

В тех случаях, когда размеры окружности грудной клетки не соответствуют росту данного человека, может быть проведен контроль с помощью определения веса по росту. Для этого определения мною установлена формула:

$$P = 0,7 L = 54$$

Сравнение этой формулы с цифрами Раутмана, которые в настоящее время считаются, по мнению всех авторов, наиболее точными, показывают абсолютное совпадение, как в этом легко убедиться из следующей небольшой таблицы:

Рост L в см	Вес P в кг	Окружность грудной клетки C в см
150	51,0	81,0
155	54,5	82,3
160	59,0	83,5
165	61,5	84,8
170	65,0	86,0
175	68,5	87,3
180	72,0	88,5
185	75,5	89,8
190	79,0	91,0
195	82,5	92,3

Достаточно сравнить цифры, получаемые по моей формуле с цифрами, указанными в приведенной таблице, чтобы убедиться в их полном совпадении.

Конечно, не следует забывать об изменениях веса в зависимости от возраста, напр., о некотором повышении веса в пожилом возрасте, об исхудании в старческом возрасте и т. д. Эти поправки имеют силу по отношению ко всем способам определения стандартного веса без исключения, и поэтому я на них останавливаться не буду.

Во всяком случае предлагаемый мною способ определения стандартного веса по росту и окружности грудной клетки или только по росту чрезвычайно прост, дает точные результаты и вполне пригоден для применения в клинике. Конечно, применение его не должно быть шаблонным, и всегда следует принимать во внимание все те условия, которые могут влиять на отклонение веса (отеки и т. п.).

Литература: 1) Шугаев В. С. Островский А. Д. Новый метод определения нормального веса, под редакцией В. Г. Штефко. 1930-2) Шатенштейн Д. И. Клиническая медицина 1931 г., т. IX, № 19—20.

О сухих плевритах травматического происхождения.

М. Л. Магази́ника (Ленинград).

Вопрос о сухих плевритах травматического происхождения поныне не подвергся еще всестороннему и тщательному изучению, в то время как этот вид плевритов имеет в своем клиническом течении ряд характерных и специфических особенностей, резко отличающих их от сухих плевритов другой, не травматической этиологии.

Даже наиболее крупные и солидные руководства по внутренней медицине и болезням легких и плевры, излагая вопросы плевро-патоло-

тии и останавливаясь на причинах, могущих вызвать воспаление плевры, как будто, вскользь только упоминают также о травме, как об этиологическом моменте (West, Backmeister, Штрюмпель, Зимницкий, Чистович, Гранстрем). Сравнительно несколько полнее разработан вопрос о сухих плевритах травматического происхождения у Соколовского в его „Болезни органов дыхания“. В наблюдавшихся им 362 случаях плеврита травма является этиологическим моментом у 6% больных.

Своеобразное течение сухих плевритов травматического происхождения и сравнительная бедность литературных данных по этому вопросу побуждают нас поделиться некоторыми клиническими наблюдениями за плевритами с травмой в этиологии. За последние 5—6 лет на нашем диспансерном и амбулаторном материале нам приходилось наблюдать около 15 случаев сухого плеврита травматического происхождения.

Некоторые авторы считают, что травма, могущая вызвать плеврит, должна обязательно быть определенной и, добавим, значительной силы. Так, West, напр., говорит о переломах или раздроблениях ребер, Штрюмпель—о проникающих ранах, Бакмейстер—о тяжелых контузиях—как об этиологическом моменте, могущем вызвать плеврит.

Наши наблюдения говорят о том, что и крайне незначительные травмы и ушибы грудной клетки в состоянии вызвать воспалительные явления со стороны плевры. Нам приходилось наблюдать случаи сухого плеврита травматического происхождения при отсутствии каких бы то ни было травматических явлений со стороны внешних покровов, мышц, костяка.

