

могут дать толчок к раковому новообразованию. Это каузальный генез нашего случая.

Гистологическая картина показывает, как раковые клетки прорастают в подкожную клетчатку и лимфатические узлы паховой области. Нигде больше, кроме указанных участков, мы не обнаружили раковых узлов. Отсюда выясняется и формальный генез нашего случая.

В заключение остается ответить еще на один вопрос. Можно ли предполагать, что, если бы больному не делали разреза кожи, рак не образовался бы?

Нам кажется, что как и в приведенном случае Fav'а, рак все равно образовался бы. Имеющееся предрасположение у б-го способствовало бы при всяком удобном канцерогенном случае тому, чтобы создать на месте любого нарушения регенерационного равновесия условия для образования рака.

И, наконец, чего можно было ждать от рентгенотерапии?

При том бурном развитии рака, от рентгена, кроме временного и нестойкого улучшения, в смысле недлительной задержки пролиферации, о которой мы уже говорили, ничего другого нельзя было ожидать. Возможно, что если б-ной был бы доставлен в самой ранней фазе болезни, лечение рентгеном дало бы лучший эффект.

Итак, наш случай, в связи с изложенными данными современной онкологии, позволяет нам сделать некоторые выводы для повседневной практики.

1. Широко и своевременно применять биопсию в случаях вульгарных и специфических воспалительных поражений кожи и слизистых, сопровождающихся изъязвлениями и вегетациями.

2. В случаях стромозного и мягкошанкерного бубона, 4-ой венерической болезни (Nicolas Fav'а) иметь ввиду возможность развития ракового новообразования.

3. При обнаружении раковой опухоли немедленно применить комбинированное лечение—хирургическое вмешательство и лучистую энергию.

Из Клиники инфекционных заболеваний детского возраста Каз. гос. мединститута и Инфекционной клиники ГИДУВ'а
(зав. каф. профессор А. Ф. Агафонов).

Дифтерийные стенозы.

Асс. С. А. Егерова.

Несмотря на успехи сывороточной терапии, дифтерия гортани является одной из тяжелых болезней детского возраста и дает высокую смертность. Вопросы об оперативном вмешательстве при крупе, применение интубации или трахеотомии до сих пор не решены окончательно, несмотря на многочисленные и, казалось бы, исчерпывающие данные о преимуществе интубации. В разрешение этих вопросов много неясностей вносит то обстоятельство, что некоторые авторы, высказывая свое отрицательное отношение к интубации, не останавливаются на оценке фактического

материала. С этой точки зрения нам казалось не лишним подытожить наш клинический материал за 4 года.

С 1930 по 1933 год включительно через дифтерийное отделение клиники детских инфекций Мединститута и Инфекцион. к-ты ГИДУВ'а прошло 1778 дифтерийных больных. Из них с дифтерией гортани оказалось 725 чел., что к общему количеству дифтерийных больных составляет 40,8%. По работе Адо-Агафоновой на нашей клинике за период с 1926 по 1930 год круп составлял также 40—43%. По Эгизу и Данилевичу—от 21 до 30%. По возрасту наши крупозные больные распределялись следующим образом: до 1 года—6%, от 1 г. до 2 л.—21,4%, от 2 до 3 л.—17,8%, от 3 до 4 л.—18,4%, от 4 до 5 л.—11,4%, от 5—7 л.—14,3%, от 7 до 10 л.—7,7% и выше 10 лет—3%. Таким образом наибольшее число заболеваний крупом падает на возраст от 1 до 4 лет, составляя 57,6% всех крупозных больных.

Из 725 крупозных больных без оперативного вмешательства обошлось 367 чел., т. е. 50,6%. Смертность при неоперированном крупе равна 12,8%. Общая же смертность от крупы составляет 27,7%.

Большое значение имеет время поступления больного в клинику и, в связи с этим, достаточное и своевременное введение сыворотки.

У крупозных больных это особенно важно, так как, чем раньше применяется сывороточное лечение, тем больше шансов, что круп обойдется без оперативного вмешательства, а неоперированный круп даст гораздо меньший процент смертности.

Каждому больному с дифтерией гортани при поступлении в клинику вводилась большая доза сыворотки 15000—20000 А. Е. Эта доза, или несколько меньшая, повторялась до истечения суток. Далее, по мере надобности, впрыскивались половинные дозы (1—2 р.) до заметного улучшения процесса.

