

I ($O_{\alpha\beta}$), у ребенка Ш.—I ($O_{\alpha\beta}$); 2) у отца Т.—I ($O_{\alpha\beta}$), у матери Т.—II (A_{β}), у ребенка Т.—III (B_{α}). Определение кровяных групп было произведено двойным методом—определение агглютиногенов и агглютининов по Шиффу. Учет результатов реакции изогемоагглютинации Ландштейнера в данном случае произведен по Бернштейну с наследованием групповых свойств—по Менделю (3 гена—A, B и R, из них A и B доминанты, R—рецессивен).

В результате учета данных реакции Ландштейнера было сделано такое заключение: 1) на основании результатов определения групп крови у гр-на Ш., гр-ки Ш. и ребенка Ш. можно сделать заключение, что гр-н. Ш. не может быть отцом данного ребенка Б.; 2) на основании результатов определения групп крови у гр-ки Т., и ребенка Т. можно сделать заключение, что данный ребенок А. не может быть рожден от гр-на Т., 3) принимая во внимание, что ребенок Т. с группой крови II (B_{α}) может быть рожден от брака Ш., а ребенок Ш. с группой крови I ($O_{\alpha\beta}$) может быть рожденным от брака Т., можно предполагать с большой степенью вероятности замену новорожденных в роддоме у родильниц Ш. и Т.

Таким образом, в данном случае мы имеем такое сочетание наследственных генов крови, которое позволяет сказать о перепутывании детей в роддоме, причем спорный вопрос разрешается научным путем с помощью реакции изогемоагглютинации Ландштейнера, имеющей огромное значение не только при переливании крови, в патологии, в антропологии и т. д., но и судебно-медицинское значение в вопросе установления происхождения кровяных пятен и для установления, вернее исключения, отцовства (хотя только в 25% всех браков или же несколько больше, если принимать во внимание и факторы M и N, возможен положительный ответ.).

Поступила в ред. 20. XI. 1937 г.

Из 4-й терапевтической клиники Ростовского госуд. мединститута (директор проф. Б. Н. Михайлов) и терапевтического отделения Пролетарской больницы (зав. К. Ф. Балиев).

Случай хилоторакса.

Ф. С. Комурджиев.

Б-ной С-ч, 40 л., поступил с жалобами на одышку, сильные боли в левой части груди и в левом подреберьи и невозможность лежать на правом боку и спине. 5 дней назад б-ной получил ножевое ранение в верхнюю левую часть спины, между лопаткой и 2 3 грудными позвонками. Через 10—15 минут после ранения б-му была оказана помощь хирургом, который констатировал у больного ранение, проникающее в плевру и легкое с явлениями подкожной эмфиземы, кровохаркания не было. Б-ой провел ночь очень плохо, беспокойно и тревожно и жаловался на боли в левой части груди. На утро консилиум терапевтов и хирургов установил у б-го гемопневмоторакс. Температура была нормальная; на спине между левой лопаткой и вторым грудным позвонком была обнаружена небольшая рана с кровяным отделяемым в небольшом коли-

честве. В последующие дни состояние больного ухудшалось, одышка увеличилась, бессонница, чувство сдавления и боли в левой части груди усилились, температура повысилась до $37,4^{\circ}$ и по совету пользовавшихся врачей больной был госпитализирован с диагнозом — гемопневмоторакс.

Объективно. Больной в положении, резкое ортопноэ, цианоз губ, носа и концев пальцев; похолодание конечностей, холодный пот. Пульс — 90 в 1 м., среднего наполнения, ритмичный. Число дыханий 34 в минуту.

Легкие: перкуторно слева — сплошная тупость сверху донизу, как спереди, так и сзади. При аускультации — дыхания не слышно; голосовое дрожание — отсутствует. Справа — легочный звук — ясный, жесткого везикулярного дыхания. Сердце резко смещено вправо; границы его: справа — по правой сосковой линии; левая граница сливается с тупостью выпота. Тоны выслушиваются отчетливо, чистые у правого соска, правой границы грудины и на больших сосудах, в 5-м межреберьи слева — тоны глухие, небольшой акцент 2-го тона на легочной артерии; резкая болезненность при пальпации в левом подреберьи, где прощупываются селезенка и под ней почка. Край печени выступает на 2 пальца из-под правого подреберья. Живот — мягкий, безболезненный, немного вздут. Общее состояние очень тяжелое. Температура — $36,4^{\circ}$. Не спал пять ночей, подавлен, нервничает. Рана на спине почти зажила первичным натяжением. С аспирацией решено несколько обождать из боязни нового кровоизлияния.

Рентгеноскопия грудной клетки: все левое легочное поле затемнено, купол диафрагмы опущен и неподвижен, сердце — резко смещено вправо. На другой день в виду тяжелого состояния больного и витальных показаний было решено выпустить часть жидкости. Сделана пробная пункция и извлечена жидкость цвета какао, похожая на гной с примесью крови. Но микроскопическое исследование дало много эритроцитов и единичные лейкоциты. Аппаратом Потэна было выкачано такой же жидкости $2\frac{1}{2}$ литра, тупость резко снизилась до угла лопатки. Состояние больного и самочувствие сразу улучшились и 6-ой тотчас же уснул. Вечером температура нормальная, ночью хороший сон. К утру состояние удовлетворительное, температура — норм.; перкуссия дала повышение тупости почти до первоначального уровня; к концу дня общее состояние 6-го начало снова ухудшаться. Потэном был удален 1 литр жидкости такого же цвета; исследование пунктата дало много эритроцитов, небольшое количество лейкоцитов и светлые, круглые тельца, похожие на капли жира. Окраска препаратов суданом III подтвердило это предположение. Это обстоятельство заставило подумать о ранении грудного протока. Для подтверждения этой мысли мы решили применить оригинальный метод, предложенный проф. Сенатором и Штрауссом. Мы предложили 6-му с утра съесть 50,0 коровьего масла, предварительно сделав натошак пункцию и исследовав пунктат. Через $1\frac{1}{2}$ часа после дачи масла больному была сделана пункция и пунктат был исследован на присутствие жировых капель (окраска суданом III). Последний пунктат дал большое количество жировых капель во всех препаратах, тогда как до дачи масла в предыдущем пунктате жировых капель было значительно меньшее количество. Мы повторили эту пробу еще раз и получили те же результаты и, таким образом, окончательно убедились в правильности нашего диагноза — ранения грудного протока.

