

Хирургическая борьба против рака матки по материалу более 300 случаев расширенной операции Wertheim'a за пятилетний период (с 1921 по 1925 г.*).

Заведующего Гинекологическим отделением Нижегородской Губбольницы
и гин. кафедрой Н. Г. У.

Н. Ф. Богуша.

Возрастающие успехи рентгено-радиотерапевтического лечения рака матки как у нас в России, так и за границей, невольно заставляют думать, что недалеко время, когда будет разрешена, если не проблема раковой болезни вообще, то проблема лечения ее, и все, что было достигнуто здесь силой ножа, отойдет в область предания, будет иметь лишь исторический интерес. Однако, медицинский мир и медицинская наука должны сохранить память о той борьбе, которую вели гинекологи-хирурги, тратя колоссальные силы творчества в постепенном подходе к известному идеалу оперативного лечения. Вот почему, прежде чем приступить к изложению своей работы, я считаю долгом упомянуть о главных моментах хирургического лечения рака матки в заведуемом мною отделении.

20 лет назад отделением заведывал ныне покойный д-р И. А. Кунцевич, память которого читается, как гуманнейшего врача-гинеколога, стоявшего на высоте современных хирургических знаний. При нем в отделении начала развиваться брюшная хирургия; однако, брюшно-стеночные чревосечения производились очень нечасто, а что касается рака матки, то оперативное лечение его производилось только путем влагалищной экстирпации. Количество больных с раком матки, ежегодно обращавшихся в больницу, в среднем, по данным амбулатории, равнялось в эту эпоху 70, ежегодное же количество случаев радикального оперативного вмешательства у них не превышало 10. Операция производилась по лигатурному способу, путем постепенного низведения матки, причем материалом служили простые суровые нитки, которых к концу операции во влагалище накапливался целый лес. Смертность была довольно высокая — около 20%.

В 1907 году в заведывание отделением вступил доктор С. А. Глядко, который расширил показания к оперативному вмешательству при раке матки, начав оперировать его только брюшно-стеночным путем по Wertheim'у. В лице д-ра Глядкова провинциальный мир получил работника, стоящего на высоте современных знаний по борьбе с раком матки. Благодаря ему, как медицинские работники, его помощники, так и больные начали понимать, что против рака матки можно

*) Сообщено в извлечении на VII Всесоюзном Съезде Акушеров и Гинекологов 1926 г.

бороться, хотя и с относительным, но большим успехом. До оставления службы, т. е. до 1912 г., им было произведено 75 радикальных операций по поводу рака матки с одним смертным исходом.

За год с 1912 по 1913 г., до приезда нового заведывающего, д-ра А. А. Козубовского, оперативная работа в отделении находилась в моих руках, причем рак матки был оперируем мною по тому же методу, как и д-ром Глядковым. Всего мною было за этот год сделано 14 радикальных операций с одним смертным случаем. Не изменился метод оперативного лечения рака матки и при А. А. Козубовском, с 1913 по 1921 г., причем за этот срок было произведено 142 радикальных операции с 13 смертельными исходами.

Таким образом, с 1907 по 1921 г. количество радикальных операций при раке матки по Wertheim'у равнялось в отделении 231, причем ежегодно отмечалось небольшое постепенное повышение количества их, с повышением вместе с тем % смертности. Что касается амбулаторного материала, то число обращавшихся в амбулаторию больных с раком матки также увеличивался, но не в особенно резкой степени и неравномерно по годам. К сожалению, точной цифры этих больных привести мы не можем, но можем сказать, что в среднем валовая операбельность рака матки за последние три года данного периода, т. е. 1918—1921 гг., достигла 24%. Непосредственные результаты радикальных операций за время с 1907 по 1921 г. можно назвать в полном смысле слова блестящими,—общая смертность на все 231 случай была менее 7%. Относительно же отдаленных результатов мы, к сожалению, не можем привести точных данных, так как жителей Н.-Новгорода было среди оперированных не более 15% общего числа (37 на 231), остальные 85% были иногородние больные, после операции ускользавшие из-под наблюдения. Из городских жителей, оперированных за этот период по поводу рака матки, в настоящее время находится под наблюдением 9 с разнообразною давностью операции от 17 до 5 лет, т. е. процент стойкого излечения является равным около 25.

Не могу не упомянуть о двух интересных больных, относящихся к числу этих 9.

В одном случае речь идет о 29-летней больной, оперированной 17 лет назад (в 1909 г.) (Глядков). Через 4 месяца после операции у ней был констатирован рецидив с поражением мочевого пузыря в области устья правого мочеточника. Повторная операция, произведенная влагалищным путем (Глядков) с резекцией мочевого пузыря и пересадкой мочеточников, дала полное излечение.

Второй случай касается больной, которая в 1925 г., через 12 лет после радикальной операции рака матки, явилась в местную лечебницу Красного Креста по поводу рака грудных желез и была оперирована с благополучным исходом (д-р Смоляков).

Переходя к основной теме настоящего доклада, к обзору случаев радикального оперативного лечения рака матки за 5-летие с 1921 по 1925 г., отмечу прежде всего, что за это пятилетие было произведено более 300 радикальных операций рака матки, причем несколько раз менялись детали подсобных хирургически-терапевтических мероприятий, прежде чем окончательно выявилась наилучшая по своим результатам и наиболее удовлетворявшая нас форма их, на которой мы пока и остановились.

