

угольной кислоты и отчасти также за счет хорошего вкусового напитка (см. опыты Bickel'я и Elkels'a).

3) Полученный положительный результат с появлением большого количества свободной HCl и общей кислотности не позволяет нам еще сделать определенных выводов, что эти результаты соответствуют истинному отображению функции желудка,—они дают только дополнительный штрих для выяснения функциональных возможностей данного желудка и его динамики.

4) В случаях anaciditas и subaciditas, когда на повторный пивной завтрак не получаем положительного ответа, можем предполагать наличие более стойких изменений со стороны желудка. Эта методика позволяет в ряде случаев отличать настоящие ахилии от переходящих.

5) Пиво, как повторный завтрак, имеет ряд преимуществ перед обедом Rieger'я, главным образом, не требуя затрат времени на его приготовление.

Литература: 1) Германов. Рус. клиника, № 47, 1928 г.—2) Грязев. Врач. газ., № 19, 1927 г.—3) Гурвич. Врач. дело, № 10, 1924 г.—4) Егоров. Терапевт. арх., выпуск 2, 1927 г.—5) С. С. Зимницкий. Диссертация. 1901 г.—6) Он-же. Врач. дело, №№ 15—17, 1925 г.—7) Кончаловский. Диссертация. 1911 г.—8) Р. А. Лурья. Труды I-го Поволжского Съезда врачей, 1923 г.—9) Михайлов. Медиц. мысль, том V, кн. 4, 1929 г.—10) Пожарская и Емельянов. Терапевт. арх., том VII, 1929 г.—11) Смирнов. Ibid., том II, вып. II, 1924 г.—12) Татаринев. Русская клиника, № 48, 1928 г.—13) Рейзельман. Ibid.—14) Флекель. Ibid., № 59, 1929 г.—15) Черногубов и Лурье. Ibid. №№ 58, 60—61, 1929 г.—16) Шухер и Липманович. Врач. дело, № 16, 1928 г.—17) Biesckel u. Elkels. Archiv f. Verdauungskrankheiten, Bd. 39.—18) Vándorfy. Klin. Wochenschr. № 45, 1922 г., № 17, 1923 г. и № 29, 1925 г.

Из Терапевтической клиники Омского медиц. ин-та (зав. проф. П. И. Зарницин).

К клинической картине диафрагмальных грыж с описанием случая карциноматозного желудка в грыжевом мешке.

Ординатора **А. И. Кондрашкина.**

Прижизненное распознавание хронических диафрагмальных грыж удается редко. По статистике Lacher'a в 1880 г. на 276 случаев точное прижизненное распознавание диафрагмальных грыж было постановлено всего один раз—Leichtenstern'ом. Позднее число подобных случаев значительно возросло, но все же правильное распознавание их составляет и теперь большую редкость. Таковы случаи: Ahlfeld'a, Kaufmann'a, Aбер'я, A. V. Bergmann'a, Strüpler'a, Pluckler'a, Herz'a. Здесь распознавание удавалось, большей частью, благодаря рентгеноскопии. Wullstein по этому поводу говорит, что „диагноза врожденной диафрагмальной грыжи, вероятно, никогда не удалось поставить с достоверностью“. Таким образом, описание нашего случая в связи с известными из литературы наблюдениями других авторов может представить известный интерес.

