

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.

в желудке ($1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ —2 ч.) раньше, чем попадает в 12-перстную кишку в силу нормальной перистальтики желудка. Чтобы помочь желудку прогнать оливу в 12-перстную кишку и тем укоротить время ее пребывания в желудке, мы, во-первых, всегда кладем грелку на область привратника желудка, чтобы способствовать его скорейшему открытию, во-вторых, делаем легкий массаж желудка для усиления его перистальтики, пользуясь приемом глубокой скользящей пальпации по Гаузмандля определения большой кривизны желудка и получая экспираторное урчание. Этот прием, по нашим уже продолжительным наблюдениям, в большинстве случаев способствует более быстрому прохождению зонда из желудка в 12-перстную кишку; в третьих, в более редких случаях, где оба указанные метода все же не дают ожидаемого эффекта, что иногда наблюдается при повышенной кислотности желудка с сильным рефлексом на pylorus, доходящим до пилороспазма, мы в этих случаях вводим в желудок небольшое количество раствора двууглекислой соды в теплом виде ($1\frac{1}{2}$ —1 чайн. лож. на 100—150 к. с. воды). Само собою разумеется, этот последний метод неприменим у желтушных б-х с ахоличным калом, где щелочная реакция дуоденального содержимого является единственным фактором, указывающим на попадание зонда в 12-перстную кишку. Достижимое указанными методами укорочение времени пребывания дуоденального зонда в желудке, с одной стороны, благотворно влияет на самочувствие б-го, а с другой стороны, и отнимает значительно меньше времени у персонала, производящего зондирование.

Полученную порцию „А“ и добытую по способу Мельцер Лайона (Meltzer Layon) порцию „В“ и „С“ мы должны тотчас же исследовать, так как наши наблюдения вполне подтверждают данные А. М. Левина, что форменные элементы желчи быстро в ней при стоянии растворяются под влиянием панкреатических ферментов.

Полученные в норме все порции „А“, „В“ и „С“—прозрачны, отличаясь одна от другой лишь по времени получения и по интенсивности окраски.

В патологических случаях полученная желчь макроскопически или мутна, или же она сохраняет свою прозрачность, но в ней появляются хлопья большей или меньшей величины. Однако, мутная желчь может быть и не патологической, она может зависеть от забрасывания содержимого желудка или ниже лежащей части кишечника, но тогда эта случайная муть желчи легко может быть отличима, во-первых, тем, что порции мутной желчи чередуются с желчью прозрачной, образуя слоистость в пробирке, а во-вторых, еще тем, что в этой мутной порции замечается и неравномерность окраски.

Судя по тому, которая из порций полученной желчи мутна или же содержит хлопья, ставится тот или другой предположительный диагноз: изменения в порции „А“ указывают на заболевание 12-перстной кишки, порции „В“—на заболевание желчного пузыря и порции „С“ или „В“ и „С“ или „А“, „В“ и „С“—на заболевание желчных ходов.

Очень часто клинициста для диагностирования холецистита интересует лишь порция „В“, между тем как, по нашим наблюдениям, необходимо получить все 3 порции, так как при хроническом воспалении желчного пузыря полученная при зондировании порция „А“ и большая часть порции „В“ очень часто бывают совершенно прозрачны и только лишь в самом конце порции „В“ начинают появляться обычно крупные хлопья. Это можно, вероятно, объяснить тем, что только под влиянием усиленного сокращения (Magn. sulf.) уже почти пустого желчного пузыря продукты воспаления начинают отделяться от стенок его и поступать в желчь в конце порции „В“, перед самым появлением порции „С“. Если же исследующий, получив, совершенно прозрачные порции „А“ и часть

порции „В“, этим и ограничится, то он может быть введен в заблуждение, не найдя ничего патологического в полученной им порции „В“, так как только конец ее в большинстве случаев и является ценным в диагностическом отношении.

Но самые ценные диагностические данные мы получаем при микроскопическом исследовании отдельных порций полученной желчи и по присутствию в них форменных элементов, их характерного расположения, присутствия в отдельных случаях солей, слизи, ламблий и т. д. мы уже более точно можем подойти к диагнозу данного заболевания, что отмечено целым рядом авторов (Левин, Броннер и др.).

Не останавливаясь подробно на микроскопической картине различных порций желчи и их диагностической ценности, я лишь позволю себе остановиться на некоторых особенностях расположения форменных элементов при различных заболеваниях, имеющих, по нашим наблюдениям, большое диагностическое значение.

