

травмируются, и поэтому лучше оперировать в черных толстых перчатках. Тонких перчаток при данной методике обработки желательнее избегать.

6. Во время операции на случай прокола необходимо иметь в запасе несколько прокипяченных резиновых напальчников.

7. Антисептическая обработка перчаток сулемой заслуживает дальнейшего изучения.

Из факультетской хирургической клиники Московского областного клинического института—Медвуза (зав. проф. Б. Э. Линберг).

Легочные абсцессы по материалам МОКИ за 10 лет.

М. Б. Баркан.

За последнее время все чаще и чаще стали диагностироваться в легких нагноительные процессы то более, то менее обширные, и работы об абсцессах легких не сходят со страниц печати. На XXIII Всесоюзном съезде хирургов в Ленинграде вопрос об абсцессах и гангренах легких явился программной темой.

Интерес к хирургическому лечению гнойных заболеваний легких был возбужден после 1901 года, когда Гарре, Ленгарти и Гнинке выступили по этому вопросу на XIII съезде немецких естествоиспытателей в Гамбурге. Сводная статистика из мировой литературы была представлена Гарре в количестве 122 операций с общей смертностью в 34%. Керте, Тюфьер и Зауэрбрух содействовали дальнейшему развитию этого вопроса. В 1920 году Зауэрбрух представил результаты 53 оперированных случаев с абсцессом легких со смертностью в 51,3%. На XVI Всесоюзном съезде хирургов, в 1924 г. в Москве, Греков сообщил о результатах 39 оперированных абсцессов со смертностью в 33,4% и 12 случаев с гангреней со смертностью в 50%. Высокая смертность по материалам Грекова объяснялась исключительной тяжестью представленного материала. Спасокукоцкий в 1931 г. сообщил о 43 случаях с гангреней и абсцессом легких, причем в 21 случае был применен активный хирургический метод лечения с 8 смерт. случаями (36%) и в 22 случаях консервативный хирургический метод лечения (френикотомия, торакопластика и наложение плевмоторакса) с 6 смерт. (26,5%). На XXIII Всесоюзном съезде хирургов Спасокукоцкий, Шаак, Линберг, Тушинский сообщили о своих наблюдениях; Шаак представил собственный материал в 50 сл. гангрены и абсцесса легких со смертностью в 48%, Спасокукоцкий сообщил о своем материале, собранном за 1926—34 гг., в 312 наблюдений, Тушинский за 15 лет представил 200 наблюдений гангрены легких, Линберг представил 89 наблюдений абсц. и гангрены легких. Все это говорит об улучшении распознавания абсцессов и гангрены легких, об увеличении интереса к этой мало освещенной области и о высокой еще смертности после операции.

Переходим к изучению нашего материала.

Материал МОКИ по абсцессам и гангренам легких за период с 1926 г. по I/VI 1935 г. составляет 110 случаев, которые можно разбить на 2 группы, резко отличающиеся друг от друга.

В первую группу, относящуюся к периоду с 1926 г. до 1933 г., входят 29 случ. абсцессов и гангрен легких, а именно: 1926 г.—5 сл., 1928 г.—7 сл., 1930 г.—5 сл., 1927 г.—5 сл., 1929 г.—1 сл., 1931 г.—4 сл., 1932—2 сл.

Ко второй группе, с 1933 г. по I/VI 1935 г., относятся все остальные случаи в количестве 81. По годам этот материал разбивается следующим образом: 1933 г.—20 сл., 1934—40 сл., 1935—21 сл. Характерным для первой группы является то, что они проходили через хирургическое отделение МОКИ как острые больные, мало обследованные, с вынужденной операцией и с тяжелыми осложнениями. В отдельных случаях применялся неосальварсан, другие же методы лечения не применялись. Объяснялось это положение тем, что хирургическое отделение МОКИ до 1933 года не занималось специально вопросом об абсцессах и гангrenaх легких, не изучало их и не разрабатывало методику их лечения.

Со времени открытия Факультетской хирургической клиники, руководимой проф. Линберг, вопрос об абсцессах и гангrenaх легких становится предметом специального изучения, для чего были выделены специальные палаты. В процессе изучения были разработаны вопросы этиологии, патогенеза, клиники и лечения этих больных. Работа проводилась в контакте с терапевтическими клиниками МОКИ.

