

Из Пропедевтич. хирургич. клиники Сарат. ун-в. (Директор—проф. В. И. Разумовский).

Рак нижней губы по материалам пропедевтической хирургической клиники Саратовского университета с 1920 по 1926 г. включительно¹⁾.

Ординатора А. К. Невского.

Пропедевтическая хирургическая клиника Саратовского университета с 1920 по 1926 г. включительно располагает материалом по раку нижней губы в 73 случаях на 274 больных, пораженных раковым новообразованием, что в ‰ отношении будет равно 25‰.

Данные, характеризующие частоту локализации рака на нижней губе сравнительно с верхней губой (на 73 сл. рака н. г. имелось 5 сл. р. в. г.), преобладание раковой опухоли нижней губы у мужчин (90,4‰ мужчин и 9,6‰ женщин), нарастание опасности заболеть раком н. губы в более позднем возрасте и особое предрасположение к раковой опухоли жителей деревни находятся в полном соответствии с установившимся взглядом в науке, основанном на большом опыте отдельных авторов и сборных статистик.

К сожалению, в дальнейшем изложении мы не можем для критического анализа использовать весь наш материал, так как сведения о части наших больных сохранились отрывочные, неподдающиеся суммированию. Только начиная с 1923 года материал может быть представлен более или менее полно в связи с длительными наблюдениями результатов нашего вмешательства. Число таких случаев 37 (муж. 33, женщ. 4).

Время, протекавшее от начала заболевания до поступления в клинику, указывалось больными различно: от 1 1/2 м. до 1/2 г.—12 случаев, от 1/2 г. до 1 года—7, от 1 до 3 лет—6, от 3 лет и выше—3, не указано—9.

Интересуясь ближайшей причиной возникновения ракового образования на губе, мы путем вопросов получили от некоторых больных указание на травму—в 3-х случаях, на усиленное курение—в 2 случаях. Один больной, по профессии портной, указал на частое ранение губы иглой во время работы. Наконец, один больной отметил, что он много грыз семечек. Само собою разумеется—рак нижней губы имеет тот же патогенез, что и рак других органов и тканей, все же и эти приводящие моменты нам не хотелось бы игнорировать, особенно теперь, когда многочисленные наблюдения подчеркивают нарастающую опасность ракового новообразования, а наши знания о раке и средств борьбы с ним далеко не совершенны.

Из бесед с больными выяснилось, что начальная форма раковой опухоли была в виде трещины (4 сл.), язвочки, покрытой корочкой (8 сл.), узелка (5 сл.), пузырька (2 сл.), бородавки (2 сл.). Не менее разнообразной оказалась клиническая картина и при поступлении больных для операции в клинику: здесь также язвочка (8 сл.), грибовидный вырост (1 сл.), опухоль величиною с вишню (1 сл.), со сливу (1 сл.), занимающая почти всю нижнюю губу (1 сл.), проросшая всю нижнюю челюсть

¹⁾ Доклад заслушан на II Поволжском съезде врачей в г. Саратове.

и так далее. Эта пестрота, обилие разновидностей в клинической форме раковой опухоли нередко приводит к ложному диагнозу: такие язвочки и трещины принимаются за невинные заболевания, лечатся каким-либо прижигающим средством, усиливая и без этого страшный недуг.

В подавляющем большинстве позднее поступление больных для операции в связи, иногда, с каким-либо лечением дома определяло и состояние лимфатических желез: у наших больных в 19 сл. железы были увеличены и плотны, в 11 сл. увеличены.

Наше вмешательство, как правило, выражалось в операции под местной анестезией, и только один раз был дан эфирный наркоз.

Операция состояла не только в удалении опухоли, лимфатических подчелюстных и субментальных желез, но и подчелюстных слюнных желез. Предпосылкою такого метода оперативного вмешательства являлась для нас вероятность находки в толще ткани слюнных желез лимфатических узлов с метастазами раковых клеток (Л ю б и м о в).

Если такая возможность выразится в 10 или даже 5% всех случаев, то наше вмешательство имеет свое основание, тем более что удаляя подчелюстные слюнные железы, мы ничем не вредим больному, а от вероятного рецидива болезни в слюнных железах предупреждаем. Правда, из наших больных трое сообщили, что у них „горит во рту“. „сохнет“ особенно „ночью“ и „на морозе“, но было бы ошибочно отнести эти жалобы за счет экстирпации желез. Подобные явления возможны при наличии всех слюнных желез, если субъект вынужден дышать через рот. Наши же больные могли иметь, кроме того, какой-либо дефект в закрытии рта после не вполне искусно сделанной пластики.

Мы в наших случаях стремились произвести операцию одномоментно, тем не менее это не всегда было возможно, особенно, если требовалось пластическое закрытие дефекта после удаления опухоли. Тогда возникал вопрос—что делать в первый момент: удалять железы или опухоль. Так как удаление желез является операцией чистой, где нет непосредственного контакта с инфекцией и где нужно ждать заживления операционной раны в наикратчайший срок, с другой стороны, удаляя лимфатические железы, мы пресекаем пути, хотя бы частично, по которым совершается метастаз, нам казалось целесообразным удалять сначала железы, а затем раковую опухоль.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде выразились в нагноении (8 сл.), в образовании гематомы (1 сл.), рожистом воспалении (1 сл.), в эмболии легочной артерии (1 сл.) и неудержимом кровотечении (1 сл.). Последние два случая окончились смертью. Осложнение задерживает производство 2-го момента операции, вынуждая оставлять раковый очаг в организме на более длительный срок. Осложнения в виде нагноения или гематомы обуславливают развитие мощной рубцовой ткани, которая в случае рецидива болезни может поставить хирурга в затруднительное положение, изменяя до неузнаваемости анатомические соотношения данной области. Наконец, такие осложнения, как эмболия легочной артерии и неудержимое кровотечение, ведут почти неизбежно к роковому исходу.