При холециститах, как острых, так и хронических, обычно находят в порции „В“ полученной желчи большее или меньшее количество лейкоцитов, причем в острых случаях лейкоцитов в желчи значительно больше, чем в хронических. Вполне соглашаясь с этим, мы лишь хотели бы отметить, что, по нашим наблюдениям, расположение лейкоцитов в желчи неодинаково в обоих процессах. При острых холециститах в порции „В“ мы находим обычно большое количество лейкоцитов, расположенных одиночно, т. е. отдельно друг от друга (до 200—300 и более в кажд. поле зрения); наряду с этим встречаются изредка и скопления лейкоцитов, собранные в небольшие группы и заключенные в слизь. Макроскопически порция „В“ мутна, с мелкими хлопьями. При хронических же холециститах, наоборот, отмечается расположение лейкоцитов, в большинстве случаев, в виде очень больших групп, спаянных слизью и детритом; скопления эти иногда занимают сплошь все поле зрения и даже иногда не умещаются в нем. Макроскопически эти группы лейкоцитов выделяются в виде крупных хлопьев на фоне обычно прозрачной желчи, т. к. одиночно расположенные лейкоциты в этих случаях встречаются очень редко и в небольшом количестве. В еще более хронических случаях хлопья эти, состоящие из лейкоцитов, как я уже выше указала, появляются лишь в самом конце порции „В“ перед началом порции „С“, на что мы обращаем особенное внимание.

При ангиохолитах мы наблюдали характерное расположение лейкоцитов, которые, не теряя своей структуры, скопляются в группы, напоминающие мочевые цилиндры различных диаметров. Кроме этих цилиндров, в желчи при ангиохолитах (в порциях „С“ и „В“) обнаруживается, обычно, и большое количество лейкоцитов, расположенных одиночно, а при одновременном поражении и желчного пузыря—и скопления их в большие или меньшие группы. Альбуминохолия, которой Левин и Яппа объясняют появление наблюдаемых ими цилиндров,—возможно и здесь является связующим звеном для лейкоцитов, которые застаиваются в мелких желчных ходах при воспалении их и образуют те слепки в виде цилиндров, которые мы наблюдаем при ангиохолитах.

В виду значительного интереса и диагностической важности указанного выше явления, в качестве иллюстрации к нему, позволим себе

привести одну краткую историю болезни б-го с диагнозом ангиохолита, лежавшего у нас в клинике в 1926 году.

Б-ной Б., 30 л., поступил с жалобами на тупые боли в правом подреберье, которые временами усиливались. Болен 1 год. Т° 36,5—37,5.

St. praes.: среднего роста, астенического телосложения, кожа со слегка желтоватым оттенком; склеры субъиктеричны. Со стороны сердца и легких—N. Печень прощупывается на 1½ пальца, гладка, болезненна. Количество лейкоцитов в крови—6,800.

При дуоденальном зондировании в порции „В“ и особенно в порции „С“ большое количество лейкоцитов, частью расположенных одиночно, большею же частью, собранных в группы в виде мочевых цилиндров. Клинический диагноз—ангиохолит. Лечение — метод перемеж. дренажирования (зондирования) с 2-х—3-дневн. промежутками. В желчи при повторных исследованиях постоянно та же картина, но к концу пребывания в клинике, количество лейкоцитов и этих цилиндров значительно уменьшилось. Месяца через полтора б-ой выписался из клиники с некоторым улучшением. Через полгода б-ной вновь поступает в клинику уже в более тяжелом состоянии, с явлениями резкого исхудания, Т° 37—38°. Печень на 2½ пальца. При повторных зондированиях оказалось, что все порции желчи прозрачны; под микроскопом — лишь редкие лейкоциты, т.е. картина N желчи. В крови лейкоцитов 8.000; а потому пришлось констатировать, что бывшие воспалительные изменения желчных ходов, вероятно, прошли, и б-ой поступил уже с другим заболеванием. Рентгеновское исследование желудка показало, что 2/3 желудка занято злокачественной опухолью. Исследование желудочного сока не дало ничего патологического. Опухоль желудка тоже не прощупывалась. На основании рентгеновской картины желудка был поставлен диагноз: Cancer ventriculi, может быть с метастазами в печени. Истощение б-го прогрессировало. Моргс через 3 недели после поступления в клинику. *Аутопсия*: опухоли в желудке не оказалось, но желудок был очень мал, не больше 1/3 величины N желудка. Печень была увеличена, в правой доле ее находился большой участок (величиной превосходящий чайное блюдце), где отводящий желчный ход был закупорен пробкой из продуктов воспаления, все же желчные ходы этого участка, даже самые мельчайшие, были сплошь забиты гнойными массами. В остальных участках печени воспалительных изменений желчных ходов не обнаружено.