Из всего материала в 110 случаев было 99 абсц. и 11 гангрен. Возраст больных: до 20 лет—4, от 21 до 30 л.—48, от 31 до 40 л.—40, от 41 до 50 л.—10, от 51 до 60 л.—7, свыше 60 л.—1

Таким образом мы видим, что наиболее часто поражается цветущий возраст. Абсцесс легких в возрасте до 15 лет протекает плохо, возрастные группы от 16 до 25 лет дают хороший прогноз. Старики дают большой процент смертности. Средние возрастные группы касаются больных с хронически протекающим процессом.

Среди наших пациентов—мужчин 97 (88,18%), женщин 13 (11,82%).

По локализации легочных абсцессов наша клиника различает: 1) центральные—вблизи гилюса, 2) срединные—в толще легкого, 3) периферические, прилегающие к плевре и 4) множественные.

Сторона расположения абсцесса не имеет особенного значения. Правостороннее расположение чаще левостороннего, 68% и 31%, в 18% было поражение множественное в одном или в обоих легких.

Длительность заболевания видна из следующего: от 1 до 2 мес.—40 сл., от 2 до 4 мес.—31 случ., от 4 до 6 мес.—16 случ., больше 6 мес.—23 случая. Мы видим большое число запущенных случаев, т. е. с длительным сроком между началом заболева-

ния и моментом поступления в клинику, а именно: на 110 сл. легочных нагноений было давностью заболевания свыше 4 мес. 39 сл. (35,4%).

По классификации, разработанной нашей клиникой, этиология и патогенез легочного абсцесса представляются в следующем виде:

Этиология: 1) одиночная гнойная инфекция, 2) смешанная и 3) гнилостная.

С точки зрения патогенеза мы имеем: первичные—1) аэрогенные—6 сл., 2) гематогенные—2 сл., 3) лимфогенные—1 сл. Вторичные: 1) после пневмоний—81 сл., 2) после бронхоэктазий—3 сл., 3) при опухолях—2 сл., 4) при инородных телах—2 сл., 5) разного происхождения—13 сл. Всего 110 сл.

На основании изучения материала с точки зрения патолого-анатомической и клинической нашей клипикой принята следующая классификация:

Патолого-анатомическая: А. 1) ранние стадии—пневмонический фокус, 2) гнойный абсцесс с капсуляцией, 3) putridные абсцессы с инфильтрацией стенок—распадом, 4) локализованная гангрена—с распадом тканей, 5) бронхоэктатич. абс.—одиночные и множественн., 6) множественные абсц.—вторичные, 7) диффузные процессы—гнойные и гангренозные. В. 1) закрытые абсцессы, 2) открытые (прорыв в бронх), 3) осложненные (а—прорыв в плевру, б—кровотечение).

Клиническая классификация: 1) прогрессирующие—острые и обостряющиеся, 2) стационарные—хронические, 3) ретрогрессирующие—выздоровливающие.

Каковы же наиболее характерные признаки для диагностики абсцесса и гангрены легких? Имеющиеся описания в большинстве своем говорят об обильной трехслойной, зловонной мокроте при общем тяжелом состоянии больного, как о верном признаке абсц. или гангр. легких. „Диагноз абсцесса легких написан в плевательнице больного“, как образно выразился один из исследователей. На нашем материале симптом трехслойной мокроты иногда появлялся поздно, иногда он был очень непродолжительный, в отдельных случаях он отсутствовал вовсе. Количество мокроты резко варьировало от 50 см³ до 1 литра. Исключительную ориентацию на количество мокроты мы считаем неправильной. При малом количестве мокроты можно пропустить некоторые случаи незамеченными и диагностировать А или Г в разгаре болезни. Обычно принято руководствоваться тем, что при гангрене мокрота жидкая, зеленоватая, зловонная, трехслойная; часто в ней находят пробки Дитриха; при абсцессе мокрота двухслойная, чаще не зловонная. Некоторые авторы указывают на то, что при гангрене в отличие от абсцесса обычно в мокроте отсутствуют эластические волокна, разрушающиеся протеолитическими ферментами, выделяемыми гнилостными бактериями. На рентгене абсцесс представляется округлой, резко отграниченной тканью с центральным просветлением или без него (сообщение с бронхом), в то время, как гангрена дает на