Больной А. Ш., 52 л., канцелярский работник, поступил в клинику 22/1 29 г. В октябре м-це 1927 г. больному была произведена операция по поводу открытого свища прямой кишки. По окончании стационарного лечения, с переходом на общую диету, больной заметил затруднение проглатывания твердой пищи и тупую боль в эпигастральной области. В феврале 1928 г. ему была сделана рентгеноскопия желудка и высказано предположение в смысле диафрагмальной грыжи с расположением желудка над диафрагмой рядом с сердцем. В июне 1928 г., без видимых причин, появилась рвота с примесью свежей крови, с этого времени больной отмечает периодическую тошноту, рвоту, срыгивание жидкой пищи и нарастающее затруднение глотания. Несмотря на разнообразные терапевтические вмешательства и соответствующую диету, больной худел и сильно ослаб. Раньше, как в детском, так и в зрелом возрастах, больной отличался хорошим здоровьем. Со стороны наследственности каких-либо особенностей не отмечается, туберкулез отрицает. *St. praesens*. Телосложение правильное, рост 169 см., вес 48,4 к.; из-за слабости больше лежит. Кожные покровы бледны, сухи, подкожный жировой слой отсутствует, мышцы дряблы, видимые слизистые резко бледны. Лимфатические железы увеличены в паховых и подмышечных областях, плотны, безболезненны. Грудная клетка имеет нерезко выраженный эмфизематозный характер, при дыхании расширяется мало, она вся *in toto* поднимается и опускается, число дыханий до 24. Границы легких: верхушки N, нижний край правого легкого несколько опущен, у левого легкого нижний край определить не удается. При сравнительной перкуссии справа на всем протяжении легкого звук с коробочным оттенком; слева спереди со второго межреберья и книзу до края легкого звук с тимпаническим оттенком. Такое же сочетание звука и в левой аксиллярной области, последний кзади постепенно переходит в укорочение и притупление. Сзади, в области левой нижней доли, в верхней ее трети, укорочение и ниже притупление. Аускультация легких дает жесткое, с удлиненным выдохом, дыхание; в участке укорочения оно ослаблено и на месте притупления отсутствует. *Fremitus pectoralis* слева сзади внизу ослаблен. Сердце— нормальных размеров, несколько смещено вправо и приподнято вверх; сердечный толчок в 4 межреберья, на 3 см. внутри от сосковой линии, точечный. Тоны сердца чистые, приглушены. Пульс малого наполнения, ритмичный, до 108 ударов в минуту.

При глотании больной ощущает остановку как жидкой, так и твердой пищи в нижней части пищевода, но это не является постоянным, временами он свободно проглатывает хлеб и гречневую кашу, но в то же время жидкая пища у него срыгивается вскоре после еды; аппетит плохой. Живот плоский как в лежачем, так и в сидячем положении, стенки напряжены; вправо от срединной линии, на 3 см. ниже реберной дуги, прощупывается твердая опухолевидная масса, слегка болезненная. В нижней части живота определяется жидкость. Область *epigastrium*'а всегда втянута. После еды или питья в ней не замечается ни вздутия, ни притупления. Границы желудка перкуторно и шорохом установить не удавалось, шум плеска не получался. При зондировании пищевода отмечалась непроходимость на глубине 38 см., кончик зонда окрашен кровью; исследование желудочного сока не могло быть произведено. В рвотных массах: лейкоциты, единичные эритроциты и *bac. Voas-Oppleg'a*. Реакции на кровь с *pyramidon*'ом и по Веберу, а также на молочную кислоту—положительны. У больного запоры. Кал вполне оформлен, темно-коричневого цвета, обычного запаха; реакция на кровь по Веберу положительна. Границы печени и селезенки— в пределах нормы. Почки пальпацией не определяются. Суточное количество мочи до 700 к. с., моча темная, слабо-кислой реакции, уд. вес 1020-24. Химически и микроскопически форменных элементов и др. патологических примесей не обнаружено. Исследование крови: *Hb.* 33%, эритроцитов 2,780,000, лейкоцитов 9600. Лейкоцитарная формула: юных 5%, палочковидных—21%, сегментированных 56,5%, лимфоцитов 14,4%, моноцитов 2% и эозинофилов 1%. Со стороны красных кровяных шариков отмечается пойкилоцитоз и анизоцитоз.

Исследование рентгеном, произведенное д-ром А. И. Мариупольским, показало следующее. При исследовании больного (не подготовленного) в сагиттальном направлении над левым куполом диафрагмы тень с голову новорожденного ребенка, с округлыми, слегка неровными контурами; внизу эта тень сливается с диафрагмой, медиально с сердечной тенью. Интенсивность тени равномерная, несколько меньше интенсивности тени сердца. При более жестком снимке эта тень видна на фоне сердца и доходит до средней линии тела. При исследовании