Как показали наши наблюдения, важна достаточная первая доза сыворотки. Прекрасные результаты дает внутривенное введение сыворотки, но, к сожалению, мы не всегда можем применять этот метод у маленьких детей. Большей частью уже в первые сутки после введения сыворотки выяснялось, придется ли прибегать к оперативному вмешательству или нет.

Со времени сывороточного лечения большинство авторов (Бокай, Морфан, Эгиз, Колли, Успенский) приступают к интубации при переходе 2-ой стадии крупы в 3-ю (по Раухфусу). Блюменау, Фишер, Финкельштейн, Глускин высказываются за более раннюю интубацию.

Вопрос о времени оперативного вмешательства снова послужил предметом споров после выступления Schlossmann'a с предложением выжидательного способа лечения крупы. Он применяет большое количество сыворотки и наркотических средств, а операцию откладывает до наступления полной асфиксии и считает противопоказанной операцию при крупе, осложненной пневмонией, при насходящем крупе, а также у детей грудного возраста. Конечно, предложение Schlossmann'a встретило протесты со стороны многих авторов (Бокай, Бессау, Эгиз и др.).

Мы считаем операцию необходимой, если имеется стойкий стеноз; появление парадоксального пульса указывает, что без оперативного вмешательства больной не обойдется. Вообще никогда не следует забывать исследовать пульс у крупозного больного, который (пульс) сразу укажет на грозную опасность. Если болезнь запущена и силы ребенка истощены в борьбе с удушьем, то сравнительно спокойное дыхание и отсутствие резких втяжений может ввести в заблуждение, наличие же парадоксального пульса и цианоза укажут на необходимость немедленного оперативного вмешательства. Откладывать операцию до появления асфиксии нецелесообразно, так как в борьбе со стенозом силы ребенка истощаются,

сердечная деятельность слабеет и очень часто развиваются пнеймонии.

В подавляющем большинстве случаев больные доставлялись в отделение в таком состоянии, что медлить с оперативным вмешательством не приходилось; запущенные же случаи, поступившие в клинику в стадии асфиксии, дали большую смертность.

В нашей клинике оперативное лечение крупа начинается с интубации, которая является незаменимым средством, как спешный метод при лечении дифтерийных стенозов. Делается она (при умении) в несколько секунд, не требует лишних помощников и материала, как операция бескровная, не дает кровотечения; кроме того, уход за интубированным гораздо легче, чем уход при трахеотомии.

Мы интубируем круп, осложненный пнеймонией, запущенные случаи, а также нисходящий круп. Правда, все эти случаи дают большой процент смертности, но совершенно отказаться при этом от оперативного вмешательства, как предлагает Шлоссман, ни в коем случае нельзя, и врач не может оставаться безмолвным зрителем гибели ребенка, сознавая, что есть способ или спасти, или хотя бы облегчить тяжелое состояние больного. И мало таких врачебных манипуляций удачно и мгновенно произведенных, которые дали бы такой быстрый эффект у больного и огромное удовлетворение врачу и окружающим. Первичные трахеотомии у нас редки.

К вторичной трахеотомии прибегали в тех случаях, когда интубация не давала эффекта, а главным образом при невозможности в течение долгого времени удалить интубационную трубку, особенно, если последняя часто выкашливалась (причиной чего чаще являются пролежни).

Всего за 4 года оперировано 358 больных, при этом у 317 ч. была сделана только интубация, у 19—первичная и у 22 ч.—вторичная трахеотомия.

При интубации общая смертность составляла 42%, причем из 134 ч. умерших больных 29 поступили в таком тяжелом состоянии, что прожили в клинике менее суток.

Таким образом больничная смертность равнялась 29,8%.

Общий процент смертности при трахеотомии 51,5%, причем первичная трахеотомия дала 73,6%, а вторичная 31,8% смертности.

Количество интубируемых и процент смертности по годам видны из следующей таблицы.

