

Местами нахождения таких гнезд могут быть нижняя и латеральная стенки воронки, *dura diaphrag. sellae* и верхняя поверхность передней доли гипофиза. Происходящие из этого эпителия опухоли возникают в гипофизе или воронке и располагаются внутри турецкого седла и вне его.

Гистологически они характеризуются наличием кистовидных полостей, выстланных продуцирующим слизь эпителием и участков плоского многослойного эпителия, составляющих большую часть опухоли или вкрапленных в основную глиозную ткань в виде небольших очагов. В последних часто наблюдается явление, похожее на ороговение, в виде образований, схожих с жемчужинами. Передко отложение извести и метастатическое образование кости.

Среди этих опухолей, дающих большое разнообразие анатомических и гистологических картин, имеются доброкачественные и злокачественные формы. Последнее свойство их зависит от большего или меньшего поражения гипофиза и прилегающих частей мозга, а также образования метастазов. В части случаев придаток остается не пораженным, как это было в случае Вокка, Selke, Bartels'a и в нашем случае; в других—опухоль разрушает гипофиз, распространяется в области межучного мозга, давая клиническую картину *distrophia adiposo-genitalis* и *diabetes insipidus* (сл. Негманн'a и Нутсен'a).

В нашем случае мы имели женщину 23 лет, у которой отмечались только втечение последнего месяца болезненные явления: пароксизмальные головные боли, диплопия, далее ожирение и застойный сосок. На аутопсии найдена кистовидная опухоль основания мозга величиной с грецкий орех между перекрестом зрительных нервов и Варолиевым мостом, с боков ограниченная зрительным бугром, сверху дном 3 желудочка.

Микроскопически: опухоль принадлежала к типу Erdheim'овских опухолей гипофизарных ходов, состояла из солидной части и прилегающей к ней кисты. В солидной глиозной строме включены эпителиальные участки из плоского многослойного эпителия с хорошо выраженным базальным слоем, местами с регрессивными изменениями клеток.

В соединительной ткани явления метастатического образования кости. Гипофиз без изменения. Костный придаток последнего имел типическое строение компактно-губчатой ткани. Наличие склеротических изменений глиозной ткани опухоли и преобладание регрессивных изменений в эпителиальных участках над ростом последних говорят за медленное развитие опухоли у нашей больной.

Что касается ожирения, которое мы имели в этом случае, то Erdheim, Bartels на основании целого ряда случаев, где такое имело место без поражения гипофиза, относят это явление не за счет изменения придатка, а за счет поражения центров основания мозга.

Литература: 1) Henke u. Lubarsch. Handb. d. spez. path. Anat. u. Histol. Bd. 8;—2) Hermann. Virch. Arch., 1925, Bd. 254;—3) Husten. Ibid. 1923, Bd. 242;—4) Kiyono. Ibid. 1924, Bd. 252;—5) Bartels. Zeitschr. f. Augenheilk.: 1906, Bd. 16.

К вопросу об атипичном течении гриппа.

Д-р П. Д. Давыдов (Таганрог).

В журнале «Врач. Дело», № 4, 1929 г., в отделе «Заметки из практики» помещена статья Е. П. Хинской, «Атипичное течение гриппа», в которой описывается грипп, напоминающий собой то сыпной, то брюшной тиф.

Появление этой статьи, как нельзя более кстати: за последнее время у меня, да и у многих других врачей, было не мало случаев заболеваний, сходных по клинической картине и течению то с брюшным, то с сыпным тифом, которые подходят к случаям, описанным Е. П. Хинской. В нескольких словах опишу картину болезни этих заболеваний: вначале больные чувствуют небольшое общее недомогание, редкий незначительный кашель, насморк небольшой или совсем отсутствует, позывы на рвоту, язык обложен, ^т 38,2—38,8, пульс 82—90 в мин.: на груди и руках, а особенно на животе и спине, имеется не обильная розеолезная сыпь серо-розового цвета, слабо контурированная, она держится 3—4 дня. Селезенка в большинстве случаев выступает из подреберья на 1—2—3 пальца,

плотна наощупь. Исследование крови на малярию и тиф — дает отрицательный результат. Лейкоцитов—5.000—8.000. В моче N. В легких в редких случаях редкие сухие хрипы; со стороны нервной системы часто по ночам бред и сильные головные боли, длящиеся первые 4—5 дней. Продолжительность этой болезни 8—12 дней. Больных относили к т. abdom.² и у меня их насчитывается около 15; все случаи окончились полным выздоровлением.

