

постоянно осведомлен и врач-практик, потому что на его долю выпадает в этом случае очень важная роль. От его решения зависит, своевременно ли попадет больной, страдающий в высшей степени тяжелой формой заболевания поджелудочной железы, ее острым некрозом, в руки хирурга. Нельзя требовать, чтобы болезнь была установлена с достоверностью, исключающей возможность всякого иного предположения, так как, при редкости этой формы заболевания и изменчивых, характерных не только для него симптомах, диагноз очень труден. Так как некроз поджелудочной железы в типических случаях является осложнением болезни желчи, а заболевания желчных путей стоят в теснейшей причинной связи с происхождением некроза поджелудочной железы, то анамнез заболевания желчных путей и *боль в левом боку* должны направить ставящего диагноз на правильный путь. При опасности этого заболевания достаточно одного подозрения, чтобы выдвинуть вопрос о передаче больного хирургу. Это подозрение возникает в том случае, когда больной утверждает, что он уже не раз хворал желчными коликами, но что в этот раз болезнь началась особенно сильными и упорными болями, которые рефлексировались не только в правое плечо и правый бок, но и на весь живот и левый бок. Этому заболеванию особенно подвержены тучные женщины средних лет. Общие симптомы всегда стоят на первом месте. Местная боль при надавливании не особенно сильна и в верхней части живота выражена особенно определенно. Напряжение покровов живота, становящихся твердым как доска, как это бывает при прободной язве, отсутствует, умеренное же диффузное напряжение встречается по всему животу. При тучности пациентов прощупать поджелудочную железу почти никогда не удается. Прогноз серьезен. Смертность, как это показала сводная статистика 1927 г., охватившая 1500 случаев, достигала 51%. Цель оперативных мероприятий: путем вскрытия полости живота и обнажения поджелудочной железы выводится наружу секрет, содержащий токсин и трипсин и прекращается его дальнейшее всасывание, вследствие этого почти прекращается процесс самопроизвольного распада (аутолиза) ткани. Первичная причина (застой желчи, воспаление) должна быть устранена. Полученные благоприятные результаты бывают обычно прочными. Рецидивы наблюдаются приблизительно у 4% оперированных. Исхудание, отсутствие аппетита, связанные с коликообразными приступами болей и жировые испражнения должны вызывать подозрение на хроническое воспаление поджелудочной железы, которое само редко бывает объектом хирургической терапии. Другие указания на необходимость оперативного лечения поджелудочной железы даются в тех случаях, когда ткань железы замурована в твердую мозолистую оболочку и когда в поджелудочной железе имеются камни. Рак поджелудочной железы развивается в большинстве случаев сначала в головке. Главные симптомы: 1) желтуха без лихорадки и болей, 2) все увеличивающаяся интенсивность желтухи до полной закупорки выхода желчи, 3) наличие увеличенного переполненного желчного пузыря (симптом Courvoisier). Но это еще не гарантирует безупречного диагноза; бывает, что операция обнаруживает не злокачественные болезненные явления (камни в желчном протоке, хроническое воспаление поджелудочной железы).

Р.

Fr. Lefèvre (Revue belge des sciences médicales. 1933, № 1), придерживаясь школы Саппола, выдвигает 3 гипотезы для объяснения механизма происхождения *послеоперационной гипергликемии*: 1) кратковременное повышение под действием секреции поджелудочной железы, 2) разрушение сложных глюкоз-фосфатов щелочей, находящихся в мышцах, и 3) в результате печеночного гликогенолиза вследствие токсического действия самих печеночных клеток. Исследование крови производилось по способу Hagedorn и Jensen. Наблюдения автора обнимают 30 больных, одной части которых производились операции под местной анестезией или эфирным наркозом; остальным больным (11 чел.), которые служили как бы контролем, производились простые уколы без анестезии или вырыскивание под кожу физиологич. раствора поваренной соли и составных частей анестезирующих растворов (scurocaine+adrenalin, adrenalin, scurocaine). Наблюдения показали, что послеоперационная гипергликемия более заметна после эфирного наркоза и обычно исчезает через 4—24 часа после операции.

П. Циммерс.