Годы	Количество всех интуб. б-ных	Выздор.	Умерло		Больн. смерт. в %/о/о	Общий % смертности
			В первый день пост.	Всего		
1930	34	23	3	11	23,5	32,3
1931	87	53	9	34	28,5	39
1932	87	50	12	37	28,5	42,5
1933	109	57	15	52	33,9	47,7

Обращаясь к другим работам, мы находим следующая процент смертности при интубации у Адо-Агафоновой (по материалам нашей клиники) в 1926 году—33%, в 1927 г.—59%, 1928 г.—38%, 1929 г.—31%; по Колли 34%, Молчанову—25%, Бокэй (Вокэй)—32% и Шлоссман (Schlossman)—52,7%.

Относительно большой процент смертности у нас, особенно за последние 2 года, можно объяснить тяжестью дифтерии, большим количеством детей до 3—4-летнего возраста, а главным образом тем, что в эти 2 года, особенно в 1933 г., было много крупозных больных после кори, которые всегда дают более тяжелое течение и большую смертность (у нас круп после кори дал около 80% смертности).

Затем, мы часто вынуждены были интубировать запущенные случаи, вследствие позднего поступления больных в клинику. К сожалению, широкие врачебные массы не вполне знакомы с крупом и не всегда ставят диагноз крупа клинически, а больше доверяют бактериологическому исследованию и теряют на это дорогое время. Отсюда понятно, что более тяжелый контингент интубируемых и дает относительно большой процент смертности. Кроме того, в последние 2 года много больных крупозных поступало в клинику с воспалением легких, что также сказалось на большом проценте смертности. Из 134 умерших интубированных больных за 4 года поступило в клинику с воспалением легких 71 человек.

Распределяя все случаи интубации по возрастам, с указанием процента смертности, мы видим следующее:

Возраст	Количество больных	Выздор.	Умерло		% смертности	
			В первый день пост.	Всего	Больн.	Общий
от 0—1 г. . . .	19	8	6	11	26,3	57,8
" 1—2 л. . . .	70	28	10	42	45,7	60
" 2—3 л. . . .	64	34	8	30	34,4	46,8
" 3—4 л. . . .	62	41	2	21	30,6	33,8
" 4—5 л. . . .	36	25	5	11	16,6	31,4
" 5—7 л. . . .	46	32	6	14	17,4	30,4
" 7—10 л. . . .	15	11	2	4	13,3	26,6
от 10 и выше .	5	4	—	1	20,0	20
Итого	317	183	39	134	29,8	42

Большое число интубаций падает на возраст от 1—4 лет, составляя 61,5%. Первое место по смертности занимает возраст до 2-х лет, с возрастом процент смертности понижается, и заболеваемость крупом до года не велика.

Что же дала трахеотомия?

Из 19 больных с первичной трахеотомией 14 умерли, 5 выздоровело, причем один из них выписался с хроническим стенозом гортани, т. е. первичная трахеотомия дала 5,2% хронических стенозов и 73,6% смертности.

На 339 интубаций было сделано 22 вторичных трахеотомии (6,4%), из них 7 чел. умерло и 15 выздоровело, причем 11 человек выписались с хроническим стенозом. По отношению ко всем интубированным процент хронических стенозов равен 3,2.

Что касается необходимого времени пребывания трубочки в гортани, то по этому поводу мнения различных авторов расходятся. Одни прибегают к вторичной трахеотомии лишь в исключительных случаях, другие из-за боязни пролежня высказываются против продолжительной интубации и считают необходимым прибегать к трахеотомии после 5—8-суточного пребывания трубочки в гортани.

Наши наблюдения показали, что вторичная трахеотомия является неблагоприятной для больного и к ней следует прибегать только, как к *ultima ratio*.

Длительное исключение из акта дыхания травматизированной гортани является главной причиной развития в ней рубцовых стенозов. Нижеследующие цифры показывают, как распределялись все выздоровевшие больные по времени окончательной экстубации: трубочка находилась в гортани менее суток у 7 чел.; от 1—2 с. — у 29 чел.; от 2—3 с. — у 42 чел.; от 3—4 с. — у 38 чел.; от 4—5 с. — у 10 чел.; от 5—6 с. — у 9 чел.; от 6—8 с. — у 17 чел.; 8—10 с. — у 12 чел.; от 10—12 с. — у 8 чел.; от 12—16 с. — у 10 чел. и 25 с. — у 1-го ч. Отсюда мы видим, что более половины всех выздоровевших было экстубировано в течение первых 4-х суток, большинство окончательных экстубаций падает на первые пять суток и что у 48 больных трубка лежала в гортани более 6 суток (максимум 25 дней) и больные выписались здоровыми. У нас создалось впечатление, что в тяжелых случаях осложненного крупа, где на быстрое восстановление пораженной слизистой оболочки гортани рассчитывать нельзя, не нужно торопиться с экстубацией и не бояться пролежня от

долгого пребывания трубочки в гортани. Частая, особенно не вполне умелая, интубация скорее ведет к траматизации слизистой и образованию пролежня, чем продолжительное пребывание трубочки в гортани.

