

Говоря о происхождении липазы, мы указывали, что считаем наиболее вероятной теорию Оррпнгеймера (липфермент является продуктом разных органов, но часть его происходит из кровяных телец). Не отрицая возможности увеличения липазы крови после наркоза вследствие вымывания ее из органов, мы, тем не менее, не можем считать это единственным объяснением изменения липазы.

Вполне соглашаясь с д-ром Кесселем, что о хлороформном наркозе можно говорить как о токсикозе, мы не можем согласиться с его утверждением, что жировое перерождение органов после наркоза объясняется исключительно вымыванием липазы из этих органов. Нам кажется, что это гораздо более сложный биологический процесс и навряд ли можно этим одним объяснить жировое перерождение.

Если у автора нет каких-либо дополнительных доказательств, то это есть чисто умозрительное заключение и мы бы не рискнули это утверждать в такой категорической форме, как это делает д-р Кессель в своей заметке.

Два слова по поводу статьи доктора М. П. Шаткинского „О гнойном аппендиците“¹⁾.

В. П. Мануйлов.

Ответственный хирург Государственного Днепровского строительства и заведывающий хирургическим отделением б-цы Днепростроя.

Не для того, чтобы восстановить нарушенное М. П. Шаткинским право на внимание со стороны авторов к современной хирургической литературе, в частности к моей заметке по затронутому им вопросу, я берусь за перо, но для того, чтобы еще раз подчеркнуть в целях пропаганды некоторые положения, которые к сожалению, и до сих пор остаются спорными для широкой хирургической аудитории.

Вопрос идет об операции аппендицита в т. н. „межуточном“ периоде. „За последнее время, говорит М. П. Шаткинский, мы все научились успешно оперировать аппендицит, как в стадии à froid, которую некоторые (Очкин, Розанов) считают операцией выбора, так и в остром периоде (первые 24—48 часов), причем % смертности у некоторых авторов близится к 0. Менее популярно у нас и очень распространено у французов оперировать не только в первые и вторые сутки, но и на 5—6 день (Рев).“ 1. с. стр. 745. В сноске автор из русских указывает только двух авторов, которые оперируют в этом „межуточном“ периоде: Красинцев—в Москве и Милостанов—в Харькове.

На III-м Всеукраинском съезде хирургов в сентябре 1928 года, подводя итоги годичной работы молодого Хирургического отделения на Днепрострое, в своем докладе, а затем в печати (Новая Хирургия, 1929 год, № 1) я формулировал наши отношения к т. н. „межуточному“ периоду так: „Хирургическое отделение больницы Днепростроя в этом вопросе стоит за полное уничтожение этих, с нашей точки зрения, меха-

¹⁾ Каз. мед. журнал, 1929 г., № 7—8.

нических схем", и в выводах: „аппендицит должен быть оперируем немедленно после установки диагноза. Сроки „ранней операции должны быть уничтожены“.

Такое заключение я вывожу не только из своих тринадцатилетних наблюдений в госпитально-клинической работе (у проф. Грекова) до Днепростроя, но подтверждаю опытом заведываемого мною отделения, из которого я представил Съезду материал в 367 случаев. Этот материал в настоящее время уже составляет 853 случая (из них 560 острых). Здесь все виды аппендицита и все сроки оперирования от начала заболеваний. На нашем материале мы имеем всего 1 смертный случай, который должен быть отнесен „к несчастьям в хирургии“: один из погружных швов на соесит случайно прохватил ее насквозь до просвета. В послеоперационном периоде наступило прорезывание его и перфорация соесит. Перитонит. Смерть. На вскрытии септический разлитой перфоративный перитонит. *Это относится к случаю операции à froid.*

Если принять во внимание этот несчастный случай—иначе я его не могу рассматривать,—смертность у нас на большую, сравнительно, цифру аппендицитов приближается, как видим, к нулю,—она равна приблизительно 0,1⁰/о.

Если наше замечание убедит кого-нибудь из колеблющихся еще товарищей встать на нашу точку зрения—оперировать аппендициты *независимо от срока заболевания*, мы будем вполне удовлетворены.

ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Факультетской хирургической клиники (Директор проф. А. В. Вишневский) и Патолого-анатомического института (Директор проф. И. П. Васильев) Казанского госуниверситета.

Случай распространенной спонтанной олеогранулемы ¹⁾.

Ординатора д-ра В. Н. Пшеничникова.

Олеогранулема, своеобразное изменение подкожной жировой клетчатки, довольно часто наблюдалось у нас в тифозные эпидемии 1918—22 г. В конце указанного периода это страдание, как осложнение после тифов, было достаточно изучено. Вместе с этим подобные изменения в жировой ткани были находимы и в случаях, не имевших отношения к тифам. К последней группе относится наш случай, отличающийся универсальностью распространения олеогранулем.

Б-я Б., 32-х лет, по профессии фармацевтка, поступила в Факультет. хир. клин. 14. X. 1927 с жалобами на общую слабость, желудочно-кишечные расстройства, боли в правом подреберьи и темную окраску тела.

В декабре 1922 г. при сильном ознобе, повышении t⁰ и общей слабости появились множественные абсцессы на конечностях и лице и темная окраска по всему телу. В марте 1923 г. маточное кровотечение, продолжавшееся с перерывами 1½ мес. Вскоре возникли боли в правом подреберьи, отдающие в спину. 23. VII. 1923 маточное кровотечение повторилось, окраска тела стала темнее, общее состояние еще более ухудшилось. В ноябре 1923 г. появились судороги тетанического характера, продолжавшиеся до начала 1924 г. Для остановки судорог два раза применялось хлороформирование. Местные врачи (г. Чита) остановились на диагнозе заболевания паращитовидных желез. В апреле 1924 г. на фоне тяжелого общего состояния появились кишечные кровотечения. Осенью того же года, при

¹⁾ Доложено в О-ве врачей при Казанском университете 30. XI. 1927.