### 2) Акушерство и гинекология.

Bardenhever. О консервативном лечении перфораций матки при аборте. (Ztbl. f. Gyn., № 11, 1933 г.). Автор за последние 8 мес. в гинекологиче-

ском отделении Берлинской больницы наблюдал 21 перфорацию. Это были исключительно случаи перфорации, сделанные врачами при прерывании беременности в первые 3—4 мес. Случаи прогностически благоприятны в том отношении, что они поступали тотчас после перфорации, самое позднее через 3 часа. В большинстве случаев можно было получить точные анамнестические данные, но в некоторых случаях врачи, сделавшие перфорацию, были в состоянии психической спутанности и совершенно не могли восстановить в памяти свои действия и наблюдения. В 8 сл., где перфорация, по показаниям заинтересованного врача, произошла после опорожнения матки, так сказать при последних манипуляциях, терапия была консервативная—лед, препараты спорыньи и пять дней абсолютного покоя (в постели). В 5 сл. течение было без лихорадки и без каких-либо симптомов; в трех случаях незначительное повышение температуры (у одной она была обусловлена ангиной). Все были выписаны через 8 дней без патологических гинекологических явлений. В трех случаях, где перфорация последовала во время выскабливания, а. рискнул, после ориентировки зондом относительно локализации перфорации и дачи препаратов гипофиза, докончить выскабливание матки. Очень целесообразным оказалось оставление зонда в перфорационном отверстии и выскабливание вдоль зонда. Автор успешно применял зонд и тогда, когда при расширении образовался ложный ход. Эти три случая протекали без лихорадки и кровотечения. В 10 сл. нельзя было обойтись без лапаротомии. В этих случаях не было точных сведений относительно характера перфорации, в некоторых случаях органы живота оказались во влагалище. В шести из 10 случ. перфорационное отверстие было закрыто двойным швом с перитонизацией. В 4 случаях заживление рег. prim. Среди них был один случай резекции тонкой кишки. В остальных 4 случ. при лапаротомии удалено дно матки с перфорационным отверстием. Из этих первичным натяжением зажил один. В одном случ. наблюдались недолго тенезмы мочевого пузыря вследствие гематомы в савш vesico-uterinum, один случай дал тромбофлебит и абсцесс стенки живота (очень жирные покровы), в одном случае—10-дневная лихорадка (повреждение сегмента сигмы. Смертность—нуль.

*Т. Шарбе.*

Waldstein K *профилактике послеродовой эклампсии.* (Ztbl. f. Gyn. № 9, 1933). Уже в 1927 г. автор указал, что для борьбы с послеродовой эклампсией нужно искусственное родоразрешение предрасположенных к эклампсии женщин. По его наблюдениям тяжелые преэкламптики, оперативно разрешенные, реже страдают припадками после родов, чем женщины со слабо выраженными преэкламптическими явлениями после спонтанных родов. Это, по мнению W., служит доказательством профилактического влияния оперативного родоразрешения. При методе автора наблюдалось только 5 сл. эклампсии—4 легких, один тяжелый. Частота, таким образом, упала по сравнению с прежними с 2,1% до 0,46%.

Профилактика послеродовой эклампсии гласит: оперативное родоразрешение преэкламптичек в конце периода изгнания; исследование всех женщин на преэкламптические симптомы после родов. При наличии таковых немедленное проведение антиэкламптического лечения.

*Т. Шарбе.*

Schweigl сообщает (Zbl. f. Gyn. № 2, 1933) случай *эритродермии при одновременном раке шейки матки*. Радикальной операции предшествовало упорное, почти безуспешное кожное лечение в течение многих месяцев. После радикальной операции быстрое исчезновение всех кожных явлений. Автор полагает, что рак является этиологическим моментом в развитии эритродермических явлений.

*Т. Шарбе.*

Diamand. *Объяснение миокарда у недоноски.* (Arch. of Path. 14). Недоноска 26 недель жизни, живший 30 минут. В миокарде найдены обширные очаги об известления, вызванные очевидно токсической дегенерацией сердечных волокон.

*Т. Шарбе.*

Hüssy Paul (Zbl. f. Gyn. № 1, 1933) в течение короткого промежутка времени наблюдал три случая *гематом печени у новорожденных*, не встречая их ранее, несмотря на принципиальное вскрытие всех без исключения трупиков новорожденных. В двух случаях матери были пожилые первородящие. В обоих случаях были мальчики. Один ребенок заболел внезапно, через 20 часов после родов с явлениями тяжелой, прогрессирующей анемии и вскоре погиб. Предполагали кровоизлияние в мозг, так как никогда не приходилось клинически наблюдать гематому печени. Другой мальчик был два дня совершенно здоров, затем развились те же явления с летальным исходом. Здесь был, после опыта первого случая, уже