

восприимчивости, которая обычно и характерна для человека, и явлением полной невосприимчивости к заболеванию малярией.

У людей эта невосприимчивость встречается как редкое исключение, но весь остальной животный мир, как правило, малярией не болеет. Биохимическая структура тканей животного является смертельной для плазмы, а, следовательно, и иммунной. Где те корни, причины, которые делают животное (и некоторых людей) иммунными? Нельзя ли эти различия в биохимической структуре выяснить и использовать для человека?

Если это будет сделано, то учение об иммунитете станет на другую, более высокую ступень.

Из Уральского рентгенологического института (директор доцент
С. А. Покровский).

О диафрагмальных грыжах и их рентгенодиагностике.

В. Ю. Арунгазыев.

Хотя единичные случаи диафрагмальных грыж (д. г.) были описаны еще Амбруазом Паре (1610 г.), а затем были опубликованы работы Лахера (1880 г.), Тома (1882 г.), Кроссера (1889 г.), тем не менее опубликованный материал касался главным образом патолого-анатомических находок; прижизненное же распознавание являлось сравнительно редким явлением. И только широкое применение рентгеновского метода дало возможность значительно чаще диагностировать диафрагмальные грыжи.

Распознавание диафрагмальных грыж как острых, так и хронических представляет значительные трудности. Острые случаи сопровождаются признаками внутреннего ущемления. Порою и большие грыжи могут протекать, не вызывая жалоб со стороны больного, и обнаруживаются совершенно случайно при рентгеноскопии (Ридер, случай Макова, Кудыша, Кликовштейна и др.).

При рентгеноскопии больного с д. г. необходимо проводить исследование при попередном наполнении желудка и кишечника контрастной массой, а в некоторых случаях применить пиелографию. Рекомендуются не ограничиваться просвечиванием в вертикальном положении, которое часто не может дать истинных размеров грыжи и ее содержимого, а исследовать больного в других положениях и в частности в положении Тренделенбурга. У экрана иногда могут возникнуть затруднения при дифференциальном диагнозе между грыжей и так называемой диафрагмальной эвентерацией или релаксацией (высокое стояние купола диафрагмы).

Наши ниже приводимые наблюдения касаются 7 случаев д. г., представляющих интерес и для рентгенолога и для клинициста.

1-й случай. Больной Н-лин Я. Н., 40 лет, бывший рабочий - железнодорожник, в настоящее время инженер. Болен с февраля 1911 года, когда при сцепке вагонов попал левым боком между буферами, которые сильно сдавили ему грудную клетку. Был около 30 минут без сознания. В больнице определили "разрыв легкого" и перелом 11 и 12 ребер слева.

Пролежал в больнице около 3-х недель с явлениями общей слабости, кровохаркания, болями в левой половине грудной клетки, усиливающимися после еды и отдающими в левую лопатку и ключицу.

Через 3 недели самочувствие улучшилось, и он был выписан. Но боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся после еды, и частая одышка, наступаю-

щая главным образом при лежании на правом боку, не прекращаются и до сего времени и так как боль стоит в прямой зависимости от количества пищи, то больной был принужден употреблять исключительно малые порции последней и преимущественно в твердом виде. Отмечает ощущение холода в левой половине грудной клетки после питья холодной воды.

16/VIII 1930 года с диагнозом „пневмоторакс и хронич. гастрит“ больной был направлен для рентгенологического исследования.

Травм, кроме указанной, не отмечает, в детстве болел корью, в 1929 году находили заболевание верхушек и левосторонний плеврит; не лечился. В 1930 году перенес сыпной тиф с последующим осложнением в гортани, вследствие которого была сделана трахеотомия.

Сразу же после сыпняка перенесен брюшной тиф, крупозное воспаление легких и воспаление среднего уха. Со стороны наследственности все обстоит благополучно.

Больной среднего роста, правильного телосложения, средней упитанности, pokryтый слизистой бледноваты, перкуторно слева с 3-го ребра по средней ключичной линии определяется тимпаниа, переходящая непосредственно в тимпанию брюшных органов.

Границы сердца значительно смещены вправо, со стороны брюшных органов отклонений не найдено. Объективно незначительное расширение левой половины грудной клетки и западение эпигастрия.