рентгене нерезко отграниченную тень. Диагноз абсцесс ставится на основании клинического течения (мокрота при открытых абсцессах), физикального исследования и рентгеновского. Топическая диагностика устанавливается отчасти на основании рентгеностереоскопического исследования (скрытые формы), а также на основании данных физикального исследования и пункции легких. Диагностика абсцесса и гангрены легких представляет значительные трудности в тот период, когда они являются закрытыми. На нашем материале почти все А и Г легких были почти открытыми, т. е. сообщались с бронхами; это понятно, поскольку наш материал состоял из больных с длительным лечением болезни до поступления в клинику. Но по данным других авторов, в огромном большинстве случаев признаки того, что абсцесс и гангрена легких вскрылись в бронх, появляются не позднее 10—12 дней от начала болезни, на этот период времени диагностика трудна. Таким образом, наиболее характерными признаками для диагностики абсцесса и гангрены легких являются: зловонная мокрота, зловонный запах при кашле. Последний появляется раньше первого и указывает на наличие полости, сообщающейся с бронхом. Запах типичный, ихорозный, наблюдается как при абсцессе, так и при гангрене легких. Особенное значение имеет появляющаяся сразу темно-бурая (примесь крови) мокрота с резко зловонным запахом, что указывает на вскрытие абсцесса или гангрены в бронх. Наконец следует отметить данные рентгеноскопии и—графии. В особенности эти данные приобретают большую ценность при наличии полости или просветлении среди инфильтрации легочной ткани с горизонтальным уровнем. На основании этих данных, появляющихся при вскрытии в бронх, можно достоверно говорить об абсцессе или гангрене легких.

Каковы же симптомы закрытого абсцесса и гангрены легких?

Боль в груди, кашель сухой, приступами, иногда примесь крови в мокроте, притупление перкуторного звука на ограниченном участке и разнокалиберные влажные хрипы на месте притупления. Что касается эластических волокон, то, по нашему материалу, требуются многократные тщательные исследования, поскольку эластические волокна имеют большое значение для прогноза и для выбора метода лечения. На нашем материале эластические волокна были найдены в 20% случаев. В некоторых наших случаях второй группы эти волокна были обнаружены при 4 или 5-кратном исследовании, при этом важна свежая мокрота. Часто наступает обострение процесса со значительным повышением температуры, с внезапным отделением огромного количества мокроты. Все эти явления указывают на вскрытие абсцесса или гангрены в бронх. Примесь крови в мокроте при этих заболеваниях легких частое явление. Кровохаркание встречается при абсцессе легких, по нашему материалу, в 75% случаев, при гангрене—во всех случаях. Количество крови различное, от небольшого плевка до обильного кровотечения, измеряемого стаканами чистой крови. Кровохаркание появляется иногда со-

вершено неожиданно для больного, при нормальной температуре и при общем благополучии. Мы не приводим здесь историй болезни, так как это заняло бы много места.

Течение болезни подлежит тщательному и систематическому контролю рентгеном, в особенности, если учесть скудность данных, получаемых перкуссией и аускультацией. Одним из чувствительных показателей течения болезни является картина белой крови, в чем мы неоднократно убеждались на материале второй группы. В остром периоде и в периоде обострения мы имеем лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг влево, увеличивающийся с нарастанием тяжести болезни, и анэозинофилию. Наоборот, при выздоровлении количество лейкоцитов заметно падает, появляется эозинофилия, увеличивается количество лимфоцитов и моноцитов. Клиническая картина болезни при этом значительно меняется: наблюдается снижение и даже падение температуры, уменьшение мокроты, уменьшение РОЭ, улучшение общего состояния и самочувствия больного, нарастание веса.

Реакция оседания эритроцитов при абсцессе и гангрене легких значительно ускоряется. Практическая ценность РОЭ при абсцессе и гангрене легких заключается в том, что остающаяся ускоренность РОЭ указывает на еще не закончившийся полностью процесс при одновременном снижении температуры, уменьшении количества мокроты и отсутствии особых изменений со стороны физикальных данных. Значение РОЭ увеличивается с связи с большой склонностью этих форм заболевания легких к обострению.

Переходим к дифференциальной диагностике. Ренан приводит случаи, где у больного несколько лет диагностировался тбк легких, а на секции оказался хронический абсцесс верхней доли. Является ли характерным для тбк легких осложнение абсцессом или гангреней. Шредер говорит, что на 4716 фтизиков он ни разу не наблюдал абсцесса, а за всю свою жизнь наблюдал только два таких случая. Даже появление зловонной мокроты у тбк больного Шредер считает большой редкостью. Возможно обратное явление, на почве абсцесса или гангреней могут вспыхнуть старые, заглохшие туберкулезные очаги и дать картину активного прогрессирующего туберкулеза. При дифференциальной диагностике нужно иметь ввиду туберкулезные инфильтраты и каверны. Дело выясняют повторные снимки в разных положениях больного, наличие палочек в мокроте, отсутствие в анамнезе внезапного выкашливания большого количества мокроты, отсутствие запаха последней. Далее следует иметь в виду гнилостную бронхорею, при которой отсутствует полость, не находят эластических волокон в мокроте. Во многих случаях очень трудно отграничить абсцесс легких от абсцесса на почве первичного рака легких. Рентгеноскопия в обоих случаях выявляет лишь наличие полости. Вопрос решается по совокупности клинических, анамнестических и лабораторных данных. В пользу рака говорит отсутствие острого начала, мокроты, кахекии, иногда обрывки опухоли в мокроте. Не менее важна дифференциальная