В качестве иллюстрации приведем следующий случай:

Б-ой 22 лет. Два дня тому назад его товарищ, шутя, нанес ему несильный удар кулаком несколько вправо от правого соска. В момент нанесения удара больной никакой боли не испытывал. На следующий только день, встав со сна, больной начал испытывать при дыхании резкие боли в области правой половины грудной клетки. При нашем осмотре никаких травматических явлений не видно. При пальпации кожи, подкожной клетчатки, костяка—боли отсутствуют. Правая половина грудной клетки несколько отстаёт при дыхании. Аускультативно: нежный шум трения плевры в области нанесенного удара. Боли при дыхании и шум трения плевры держались около недели. Диагноз: сухой правосторонний плеврит травматического происхождения.

Нам представляется, что плевра в известных случаях, в силу особо присущих ей свойств и особенностей, обладает способностью реагировать на такие травмы, сила которых является совершенно недостаточной для того, чтобы вызвать реакцию и какие-либо болезненные явления со стороны костяка, мускулатуры, подкожной клетчатки, кожи.

К особенностям сухих плевритов травматического происхождения мы отнесем также их *безлихорадочное течение*. Во всех наблюдавшихся нами случаях сухого плеврита травматического происхождения температура оставалась нормальной. В одном только случае она была субфебрильной, но как потом оказалось температура эта имела в своем основании воспалительные явления со стороны женской половой сферы.

Переходя к вопросу об исходе сухих плевритов травматического происхождения, теоретически мы должны допустить возможность их перехода в другие формы: серозную, гнойную и т. д., но на нашем материале мы таких переходов не видели. Во всех наших случаях плеври-

тические явления держались сравнительно недолго (до $1\frac{1}{2}$ —2 недель) и затем проходили бесследно, не оставляя после себя никаких субъективных или объективных явлений.

Необходимо иметь в виду, что наш материал, исключительно амбулаторный, располагает плевритами со сравнительно не тяжелыми травмами в своей этиологии, чем и объясняется, вероятно, как безлихорадочное, так и благоприятное их течение.

Воспаления плевры встречаются настолько часто, что следы их находят больше, чем у половины трупов (Гранстрем). Оставляя в стороне туберкулезное происхождение ряда плевритов, необходимо указать, что далеко не последнюю роль в таком значительном распространении их играют чисто „бытовые“, если можно так выразиться, ушибы, часто происходящие совершенно незаметно для больного, но неизменно дающие те или иные плевральные явления.

На основании нашего немногочисленного, правда, материала, мы все же приходим к следующим выводам:

1) Возможны случаи сухого травматического плеврита при отсутствии каких-либо травматических явлений со стороны наружных покровов.

2) Сухие плевриты травматического происхождения, с не тяжелыми травмами в своей этиологии, имеют обычно безлихорадочное и благоприятное течение.

Из Факультетской терапевтической клиники Кубанского Государственного Медицинского Института имени Красной армии (Директор — проф. К. М. Руткевич).

К методике и диагностической ценности дуоденального зондирования.

Ассистента А. Ф. Чудиновой.

Дуоденальное зондирование, как диагностический метод заболевания желчных путей, приобретает за последние годы все большее и большее распространение, и едва ли теперь найдется хотя бы одно стационарное терапевтическое или хирургическое отделение, где бы дуоденальное зондирование не применялось, — хотя историческое прошлое его еще очень не давнее.

У нас в Факультетской терапевтической К. М. И. метод дуоденального зондирования стал широко применяться с 1925 года, и за это время у нас накопились некоторые наблюдения как в области методики зондирования, так и в области диагностической ценности его, о чем я и хотела бы поделиться.

Я не буду останавливаться на методике введения дуоденального зонда в желудок — до дуоденальной метки, которое удается лишь за редким исключением, а прямо перейду к способам его дальнейшего продвижения в 12-перстную кишку. Введенный в желудок дуоденальный зонд обычно некоторое время находится

¹⁾ Доложено в Терапевтическом секторе Единого Биологического общества г. Краснодара.