Рентгеноскопия дала следующее: правый купол диафрагмы, расположенный на уровне 6-го ребра, хорошо подвижен. Левый купол выпуклый, книзу совершает парадоксальные экскурсии, при положительном Мюллере, почти не дифференцируется в среднем отделе, в области которого имеется большой газовый пузырь, доходящий до 3 ребра и отграниченный от нормальной легочной ткани округлым тяжем. На фоне газа видны гаустры толстого кишечника. Сердце в умеренной степени смещено вправо. При прохождении контр. пищи через пищевод, видно, что последний впадает в желудок на уровне 5-го ребра в форме „U“, вследствие чего к. масса медленно проходит в желудок и образует некоторое расширение нижней $\frac{1}{3}$ пищевода. Желудок разворачивается в форме короткого рога, с узким вытянутым пилорусом, подтянутым значительно вверх и не полностью развертывающимся, удлинненным и обращенным своим длинником вниз бульбусом.

Кардиальный отдел и средняя $\frac{1}{3}$ желудка лежит в грудной полости. Малая кривизна на уровне диафрагмы несколько вдавлена, сообщение верхнего и нижнего отделов удовлетворительное. Через 20 часов после введения к. массы через рот и одновременном наполнении желудка в положении Тренделенбурга видна значительно расширенная и хорошо выполненная попереч.-ободочная, селезеночный угол также расширен и целиком расположен над диафрагмой.

Вместе с желудком селезеночная петля в данном положении доходит почти до 2-го ребра. Нисходящая и сигмовидная не выполнены. На основании вышеизложенного больному р-логически был поставлен диагноз левосторонней диафрагмальной грыжи с выпадением кардиальной части желудка, пищевода и селезеночного угла поперечно-ободочной кишки.

В 1934 году в марте, т. е. через четыре года, больной был вызван в УРИ и подвергнут вторичному исследованию. Данные остались почти те же, и можно отметить лишь большее расширение нижней $\frac{1}{3}$ пищевода, приводящего отрезка попереч.-ободочной и лежащего над диафрагмой селезеночного угла. Прохождение к. массы по пищеводу значительно улучшилось, но все же в области U-образного искривления к. масса проходит с некоторой задержкой. Самочувствие больного значительно лучше, чем в 1930 году. Соблюдает строгий пищевой режим в смысле количества и характера пищи.

2-ой случай. У-ов, 19 лет, по профессии шофер, направлен в УОФИ 2/II 34 г. с диагнозом старого компрессионного перелома 2 поясничного позвонка после автомобильной катастрофы. Больной высокого роста, астеник. Значительное расширение, главным образом, нижнего отдела левой половины грудной клетки, западение эпигастрия, небольшой кифосколиоз, выраженный гиббус в области 2-го позвонка, безболезненный при пальпации.

При перкуссии с 3 ребра резкий тимпанит, переходящий на 5 ребре в тупость, граница которой идет горизонтально и меняется в зависимости от положения больного. Слышен шум плеска и шум трения плевры. Анализ мочи, крови и желудочного сока отклонений не дает.

Рентгеновское исследование 3/II 34 г. Левая половина грудной клетки расширена, левый купол диафрагмы ограничен в подвижности, плохо дифференцируется, экскурсии его парадоксальны, купол обращен выпуклостью вниз, средняя его часть стоит на уровне 7—8 ребра. Над ним имеется пузырь газа, занимающий все нижнее легочное поле до 3 ребра, на фоне газа видны тяжи—гаустры кишечника. Желудок разворачивается в форме трех каскадов, расположенных на уровне диафрагмы. Из неизмененного пищевода к. масса поступает в первый небольшой каскад, образованный, очевидно, из прилежащего к пищеводу кардиального отдела желудка.

При исследовании через несколько часов после того, как больной поел: желудок опорожнился, газовый пузырь значительно увеличился. На высоте 6 и 7 ребер имеется 2 горизонтальных уровня жидкости. Сердце значительно смещено вправо, левая граница его скрывается за позвоночником. Кишечник в положении Тренделенбурга: расширение приводящего отдела поперечной ободочной, селезен. угол также расширен и вместе с желудком расположен над диафрагмой. Рентгенологический диагноз: левосторон. диафрагмальная грыжа с выходением в грудную полость части желудка и селезеночного угла толстого кишечника.

3-й случай. Больная В-ская П., 47 лет, обратилась с жалобами на боли в левом подреберье, отдающими в левое плечо, и лопатку, и частые рвоты, наступающие особенно после еды. Заболела с 26 года, когда—имея 3-месячную беременность, идя по улице, поскользнулась и упала, ушибив сильно о глыбу голову, спину и левый бок.