диагностика между абсцессом и гангреной и бронхоэктазией. В таких случаях часто встречаются затруднения, когда на основании данных рентгеноскопии с контрастной жидкостью устанавливаются так называемые латентные, сухие бронхоэктазии, которые под влиянием пневмоний или других причин проявляются выделением обильной, часто зловонной мокроты и т. д.

Прогноз зависит от этиологии, локализации, продолжительности времени лечения, от общего состояния больного, видов осложнений, от состояния сердечно-сосудистой системы. В общем поставить прогноз в каждом отдельном случае затруднительно. Иногда тяжелые случаи с резко выраженной общей интоксикацией, благодаря прорыву в бронх и хорошему дренажу, заканчиваются выздоровлением, а легкие случаи могут перейти в хроническую форму и вследствие присоединения вторичных осложнений могут дать тяжелую картину заболевания со смертельным исходом. Бармгтон думает, что более 50% случаев абсцессов излечиваются консервативным методом лечения. Клерф сообщает о 58 случаях, из которых 24 были лечены бронхоскопией, из 24 больных 79% были выписаны здоровыми. Лорд считает смертность при абсцессе легких, леченных консервативным путем, равной 75%. Миллер соглашается с Глоаки, что 50% пациентов поправляется при условии отдыха, правильного положения и бронхоскопии. Тогсберн сообщил о 60% смертности. Пайтлор считает, что от 10 до 30% случаев излечиваются консервативным лечением, во время начатым. Было установлено, что процент выздоравливания при терапевтическом лечении больше при заболевании верхней доли.

Обращаясь к изучению материала МОКИ за 1926—1935 гг., мы должны констатировать, что большинство больных поступило в МОКИ в запущенном состоянии, с хроническим абсцессом или с многочисленными осложнениями. Осложненных пневмоний легких было 75 случаев (65%); неосложненных—35 случаев (32%).

Из осложнений следует отметить: гнойных и серофибринозных плевритов—48 случаев, множественных бронхоэктазий—19 случаев, кровотечений при гангрене—100%, кровотечений при абсцессе—75%.

Для иллюстрации запущенного состояния поступавших больных из первой группы мы позволим себе привести несколько наблюдений:

1. К-вз, 30 лет, ист. бол. № 3859. Больна 4 месяца. Абсцесс левого легкого, за 2 месяца до поступления—гриппозная пневмония. Температура не ушла до нормы, образовался абсцесс, мокроты 250 см³, зловонная, эластических волокон нет. Рентген: сморщивающийся процесс слева, абсцесс справа. Прорыв абсцесса в плевру слева. Состояние больной очень тяжелое; мокрота уменьшилась до 100 см³. Пробная пункция на операционном столе—обнаружился гной. Резекция 8 ребра слева. Сзади дренаж. Выпущено до 1 литра гноя. Смерть через сутки. Вскрытие: множественные абсцессы в нижней доле легкого со склерозом ткани легкого и бронхоэктазиями. Осумкованные смежные абсцессы в нижней доле правого легкого. Серозно-фибринозный правосторонний плеврит.

2. Г-в, 21 г. Ист. бол. № 959. Болен 5 мес. Абсцесс правого легкого, температура 39,5°, мокроты 350 см³, зловонная. Рентген—хронич. абсцесс. Терапия—

неосальварсан. Прорыв в плевру. Переведен из терап. к-ки в хирур. отд. Мокрота почти не отходит. Пилопневмоторакс. Поддиафрагмальный абсцесс. Состояние очень тяжелое. РОЭ—150. Сознание не полное. От операции отказались. Смерть. Вскрытие: хрон. множеств. абсц. верхней доли прав. легкого с ихорозным содержимым. Двусторонний фибринозно-гнойный плеврит. Правосторонний гнойный диафрагматит, разлитой фибринозно-гнойный перитонит, перикардит.