Все это вместе взятое дает нам основание рекомендовать строгое проведение асептики при экстирпации желез, тщательную остановку кровотечения в момент операции, бережное отношение к окружающим тка-

ням и ни в коем случае не выносить производство операции из стационара в амбулаторию.

Отдаленные результаты таковы: неизвестно 9 сл., рецидивов—7 сл., с хорошим исходом—18 сл., прослеженные до 1 года—6 сл., до 2-х лет—3 сл., до 3 лет—6 сл., до 4-х лет—3 сл., 1 сл. без операции.

Остановимся на случаях рецидива. Здесь интересны следующие вопросы: какова была продолжительность времени от начала заболевания до первой операции, как скоро наступил рецидив после первой операции и каковы конечные результаты.

Всего после наших операций мы имеем 5 сл. рецидива, 7 сл. оперировалось по поводу рецидива, из которых 2 снова рецидивировали.

Наши случаи:

№№ по пор.	Давность бол.	Время, протекающее после первой операции	Исход
1	2½ м-ца	1½ года	Смерть
2	3 года	3 месяца	безнадёжное состояние
3	Не указано	1 год	смерть
4	1 год	несколько м-цев	смерть
5	Не указано	быстро	смерть

Поступили с рецидивом (первая операция произведена в нашей клинике).

1	несколько м-цев	несколько м-цев всего 11 м.	{ через 1 г. { хороший
2	Тоже	4 года	{ неизвестно
3	Неизвестно	10 лет	{ через 2 года { рецидив
4	8 месяцев	4 м-ца	{ через 4 года { хороший
5	Не указано	через 1 г.; 2 г.	{ через 3 года { рецидив
6	2 г.	1 г.	{ через 4 года { хороший
7	3 м.	3 м.	{ "

Таблица не совсем полно представлена, все же на основании ее можно сказать, что время, протекшее от начала болезни до первой операции, не является решающим моментом в вопросе о рецидиве. Здесь, по видимому, большое значение имеет патолого-гистологическая разновидность ракового новообразования, в чем мы опыта не имеем, но что отмечается другими авторами (Тихов). К тому же нужно прибавить, что операция, кажущаяся технически простой, налагает на хирурга большую ответственность за тщательное удаление опухоли и регионарных желез, предупреждающие рецидив. Возврат болезни в подавляющем большинстве наблюдал в течение первого года. Чем быстрее наступает рецидив (чем злокачественнее разновидность рака), тем хуже прогноз.

Случаи с хорошим исходом:

№№ по пор.	Давность болезни	Давность наблюдения
1	3 года	до 1 года
2	4 месяца	"
3	3 месяца	"
4	4 года	"
5	10 лет	"
6	7 месяцев	до 2-х лет
7	3 г.	"
8	2 г. 3 м-ца	"

9	3 м.	до 3-х лет
10	7 месяцев	„
11	1½ м.	„
12	Не указано	„
13	„	„
14	„	„
15—18	см. предыд. таблицу	„

Что касается случаев с хорошим исходом, то здесь давность болезни как будто бы не является доминирующим моментом.

Наряду с давностью в 1½—3 месяца мы имеем 3 г. от начала болезни до операции и все же с хорошим исходом течение 2—3 лет наблюдения.

Конечно, наши сроки наблюдения слишком коротки, чтобы быть спокойными за наших больных; очень возможно, что некоторые из наших пациентов явятся к нам с рецидивом, и тогда наша таблица изменится. Считаем нужным напомнить, что Любимов в своей работе „Лимфатические пути нижней губы в связи с распространением и лечением на ней рака“ категорически утверждает невозможность излечения р. н. г. хирургическим путем. Тихов, Tillmans и др. горячо рекомендуют комбинировать хирургическое лечение р. н. г. с лечением лучистой энергией. Наша клиника профилактического облучения не производила и его влияние на прогноз на своем материале отметить не может.

На основании разобранного материала позволим себе сделать следующие выводы:

1. Рак нижней губы нужно отнести к категории тяжелых заболеваний.
2. Единственным широко распространенным и доступным методом лечения р. н. г. в современных условиях нужно считать хирургическое лечение, радикализм коего заключается в удалении не только опухоли и доступных лимфатических желез, но и слюнных подчелюстных желез, где возможны островки лимфатической ткани.
3. Прогностика каждого случая в отдельности определяется, помимо, не столько давностью существования ракового поражения у больного, сколько патолого-гистологической разновидностью новообразования.

Из Хирургического отделения Нижегородской больницы Волжского Водоздрав-отдела (Зав. отдел. д-р П. М. Кирнос).

К практике переливаний крови¹⁾.

Д-ра П. М. Иконникова.

Переливание крови, как лечебный метод, известно с глубокой древности. Заманчивая идея вернуть жизнь и здоровье угасающему организму вливанием в него здоровой крови время от времени побуждала на практике испытать это средство. Эти попытки в большинстве случаев, по понятным для нас причинам, кончались неудачно, и только со времени пер-

¹⁾ Доложено в Научном об-ве врачей при Нижегородском гос. ун-ве. 24-го января 1930 г.