Таким образом, нам стало понятно, почему в первый раз по поступлении б-го в клинику, когда желчные ходы были проходимы, мы при дуоденальном зондировании получали характерную картину желчи для ангиохолита. При последующей же закупорке крупных отводящих желчных ходов большого участка печени мы получили нормальную по микроскопической картине желчь из здоровых участков печени, что и привело нас к ложному выводу о прекращении процесса в желчных ходах.

На основании вышеизложенного, мы позволяем себе сделать следующие выводы:

1. Для ускорения прохождения зонда из 12-перстной кишки в желудок мы можем рекомендовать: грелку на область пилор. части желудка, массаж желудка, а при повышенной кислотности желудочн. сока с пилороспазмом—введение раствора соды.

2. Необходимо дуоденальное зондирование доводить до конца и не ограничиваться получением только начала порции „В“, так как в большинстве случаев, согласно нашим наблюдениям, только конец ее, предшествующий появлению порции „С“, при хронических холециститах содержит продукты воспаления и может быть использован с диагностической целью.

3. За острое воспаление желчного пузыря, по нашим данным, говорят: макроскопически—мутная порция „В“; микроскопически—большое количество, главным образом, одиночно расположенных лейкоцитов.

4. За хронический холецистит говорят: макроскопически—порция „В“ с крупными хлопьями; микроскопически—лейкоциты, собранные

в большие или меньшие группы и заключенные в слизь, и незначительное количество одиночно расположенных лейкоцитов.

5. Появление хлопьев в желчи лишь в самом конце порции „В“ указывает на еще более хронический процесс.

6. Расположение лейкоцитов в виде цилиндров различных диаметров в порции „С“, иногда и „В“, согласно нашим наблюдениям, говорит за воспаление желчных ходов, при этом внезапное исчезновение их не всегда говорит за прекращение процесса: оно может объясняться происшедшей закупоркой внутрипеченочных ходов.

Детская клиника Казанского медицинского института.

Яблочная диета при лечении поносов у детей.

Проф. В. К. Меньшиков.

Диетотерапия поносов у детей в ряде случаев представляет исключительно трудную задачу. Зная этиологический момент, патогенез, конституциональные свойства и состояние ребенка, мы все же, особенно при хронических поносах у детей, не всегда легко можем достичь желанного успеха, и приходится изыскивать все новые и новые пути и средства в борьбе с болезнью. Разнообразие диетических мероприятий, нередко трудная выполнимость их, особенно в обычной домашней среде и в деревенской практике, заставляет нас стремиться к применению наиболее простых общедоступных средств. Среди таковых за последнее время предлагается совершенно новое, а именно назначение яблочной диеты. Frieda Klimsch и Heissler в своей санаторной практике в Шварцвальде, а за ними Schlaw в детском санатории в Кенигсфельде с успехом применяли яблочную диету при поносах у детей. Feer в своем докладе о новейшем направлении в питании здоровых и больных детей упоминает о благотворном действии яблочного пюре при колитах, сопровождающихся лихорадочным состоянием. Первым, проводившим тщательные наблюдения в клинике, был Mого. Он применял эту диету у 52 детей в возрасте от 3 мес. до 10 лет при заболеваниях острыми диспепсиями, энтеритами, хроническими диспепсиями, при дизентерии и тифах, отмечая в преобладающем количестве случаев удивительное действие, сказывавшееся в быстром исчезновении поноса, улучшении характера стула, общего состояния больных и прекращения лихорадочного состояния, бывшего до назначения диеты. С прекрасным результатом применял яблочную диету Kollmann. Из 22-х его больных были дети грудного возраста от 3 мес. до 1 года с острыми и хроническими диспепсиями и 12 детей до 4-летнего возраста с разнообразными расстройствами. По указаниям этого автора во всех случаях действие было изумительным. Через сутки - полторы стул становился хорошим, оставаясь таковым и в дальнейшем при переходе к обычной пище. Вес, сначала падавший, с 4—5 дня восстанавливался и даже шел в гору. Е. П. Мелентьева сообщает о применении яблочной диеты в 7 случаях у детей с заболеваниями острыми токсикозами, диспепсией, острыми и хронич. колитами. В 6 случаях ею получен хороший результат, сказавшийся падением тем-