После последнего выкачивания 6-ой почувствовал себя лучше; впервые лег на спину, пульс 80 в 1 мин, хорошего наполнения; лицо и губы порозовели. Ночь 6-ой спал хорошо; температура вечером была $37,6^{\circ}$, утром — $37,7^{\circ}$; тупость несколько ниже — до верхнего угла лопатки сзади и до ключицы спереди; сердце смещено вправо до сосковой линии; тоны глуховаты, лучше выслушиваются ниже правого соска. Так как предыдущее выкачивание 6-ой перенес хорошо, мы решили удалить еще 1 — $1\frac{1}{2}$ литра жидкости из плевральной полости. Пункцией удалено $1\frac{1}{2}$ литра жидкости такого же цвета и консистенции. В пунктате — до 20 штук в поле зрения лейкоцитов, эритроциты во всем поле зрения и незначительное количество жировых капель (меньше, чем в предыдущих пунктатах); бактерии цитологические отсутствуют, посев стерилен. В дальнейшем жидкость больше не накапливалась; тупость с каждым днем уменьшалась, состояние 6-го стало быстро улучшаться, он уже мог спать на правом боку; аппетит хороший, температура — норма, стал прибавать в весе.

Рентгеноскопия: уровень жидкости в левой плевральной полости сзади соответствует седьмому ребру, верхнее легочное поле — чистое; сердце не смещено.

Через месяц в хорошем состоянии б-ой был выписан на патронаж и через 2 недели снят с него с направлением в курортную комиссию. На курорте больной окончательно поправился и, вернувшись домой, приступил к своей обычной работе.

Я видел больного через несколько месяцев, один и два года после ранения; чувствует себя хорошо.

Описанный случай, сам по себе интересный в силу своей относительной редкости, служит подтверждением возможности самопроизвольного заживления ранения грудного протока. Удаление хилуса из полости плевры оказывает благоприятное действие на нарушенное, вследствие давления излившейся в плевру, жидкости, кровообращение в малом кругу. Метод, предложенный проф. Сенатором и Штрассом для диагностики ранений грудного протока и проверенный нами, является интересным по своей идее и простым по технике выполнения.

Поступила в ред. 9.II.1938 г.

Из второй факульт. хир. клиники (директор проф. М. Т. Фридман)
Днепропетровского мед. ин-та.

Случай обнаружения инородного тела в грыжевом мешке.

Н. А. Вериго.

Присутствие инородных тел в содержимом грыжевого мешка явление весьма редкое; они большей частью представляют случайные находки при операциях или секциях. Диагностировать их очень трудно, особенно в случаях, не имеющих в анамнезе никаких на это указаний.

Из случаев нахождения инородных тел в грыжах наиболее демонстративен случай Добромыслова в котором под кожей в области пупочной грыжи были найдены игрушки (деревяная чашечка от игрушечного самовара и plomb от вагона), вложенные больной девочкой в расширенное пупочное кольцо, откуда они проникли под переднюю брюшную стенку.

В нашем случае б-ной Ш-а Б., 26 л., по профессии пом. каменщика, поступил 3/III 1937 г. в клинику для операции по поводу правосторонней паховой грыжи. Из перенесенных заболеваний отмечает на 12-м году жизни брюшной тиф.

В 1916 году при поднимании тяжестей почувствовал боли в правой паховой области. В дальнейшем отмечает, что каждый раз при поднимании тяжести стало появляться здесь же выпячивание, исчезавшее при лежании. Последние 2 месяца появление выпячивания стало сопровождаться болями колющего характера, что и заставило б-ного обратиться в клинику.

Б-ной среднего роста, удовлетворительного питания. Со стороны органов грудной и брюшной полостей отклонений от нормы нет. Лимфатические железы не прощупываются. Locus morbi: в стоячем положении в правой паховой области при натуживании появляется выпячивание овальной формы, спускающееся в мошонку, мягко-эластической консистенции, вправляется в брюшную полость с легким урчанием. После вправления по ходу семенного канатика остается плотный тяж длиной 5—6 см. Паховое кольцо пропускает кончик пальца. Элементы семенного канатика располагаются внутри и сзади от выпячивания.

Диагноз: *Hernia inguinalis dextra obliqua*. Анализ мочи: норма. 4/III-37 г. под местной анестезией 0,1% р-ств. новокаина операция. Обычный разрез кожи. По вскрытии апоневроза выделен плотный с утолщенными стенками грыжевой мешок, спаянный с элементами семенного канатика. После вскрытия грыжевого мешка обнаружено, что с его задней стенкой спаян саленк. Последний перевязан, отсечен и культи вправлена в брюшную полость. Грыжевой мешок перевязан. При отсечении грыжевого мешка ножницы наткнулись на препятствие, оказавшееся заржавленной, инкапсулированной целой швейной иглой,