во фронтальном направлении, описанная тень располагается в задней части левой половины грудной клетки. При этом положении верхний контур ее также округлый и внизу сливается с диафрагмой. При приеме большим контрастной массы, последняя задерживается в нижней трети пищевода. От места задержки контрастная масса идет вниз несколько суженной, дугообразно-изогнутой, ровной полосой, образуя при этом как бы неглубокий, длинный, с ровными краями дефект наполнения. Эта суженная, нужно полагать, часть пищевода делает значительный поворот влево; его копечный отдел идет почти горизонтально, оканчиваясь над контуром диафрагмы и переходя в небольшое скопление контрастной массы, расположенной выше контура диафрагмы в области ранее описанной тени. Над скоплением контрастной массы появился небольшой (желудочный) газовый пузырь. От этого скопления контрастной массы, последняя на протяжении 8—9 см. идет вниз под купол диафрагмы тонкой неровной полоской. В пилорической части желудка контрастная масса снова скапливается в небольшом количестве. *Заключение:* Диафрагмальная грыжа; содержимое ее—анатомически измененный желудок. *Клинический диагноз:* Hernia diaphragmae, carcinoma ventriculi et oesophagi.

Больной находился в клинике всего 10 дней. За это время температура колебалась от 36° до 37°, последние 3 дня частая рвота, жидкий стул с калом черного цвета. За сутки до смерти кровавая рвота, падение сердечной деятельности и 2 февраля 1929 г. больной скончался.

Выписка из протокола патолого-анатомического вскрытия, произведенного проф. В. В. Лауер 2 февраля 1929 г.

Тело трупа выше среднего роста, с явлениями резкого истощения. Наружные покровы отличаются бледностью. Подкожная жировая клетчатка на груди и конечностях заметно отечна; живот выпячен, флюктуирует.

Грудная полость. Легкие свободны, пушистые, на разрезе малокровны, в задних отделах явления гипостаза. Сердце немного сдвинуто вправо. В сердечной сорочке небольшое количество светло-желтой прозрачной жидкости. Жир эпикарда в состоянии слизистого перерождения. Миокард бурый, клапанный аппарат без видимых изменений. Слева и немного сзади от сердца левая половина диафрагмы образует выпячивание в грудную полость, величиной с кулак взрослого. Оно плотной консистенции, с гладкой поверхностью.

Брюшная полость содержит около трех литров насыщенно-желтой, прозрачной жидкости. При осмотре брюшной полости обращает на себя внимание то, что большая часть желудка находится в упомянутом выше выпячивании, откуда через отверстие (диаметр 6—8 см.) в диафрагме выступает пилорическая часть его. Таким образом выпячивание диафрагмы в грудную полость в виде слепого мешка, с выходным отверстием в брюшную полость, представляет собой грыжу грудобрюшной преграды с вмещением желудка. Грыжевое отверстие в диафрагме располагается позади и слева от левой доли печени, позади левой части коронарной связки печени. Эта связка образует у переднего края подобие длинной складки, сливающейся с самой диафрагмой. Со стороны грудной полости грыжевой мешок располагается в задне-латеральной части от пищевода, между левыми ножками задней части диафрагмы и сухожильных центров ее. При разрезе грыжевого мешка и всего желудка установлено, что стенки грыжи представляют собой тонкую сухожильную и отчасти мышечную ткань, находящуюся в непосредственной связи с диафрагмой. У кардиальной части желудка стенки грыжевого мешка и стенки желудка сливаются между собой; в этой области стенка грыжевого мешка инфильтрирована новообразованием; инфильтрация имеется также в центральной части его. Со стороны желудка передняя стенка грыжевого мешка состоит из двух листков фиброзной ткани и сливается со стенкой перикарда. Стенки же желудка, в части расположенной в полости грыжевого мешка, а также и в части пилорической, резко утолщены, плотны, светло-серого цвета. В рисунке поверхности разреза стенки желудка отмечается сглаженность прослоек мышечной ткани вследствие инфильтрации новообразованием; уменьшение объема желудка говорит за наличие поражения его раковым новообразованием скirrosного характера. Полость желудка содержит небольшое количество красных кровяных сгустков. Слизистая крупно-бугристая, резко гиперемирована, местами с наличием мелких эрозий. При разрезе пищевода проходимость его при переходе в кардия резко ограничена (проходим для карандаша). И здесь кардиальная часть стенки пищевода утолщена; выше сужения просвет пищевода ампулообразно расширен. Большой сальник инфильтрирован тканью новообразования, утолщен, узловат. Брыжейка тонких кишек проросла мелкими, с горошину, узелками новообразования.

Диффузную инфильтрацию опухолью можно проследить кроме брыжеечной системы и в забрюшинных железах.