Рентгеновское исследование. Желудок двуполостной, верхний его отдел с желудочным пузырем и U-образно изогнутым и расширенным в нижней $\frac{1}{3}$ кардиальным отделом пищевода расположен над медиальным отделом левого купола диафрагмы и соединяется с нижним полюсом посредством очень тонкого короткого перешейка, расположенного на уровне диафрагмы. К. масса с трудом малыми порциями проходит по перешейку в нижний полюс. Полное опорожнение желудка наступает через 6—7 часов. Левый купол диафрагмы стоит на уровне 6 ребра, уплотнен и вследствие давления расположенной над ним части желудка несколько вдавлен в медиальном отделе в сторону брюшины органов, экскурсии его несколько отстают от правого.

Рентгенологический диагноз: левосторон. диафрагмальная грыжа с выходением в грудную полость кардиального отдела желудка и пищевода.

На основании всего вышеуказанного можно предположить, что происхождение грыжи травматическое.

При исследовании больной через 2 г. 4 месяца обнаружены следущ. изменения: двуполость желудка осталась, нижний его полюс значительно опущен и удален, пилорический отдел и бульбус дуодени деформированы и частично фиксированы спайками, ротации нет, перешеек между обоими полюсами стал шире (схема № 1). Опорожняемость желудка в 3 раза скорее, чем при прошлом исследовании. Значительный птоз всего толстого кишечника.

4-й случай. Больной П-гов, 38 лет, чернорабочий, прислан в диагностический кабинет УРИ 23/IV 34 г. с подозрением на язву желудка. Болен с 5 октября 1931 года, когда, работая кондуктором при сцепке вагонов, получил удар в левый бок буферами. Жалобы на резкие боли в левом боку, усиливающиеся после еды, и частые рвоты с содержимым пищи, крови в рвоте и кале нет. При аускультации слева прослушивается шум трения плевры и звучное урчание кишечника.

Р-скопия 25 IV 34 г. Желудок перевернут пилорическим отделом вверх. Средний отдел желудка лежит в грудной полости, над левым куполом диафрагмы и доходит до 4 ребра. В брюшной полости лежит небольшая часть кардиального отдела желудка с выпадающим в него пищеводом, сообщаящаяся с наддиафрагмальной частью посредством перешейка, преецирующегося на левый купол диафрагмы

и не превышающего 4 см ширины. При наполнении толстого кишечника, поперечно-ободочная несколько расширена, селезеночная петля ее лежит над диафрагмой, нисходящая петля толстой кишки находится в сжавшемся состоянии. На уровне диафрагмы ясно видна перетяжка всех входящих органов, образованная вследствие сдавления последних в грыжевых воротах (схема № 2).

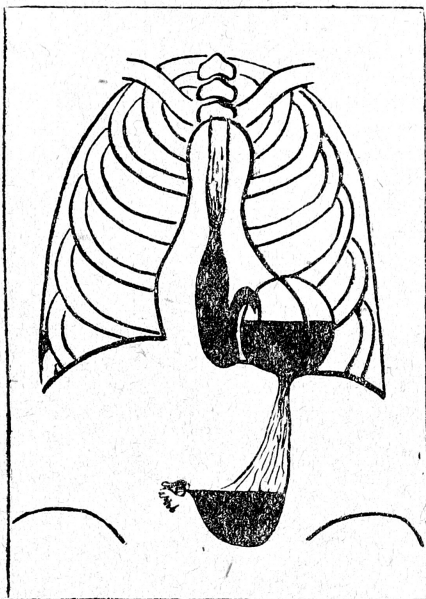


Схема № 1

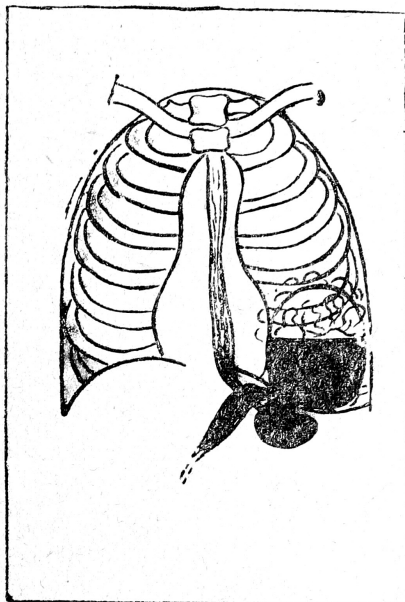


Схема № 2

Рентгенологический диагноз: левост. диафрагмальная грыжа с выпадением желудка и толстого кишечника.

5-й случай. Больной Г-ев, 19 лет, рабочий-слесарь. При рентгеноскопии: в латерально-заднем отделе левого купола диафрагмы значительный дефект, в который выпячивается селезеночный угол толстой кишки, раздутой газом, на фоне которого отчетливо видны гаустры. Выпячивание достигает 4 ребра.