3. С-в, 28 лет. Ист. бол. № 5296. Болен 3 мес. Перенес грипп. Появилось кровохаркание. В Кронштадтск. тубдиспанс. диагностирован бронхит и абсцесс легких с наклоном к кровохарканию. Исследование на ВК в мокроте дважды отрицательно. Рентген (тубдиспансер): туберкулезных образований нет. После 3 недель наблюдения больной проконсультирован в МОКИ. Рентген—гангреницидр, процесс в правом легком. Экссудативный плеврит, эл. вол. нет. Температура—39°, мокроты—250 см³, зловонная. Терапия—спирт, неосальварсан. Прорыв абсцесса в плевру. Тяжелое общее состояние. Мокрота уменьшилась до 110 см³. Переведен из терапевт. к-ки в хирургию. Пункция—гной. Резекция ребра, вылушено до 1 литра ихорозного гноя. Дренаж. Смерть через сутки. Вскрытие: абсцедирующая пневмония нижней доли левого легкого. Фибринозно-гнойный правосторонний плеврит. Фибринозный левосторонний плеврит.

Приведенные наблюдения характеризуют собою состояние вопроса об абсцессах легких, относящихся к 1-й группе случаев, прошедших через хирургическое отделение МОКИ до 1933 г. Для указанной группы характерным является отсутствие диагноза до оперативного вмешательства. Терапевтическое лечение проводилось слишком длительно, доводящее больных до тяжелых осложнений,—прорыва абсцесса в плевру, плеврита, тяжелой интоксикации и т. д. Обычным клиническим диагнозом являлся плеврит. Правильная же диагностика устанавливалась на секции.

Лишь с 1933 года стали разрабатываться принципы, положенные в основу лечения пагубительных процессов легких в хирургическом стационаре МОКИ.

Основными методами лечения являются: выжидательно-терапевтический и хирургический.

Можно считать установленным, что большое число легочных абсцессов заживает через короткий промежуток времени, после прорыва в бронх, самостоятельно или под влиянием терапевтического лечения. Другая часть абсцессов остается и принимает то или другое клиническое течение. Терапевтическое лечение имеет своей целью способствовать похижению вирулентности бактерий и усилению защитной реакции организма, что должно вести к развитию грануляционной ткани в полости абсцесса. Продолжительность терапевтического лечения, которое желательно проводить в хирургической клинике, ограничивается 40—50 днями. В дальнейшем, во всяком случае до наступления каких-либо осложнений (множественные абсцессы, тяжелая интоксикация, прорыв в плевру, перикардит), должно быть применено оперативное лечение.

Из терапевтических способов лечения нами применяются:

1. 33% спирт в количестве 20 см³ ежедневно, метод имеет ценность и должен применяться возможно рано.

2. Неосальварсан. По нашим наблюдениям эффект от применения этого средства незначительный.

3. Новокаиновый блок по Вишневскому. Наша клиника имеет

17 наблюдений. Результаты применения разрабатываются и в ближайшее время будут сообщены.

4. Инъекция риванола в полость абсцесса в разведении 1,0 на 500,0, в количестве 20—30 см³ несколько раз с промежутками в 5—6 дней. Метод применяется в Боткинской больнице с хорошей оценкой. По нашим наблюдениям этот метод не является надежным средством в лечении легочных абсцессов при наличии опасности повторных пункций.

5. Вакуинотерапия и антигангренозная сыворотка дают положительный эффект в отдельных случаях так же, как и рентгенотерапия и диатермия.

6. Наконец, следует отметить метод „дренаж—положением“, применявшийся нами при прорыве в бронх; под этим подразумевается такое положение больного, которое способствует лучшему механическому опорожнению полости абсцесса. Этот метод заслуживает быть отмеченным, как дающий положительный эффект.

Оценивая значение терапевтического метода лечения, следует сказать, что универсального метода лечения не существует. На основании нашего материала мы считаем, что поскольку терапевтическое лечение дает иногда эффект, прибегать к хирургическому вмешательству следует лишь после безуспешного терапевтического лечения, ограничивая сроком около 2 месяцев, но ни в коем случае не допускать до осложнения, так как последние дают наибольший процент смертности.