При тяжелых, особенно осложненных формах крупа, слизистая оболочка гортани под влиянием частых интубаций и пребывания трубочки претерпевает поражения иногда до пролежней, но эти пролежни могут зарубцеваться и под интубационной трубкой. Но в те случаи, где эти пролежни дают рубцовые стенозы гортани, тоже лучше лечить повторными интубациями, как это видно из следующей истории болезни.

Нява Ф., 2-х лет, поступила 12 декабря 1933 г. на 5 день заболевания с явлениями стеноза гортани. Больная плохо упитана, бледна. В зеве налетов нет, при исследовании слизи из зева обнаружены дифтерийные палочки. Заинтубирована тотчас по поступлении в клинику трубкой Froin'a № 2—3. Введено 20000 А. Е. противодифтерийной сыворотки. Дыхание после интубации свободно. На следующий день, 13 декабря, больная выхаркнула трубку, и через 1/2 часа вследствие стеноза была снова заинтубирована. 13/XII введено 18.000 А. Е. сыворотки, 14/XII—13.000 А. Е. сыворотки. Состояние ребенка тяжелое, пнеймония. 16/XII экстубация в 12 ч. 40 м. дня, в 8 ч. вечера снова заинтубирована. 18/XII состояние тяжелое, пнеймония правого легкого; трубку выхаркнула в 9 ч. 15 м. утра, и вечером вследствие стеноза, снова заинтубирована. 20/XII вечером выхаркнула трубку и 21/XII утром заинтубирована. Состояние тяжелое, двухсторонняя пнеймония. 23/XII экстубирована утром и через 1 ч. 15 м. заинтубирована в 6-ой раз. Состояние тяжелое, пнеймония. 26/XII процесс в легких разрешается, состояние улучшилось. 28/XII трубку выхаркнула и стала дышать без трубки. После 16-дневного пребывания трубочки (с перерывами) дыхание восстановилось и больная в течение десяти дней свободно дышала без трубки. 7 января стеноз постепенно стал нарастать так, что 8/1 потребовалось снова оперативное вмешательство. При этом оказалось, что отверстие гортани настолько сузилось, что трубка № 2—3 не вошла и пришлось заинтубировать трубкой № 0—1. 12 января утром—экстубация, но уже к вечеру пришлось заинтубировать трубкой № 0—1. 16/1 снова экстубация утром, дыхание стеногическое, удалось продержать большую без трубки до вечера и снова пришлось заинтубировать, но уже трубкой № 1—2. Далее трубочка была оставлена в гортани почти на 6 суток, и 23/1 больная экстубирована. Дыхание в последующие дни свободно. Выписалась 8 февраля совершенно здоровой; голос звонкий.

Из истории болезни видно, что после шести первых интубаций, в течение которых интубационная трубка с перерывами находилась в гортани 16 дней, развилось вторичное, по видимому рубцового характера, сужение гортани, которое и удалось устранить систематической интубацией.

Выводы: 1. Диагноз крупа необходимо ставить клинически, не дожидаясь бактериологического исследования.

2. Большому с дифтерией гортани немедленно вводить 15000—20000 А. Е. противодифтерийной сыворотки, повторяя эту дозу до истечения суток. Далее, по мере надобности, вводить половинные дозы до заметного улучшения процесса (всего 40000—50000 А. Е.).

3. Применять интубацию в периоде стойкого стеноза и не позднее перехода 2-ой стадии крупа в третью.

4. При тяжелом состоянии больного (наличие налетов в зеве, высокая температура, интоксикация) не торопиться с экстубацией.

5. К вторичной трахеотомии прибегать только при частом выхаркивании трубочки с быстро наступающей асфиксией.

6. Для предупреждения хронических стенозов гортани после вторичной трахеотомии, хотя бы на несколько часов в течение суток, вводить интубационную трубочку.