Диагноз—левосторон. диафрагмальная грыжа с большими грыжевыми воротами относится очевидно к врожденным грыжам.

6-ой случай. Больной А-мов Ф., 25 лет. В мае 1931 года получил большую ножевую рану в левый бок с выпадением кишечника. Лежал около месяца в больнице. Обратился к врачам по поводу болей в области левого подреберья и постоянных запоров, которые появились после перенесенного ранения.

Рентгеноскопия. Левое нижнее легочное поле занято швартами, в толще которых видны просветления—гаустры кишечника с газом. В дистальной части 11 ребра имеется дефект. При наполнении кишечника контрастной массой последняя выполнила поперечно-ободочную кишку, значительно расширенную в левой своей половине, и частично селезеночную петлю, лежащую, очевидно, над диафрагмой и простирающуюся на указанные шварты нижнего легочного поля.

Рентгенологическое заключение: диафрагмальная грыжа с выпадением части толстого кишечника.

7-ой случай. И-ов Ал., 45 лет. Прислан в Рентгенологический институт для просвечивания желудка с подозрением на язву. Больным себя считает с 1924 года, когда при сбрасывании снега с крыши поскользнулся и упал с 8-метровой высоты на ноги. Лежал недели 3 в больнице, была рвота и кровохарканье. В данное время обратился с мучающими его болями в левом подреберье, наступающими после еды, отдающими в левое плечо. При рентгеноскопии верхняя треть желудка с кардиальным расширением отрезка пищевода и селезеночным углом толст. кишечника лежат над диафрагмой, купол которой плохо дифференцируется, но в различных проекциях видна его уплощенность. Отчетливо виден желудочный пузырь,ходящий до 3 ребра. Рентгенологический диагноз—левостор. д. г. с выходением в грудную полость желудка и селезеночной петли.

Выводы: 1. Д. г. безусловно не являются редкостью. Однако, отсутствие характерных клинических симптомов, недооценка травматических моментов в анамнезе и выпадение из поля зрения исследующего врача этой не столь уже редкой патологической формы зачастую не приводят клиницистов к правильному распознаванию или к своевременному использованию рентгенологического исследования.

2. Рентгеновское исследование при наличии д. г. играет решающую роль, но требует от исследующего рентгенолога основательных знаний патогенеза диафрагмальных грыж и опыта в трактовке своеобразной и зачастую очень сложной картины перемещения брюшных органов в грудную.

3. Рентгеновское исследование больных с д. г. в Тренделенбургском положении много способствовало нам в установлении диагноза, помогало определению содержимого грыжи, грыжевых ворот, состояния купола диафрагмы, что побуждает нас рекомендовать применение Тренделенбургского положения.

4. Во всех наших случаях с выпадением желудка или его части в грудную полость мы наблюдали деформацию пилорического отдела и бульбуса, которые вырисовывались подтянутыми вверх, вытянутыми в длину и суженными. Эти изменения мы склонны считать характерными для выпадения желудка в грудную полость.

5. Длительное наблюдение над больными с д. г. (случай 1-й и 3-й) дают нам право полагать, что в ряде случаев с течением времени грыжевые ворота расширяются, что в свою очередь облегчает продвижение пищевых и каловых масс через выпавшие и деформированные желудок и кишечник и ведет к уменьшению субъективных ощущений больных.

Из хирургической клиники Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (директор доц. Ю. А. Ратнер).

Опыт переливания гетерогенной крови в хирургической практике.

Л. И. Еляшевич и А. Н. Черкасова.

Переливание гетерогенной крови в настоящее время научно вполне обосновано. Являясь преимущественно методом шоковой терапии, переливание малых порций крови животных нашло себе применение при язвах желудка, энтероколитах.

Трансфузия больших доз чужеродной крови не получила распространения из-за возможности тяжелых осложнений. Вопрос о допустимости заместительного переливания крови окончательно еще не решен.

Так, в работе Landou имеются указания на 42 случая успешной трансфузии крови животного человеку. Gruchet на 165 наблюдений за трансфузией человеку крови ягненка, быка, теленка, овцы не отмечает ни одного случая смерти.

По мнению Bier'a, при переливании чужеродной крови происходит разрушение эритроцитов. Kisch предлагает переливание крови животных при туберкулезе легких.

По мнению Prevô, заместительная трансфузия гетерогенной крови человеку должна быть оставлена, как абсурдное и опасное мероприятие.

Rapin и Landou пришли к заключению, что сыворотка человека растворяет эритроциты животного и вызывает гемолиз в кровеносном русле реципиента. Kupz допускает возможность переливания чужеродной крови при обязательной проверке пробы на агглютинацию и гемолиз.