Селезенка маленькая, капсула тонкая, морщиниста, на разрезе трабекулярный аппарат выражен хорошо, фолликулы сглажены, пульпа малокровна. Печень в состоянии бурой атрофии. Почки с явлениями паренхиматозного перерождения. Микроскопическим исследованием стенки желудка установлена наличие ракового новообразования скirrosной формы. *Diagnosis anatomica: Hernia diaphragmae lateris sinistri, scirrus ventriculi, metastases multiplices.*

С понятием о хронической диафрагмальной грыже у нас складывается представление о грыжевом отверстии в диафрагме (ложная грыжа), о грыжевом мешке (истинная грыжа), через которое или внутрь которого могут проникать почти все органы брюшной полости. По частоте содержания чаще всего находят желудок, петли толстых и тонких кишок и реже другие органы брюшной полости. Таким образом, уже одно это говорит за то, что единства в клинической картине грыж грудобрюшной преграды, которая бы определенно указала на наличие последней, нет и не может быть. Переходя к описанию отдельных симптомов хронической диафрагмальной грыжи, на основании литературных данных, можно отметить у больных отрыжку, тошноту, рвоту, невозможность принимать большие количества пищи, запоры, сменяющиеся поносами. Все перечисленные симптомы как постоянное явление, один раз кровавая рвота, имелись и у нашего больного. Кроме того, при грыжах такого рода наблюдалась *disphagia paradoxa*,—впервые указания имеются у *Leichtenstern'a*.

У нашего больного по временам твердая пища проглатывалась легче, чем жидкая, последняя извергалась обратно со рвотой. Объясняется это, вероятно, тем, что при перегибе нижней части пищевода плотная пища легче проталкивается сокращением пищевода через изгиб, чем пища жидкая, кроме того последняя свободно могла отливаться обратно при условии расположения желудка выше нижней части пищевода, а в нашем случае такое предположение тем более возможно, что желудок на всем протяжении был поражен плотной раковой опухолью, последняя, распространяясь на кардиальную часть его, могла мешать плотному закрытию пищевода.

Довольно часто больные с хронической диафрагмальной грыжей жалуются на одышку, кашель; у больного в случае *Lipoli* всякий раз ощущался холод в груди после питья холодной воды. Из других признаков в литературе упоминается о вынужденном положении на левом боку (при левосторонней грыже) ввиду наличия механического препятствия для деятельности сердца. Указанные явления, повидимому, нельзя считать постоянными для хронической диафрагмальной грыжи. У нашего больного была незначительная одышка, кашель отсутствовал, все время он лежал на спине или правом боку.

Из объективных данных многие авторы придают большое значение лабевидно-втянутому животу. После еды или питья у больных не определяется ни притупления, ни вздутия в *epigastrium'e*. Это объясняется тем, что часть органов живота перемещается в грудную полость и на их месте получается втяжение. В нашем случае, несмотря на то, что больной субъективно ощущал тяжесть после еды или питья, в эпигастральной области мы не замечали ни вздутия, ни притупления звука, живот был плоский, границ желудка, шума плеска установить не удалось.

Особенно важное значение для распознавания диафрагмальной грыжи имеет исследование органов грудной полости. *Dextrocardia* настолько постоянный симптом, что по мнению Hildebrand'a при отсутствии *situs viscerum inversus*, выпотного плеврита и *puo-pneumothorax'a*, нужно всегда думать о грыже грудобрюшной преграды или эвентерации. Однако, и этот симптом должен иметь больше значения для остро-развившихся грыж, в хронически же протекающих случаях, как и в нашем, мы имели только незначительное смещение сердца вправо и вверх. Не менее характерен для грыжи грудобрюшной преграды тимпанический звук в области легких и особенно слева как спереди, так и сзади. Такой звук может доходить кверху до 2—3 ребра, распространяясь на боковую стенку груди, заходить в область левой нижней доли. В зависимости от наполнения грыжевого содержимого газами или пищей, перкуторный звук может меняться по тону, становясь высоко тимпаническим или приглушенным. Такое явление может при однократном исследовании дать повод к допущению наличия выпотного плеврита или ограниченного пневмоторакса. *Widemann* указывает, что притупление перкуторного звука сзади слева может зависеть от внедрения через грыжевое отверстие в диафрагме левой доли печени; последняя, меняясь в своем положении при перемене больного, даст изменчивость звука. Вполне понятно, что при выстукивании этой области мы не найдем нормального дыхания. В соответствующей половине грудной клетки появляются разнообразные желудочно-кишечные шумы. Некоторые авторы упоминают о будто бы наступающем после питья *succusio Hippocratis*.

