алкалоидов in vitro и в ликворе

Из биохимической лаборатории (зав. доктор биол. наук Е. О. Манойлов) нейрохирургического института (директор засл. деят. науки проф. А. Л. Поленов)

В судебно-медицинской практике иногда наблюдаются случаи смерти от чрезвычайно небольших количеств алкалоидов. Трудно бывает подчас определить, от каких именно алкалоидов умер данный субъект. А ведь точное определение непосредственной причины, от которой последовала смерть, имеет громадное значение для судебного эксперта. Наиболее распространенными из группы алкалоидов являются новокаин, кокаин, морфий, кофеин. Для качественного определения больших доз отдельно взятых вышеперечисленных алкалоидов в литературе существует много разных способов. Что касается малых доз, то мне не удалось найти более или менее удовлетворительного метода, за исключением способа для открытия морфия.

После долгих исканий я нашел качественную цветовую реакцию, посредством которой можно правильно отличить кокаин от новокаина, морфия и кофеина. Реактивами для этого служат: 30% раствор едкого калия и 1% раствор марганцовокислого калия. Ход реакции следующий: от каждого из алкалоидов — кокаин, новокаин, морфий и кофеин — берется по 5 капель 1/4% раствора в безукоризненно чистые и стерильные пробирки. В каждую пробирку капается по одной капле 30% едкого калия, после чего производится взбалтывание. В пробирке, где был кокаин, образуется бе-