Хирургические методы лечения легочных абсцессов разделяются на две основные группы: способы коаляис-терапии и способы вскрытия абсцесса. Коаляис-терапия применяется в виде пневмоторакса, френикотомии, торакопластики, экстраплевральной тампонады или пломбировки. Вскрытие абсцесса производится чаще всего двухмоментно: в первый момент производится резекция ребра и во второй момент—вскрытие абсцесса. В первый момент после резекции ребра в рану закладывается тампон из иодоформенной марли, над которым рана может быть защита. Тампон остается в ране на 7—8 дней в целях сращения листков плевры над абсцессом. После удаления тампона производится пункция абсцесса с целью определить точную его локализацию. Затем абсцесс вскрывается через пневмотомию и в полость его закладывается тампон или вставляется дренаж.

Операцией выбора в нашей клинике является двухмоментная пневмотомия с последующим подводным дренажем. Подводный сифонный дренаж, предложенный когда-то Виллау для лечения гнойных плевритов, был видоизменен проф. Линбергом и рекомендован им для лечения легочных абсцессов. Преимущество этого дренажа заключается в том, что воздух из бронхиального свища проходит при кашлевом толчке только в одном направлении через воду (см. рис.), благодаря чему полость абсцесса хорошо освобождается от гноя и выполняется грануляциями, и бронхиальный свищ постепенно закрывается от абсцесса к периферии.

По нашим наблюдениям методы колляпс-терапии не дают положительных результатов, особенно при абсцессах, имеющих хроническое течение. Главная цель колляпс-терапии,—сдавление полости абсцесса и опорожнение его от гноя, не всегда удается.



Всего на материале нашей клиники пневмотомия была произведена в 51 случае, колляпс-терапия—в 21 случае, больные не подвергались операции в 15 случаях.

При абсцессах бронхоэктатического происхождения, при поражении одной нижней доли, в нашей клинике проф. Линбергом была произведена одномоментная лобэктомия в двух случаях. Был применен способ, разработанный Брунсом и Шенстоном. В обоих случаях наступило выздоровление.

При локализованной гангрене в нашей клинике производилась пневмотомия с последующей антисептической тампонадой. Из 8 случаев выздоровление наступило только в двух.

Общая смертность при абсцессах легких составляет в нашей клинике 35%. В 20 случаях в ранней стадии процесса, при отсутствии осложнений, мы не имели смертности после операции пневмотомии, в случаях же, осложненных плевритами, мно-

жественными абсцессами, кровотечениями, смертность составляла 42%.

В заключение мы можем сказать, что главное внимание при лечении легочных абсцессов должно быть обращено на своевременность оперативного лечения, которое может быть установлено при тщательном наблюдении за больным. В среднем этот срок может быть установлен в 1½--2 мес. В отдельных случаях, при тяжелом состоянии больного и безуспешности терапевтического лечения, он должен быть сокращен, при благоприятном же течении болезни он может быть продлен в ожидании выздоровления. Во всяком случае должны быть приняты все меры к тому, чтобы предусмотреть наступление осложнений дающих высокий процент смертности при всех способах лечения.

Из хирургического отделения Тульской больницы (главрач П. Ф. Висденский)

Клиника и лечение острого панкреатита.

А. Н. Спиридонов (Москва).

За 1932 год в хирургическом отделении Тульской больницы, в бытность мою заведующим этим отделением, было произведено 4 операции по поводу острого панкреатита, и 1 случай был обнаружен на аутопсии. Во всех случаях макроскопические находки с убедительностью доказали острое поражение поджелудочной железы, сопровождавшееся в двух случаях обычным и характерным для панкреатита свободным кровянистым выпотом в брюшной полости и бляшками жирового некроза.

В 2 случаях наблюдалась отечность поджелудочной железы, в 1 случае она при операции не осматривалась, и в 4 представляла значительные патолого-анатомические изменения, в 1 сл.— обширную кисту.

Предоперационный диагноз острого панкреатита был поставлен лишь в одном случае, остальные же оперировались с другими диагнозами: двое по поводу прободной язвы желудка и 12-перстной кишки, а один по поводу воспаления желчного пузыря с вовлечением в процесс и протоков. Если ко всему этому прибавить, что ни одного случая острого панкреатита до этого в данном учреждении не наблюдалось (б. земская больница) и не оперировалось, можно будет сделать вывод, что острые панкреатиты встречаются чаще, чем мы думаем, но остаются нераспознаваемыми, не только перед операцией, но и во время ее, как и было в первом случае.

Причиной нашего незнания с этим заболеванием являются относительная редкость заболеваний и значительная трудность диагностики. Eliason и North (1930) приводят свои 13 случаев острого панкреатита за 5 лет и 238 случаев из мировой лите-