У нашего больного со стороны органов грудной клетки были многие из перечисленных симптомов, однако, в силу того, что здесь грыжа грудобрюшной преграды была выполнена желудком, стенки которого сплошь инфильтрированы раковым новообразованием, наш случай, в известном отношении, занимает особое место. Характер тимпанического звука слева спереди и в левой аксиллярной области при различных положениях больного, а также до и после приема пищи не изменялся за все время пребывания его в клинике. Точно также мы не могли отметить изменений перкуторного звука сзади в области нижней левой доли; в верхней трети ее он был укороченный, в нижних двух третях притупленный. Стойкое укорочение и притупление звука, понижение голосового дрожания, резко ослабленные аускультативные феномены давали повод подозревать наличие выпотного плеврита. Объяснение такому изменению звука и ослаблению дыхания дано вскрытием. В левой плевральной полости жидкости не обнаружено, листки висцеральной и париетальной плевры не имели воспалительных изменений. При рассмотрении места расположения грыжи и ее содержимого оказалось, что она располагается позади сердца, ближе к задней стенке грудной клетки, состоит из желудка, стенки которого на всем протяжении проросли злокачественной опухолью. Кроме того имелась спайка между желудком и диафрагмой, образующей купол грыжевого мешка. Такая фиксация, с одной стороны, близость инфильтрированного раковым новообразованием желудка, с другой, давали определенно локализованное укорочение и притупление перкуторного звука в области нижней доли левого легкого, а, отчасти, вытесненная из своего нормального положения нижняя доля того же легкого при аускультации не могла дать нормального везикулярного дыхания, оно

было резко ослаблено. Характер поражения желудка, где о перистальтике не могло быть и речи, сравнительно малая вместимость его,—все это не позволяло установить нам описанного многими авторами при диафрагмальной грыже желудочного шума, а также плеска в соответствующей половине грудной клетки.

Заканчивая разбор клинической картины диафрагмальных грыж вообще и нашего случая в частности, мы последний раз обращаем внимание на разнообразие симптомов и возможность сочетания грыж такого рода с карциноматозно-перерожденным желудком, внедрившемся в грыжевой мешок.

Из Одесского государственного института усовершенств. врачей (Зав. Урологич. отделен. д-р К. М. Ю з е ф о в и ч).

К функциональному исследованию почек салицилово-кислым натром.

Л. П. Крайзельбурд.

Глава функциональной диагностики почек, несмотря на огромный арсенал чрезвычайно ценных, верных и испытанных проб, является еще далеко незаконченной. Неравномерное выпадение параллельно проводимых проб, очень частое несоответствие функционального состояния с анатомическими изменениями в пораженном органе,—все это с несомненностью доказывает, что абсолютного критерия функцион. способности почек пока еще не существует. Между тем выявление общей работоспособности почек или состояния одной из них является обязательным звеном в урологическом исследовании больного, без определения чего ни одно оперативное вмешательство не представляется возможным. Не останавливаясь на принципах отдельных видов функционального исследования почек, считаем необходимым отметить, что каждый метод для широкого своего применения должен удовлетворять следующим запросам: результаты пробы должны соответствовать истинному состоянию пораженного органа и не должны зависеть от побочных факторов, не относящихся к заболеванию почек. Техническое выполнение пробы должно быть вполне доступным в обычных условиях работы без необходимости особо приспособленных учреждений и специально подготовленного персонала. К сожалению, ни один из имеющихся в нашем распоряжении методов функционального исследования почек не удовлетворяет еще выставленным выше положениям. В виду этого для выявления патологического состояния почек, особенно при необходимости постановки вопросов оперативного вмешательства приходится прибегать к параллельному проведению нескольких проб для контроля результатов, полученных от той или другой пробы в отдельности.

Функциональное исследование почек салициловокислым натром предложено было Strachstein'ом в 1925 г. при терапевтическом заболевании почек. На 2-м Всер. съезде урологов в 1927 г. д-р Фрумкин рекомендовал этот метод для широкого применения при хирургических заболеваниях почек. В виду простоты техники исследования и основываясь на интересе, который вызвал доклад среди участников съезда, нами было