Такие явления у детей вначале болезни меня наводили на мысль о скарлатине или кори, но сыпь ни на одно из этих заболеваний не походила, да к тому же не было налицо и других признаков.

Что же касается лечения, то ни разу не удавалось быстро оборвать течение болезни, и лишь на последних 3 больных я провел наблюдение с внутривенным вливанием 20% Natrii salicyl. в количестве 5,0 ежедневно в течение 3 дней; после каждого вливания t° падала с 38,5 до 37,1—37,2, чтобы снова на другой день подняться до 37,6—37,8. На третий день, т. е. после 3 вливания, температура падала окончательно. Если вначале заболевания производить вливание natrii salicyl., то длительность заболевания=3—4 дням, что и заставило меня ставить диагноз гриппа.

Из Терапевтической клиники Гос. ин-та для усовер. врачей имени В. И. Ленина в Казани. (Директор клиники—проф. Р. А. Лурья).

Обширное сужение желудка после отравления формалином.

Ассист. М. И. Гольдштейна и д-ра Д. А. Ивановой.

Клиническая картина ожогов желудка едкими ядовитыми веществами недостаточно разработана и даже в специальных руководствах по желудочным болезням этому вопросу уделяется мало места. Между тем эти случаи далеко не представляют собой исключительной редкости и знакомство с симптоматологией этого страдания, его течением, представляет практический интерес, так как лишь при этих условиях имеется возможность рано распознать отдаленные последствия ожогов желудка и оказать больному необходимую помощь, ведущую к спасению его жизни. Вот почему мы считаем нелишним остановиться на случае изолированного ожога желудка, наблюдавшемся в нашей клинике.

Больной Ш., 42 лет, крестьянин, поступил в клинику 2/II 28 г. с жалобами на боль в подложечной области и рвоту, наступающую через 10—15 минут после каждого приема пищи и продолжающуюся до получаса, после чего больной чувствовал облегчение. Рвота зависит только от количества пищи, качество же ее влияния не имеет. Небольшие порции переносятся удовлетворительно, но стоит лишь больному выпить хотя бы стакан воды или молока, как немедленно появляется рвота. Рвоте предшествуют отрыжка, тошнота и изжога. Считает себя больным около двух месяцев, когда с двумя товарищами вместо самогона по ошибке выпил формалина. Один из них, выпивший натошак, через несколько часов погиб, а у второго быстро появилась рвота пищевыми массами, без каких бы то ни было дальнейших последствий. Наш больной, который выпил четверть стакана формалина, сразу почувствовал сильное жжение и боль в области желудка; через 5 часов появилась рвота с кровью. Больной был отправлен в участковую больницу, где пролежал около 3-х недель. Уже вскоре после выписки из больницы у него появились вышеописанные явления со стороны желудка. Аппетит хороший, но есть боится. За время болезни сильно похудел и появились запоры (стул через 3—4 дня). Раньше никогда ничем не хворал; наследственный и семейный анамнез ничего патологического не представляет. Больной среднего роста, с резко подорванным питанием, видимые слизистые бледны, мягкое небо и склеры субиктеричны, со стороны грудных органов отклонений от нормы не определяется. Язык обложен, слизистая шек в местах соприкосновения с зубами несколько набухшая, при ощупывании живота определяется défense musculaire m. g. ab. s. в верхней части, здесь же заметно выпячивание. Временами при пальпации удается вызвать видимую перистальтику и оплотнение стенок желудка, Magensteifung немецких авторов.