На первом месте необходимо указать на способ наркоза, применяемого мною уже с 1917 года всегда при радикальном оперативном

лечении рака матки,—это эфирно-масляный наркоз, применяемый per rectum. Техника его возможно упрощена. Больная за день до операции получает легкое слабительное, а накануне и утром в день операции ей делается очищающая клизма; за 15 минут до начала наркоза впрыскивается морфий, и затем медленно вводится эфирно-масляная клизма по расчету 40,0 на пуд веса; для клизмы берется любое растительное масло, но наилучшим надо считать, конечно, прованское. После клизмы больная с головой закрывается одеялом и через 5 минут начинает уже выдыхать пары эфира. Период возбуждения при таком наркозе наблюдается приблизительно в 15%, бывает нерезко выражен и продолжается обычно недолго. В большинстве случаев уже через 20—30 минут наступает спокойный сон, который иногда приходится поддерживать путем ингаляции, на что выходит 10—15,0 эфира.

Противопоказаний для такого наркоза мы почти не находим; лишь резко выраженные легочные процессы в стадии обострения и глубокие нарушения почечной деятельности заставляли нас прибегать к хлороформному наркозу, а в исключительных случаях и к отказу от операции. Пороки сердца, даже в начальных стадиях декомпенсации, препятствием к применению данного наркоза не служили. Осложнения во время самого наркотизирования наблюдались в редких случаях и носили случайный характер,—это была обычно быстро устранимая асфиксия. Из осложнений в послеоперационном периоде наблюдались приблизительно в 8% легочные явления, каковые всегда благополучно ликвидировались; кроме того, при наличии белка в моче отмечалось увеличение содержания последнего, а иногда и более резкие нарушения почечной деятельности с появлением в моче крови и форменных элементов. Наблюдавшиеся иногда расстройства кишечника отнести всецело в зависимость от действия эфира вряд-ли возможно, ибо расстройства эти всегда были более связаны с оперативной травмой, о чем будет указано в дальнейшем.

Вторым, неуклонно мною проводимым,—за весьма редкими исключениями,—при радиальной операции рака матки мероприятием является перевязка обеих аа. hypogastricae. Этот прием, в основу коего положен принцип радикализма, чреват различными осложняющими моментами, почему я и считаю нелишним остановиться на нем несколько подробнее.

Помимо значительной травмы, с которой сопряжена перевязка обеих подчревных артерий у самого отхождения их от аа. iliacaе communes, она ведет к значительным расстройствам кровоснабжения и питания всех тазовых органов, особенно мочевого пузыря, с притекающими отсюда последствиями—вплоть до омертвения его стенки в области *tri-goni Lieutaudii* включительно. Со стороны кишечника наблюдается некоторое время недержание жидких испражнений,—послабления происходят очень часто, от 10 до 20 раз в сутки, причем наблюдается это преимущественно у тех больных, у которых была инфильтрация паравагинальной и парапроктальной клетчатки, т. е. где при операции ту или иную часть кишки пришлось сильно травмировать с нарушением венозной сети.

Для устранения этих тягостных поносов обыкновенно достаточно бывает применения препаратов висмута и клизм, причем, если нет тяжелой инфекции всего организма, обычно на 5—6-й день явления эти резко стихают, и больная быстро поправляется. Для предотвращения и

отчасти смягчения растройств, связанных с нарушением кровоснабжения мочевого пузыря, которые, конечно, прежде всего проявляются циститами, начиная с 3-го дня после операции производят промывания мочевого пузыря раствором колларгола, и назначаются внутрь средства, дезинфецирующие пузырь. В легких случаях незапущенного рака, где мочевой пузырь мало травмировался, этим дело и ограничивается, и больная выписывается в обычный срок, на 11—15-й день после операции; там же, где имелось дело с далеко зашедшим процессом, почти на границе перехода новообразования на стенку пузыря, а также у людей малокровных и истощенных, довольно часто наблюдается — обычно начиная с 7-го дня после операции — непроизвольное истечение мочи через влагалище, ибо часть пузыря между устьями мочеточников, наиболее страдающая от нарушения кровообращения, легко некротизируется, и в этом месте образуется пузырно-влагалищный свищ. В половине случаев свищ этот закрывается самопроизвольно в связи с улучшением общего состояния, причем срок заживления в общем колеблется от 3 до 6 месяцев; иногда, впрочем, недержание мочи длится и дольше. Если излечения свища не произошло, то не ранее, как через год, — имея в виду возможность рецидива, — следует приступить к операции для устранения этого свища.

Всего нами за пять лет сделано 317 расширенных абдоминальных экстирпаций матки по поводу ее рака, т. е. % операбильности равнялся 70, так как за это время в амбулаторию обратилось 448 больных с раком матки. Уже из этих цифр видно, как широко ставились нами показания к операции. Абсолютно-неоперативными признавались лишь такие случаи, где раковое поражение зашло за пределы шейки, когда парацервикальные и паравагинальные инфильтраты доходили до костей таза, были неподвижны, болезненны при осмотре, и больные жаловались на самостоятельные ночные боли. При поражении железистого аппарата таза иноперабильными признавались случаи, где имелось явное растройство кровообращения и лимфообращения. Иноперабильность, обуславливаемая раковой кахексией, устанавливалась общим *habitus*ом больных в сочетании с такими моментами, как сухость и шелушение кожи, блеск глаз, общее похудание и пр. Острое малокровие, пороки сердца и пр., за редкими исключениями, противопоказаниями к операции не считались.

Как на пример того, что даже тяжелое малокровие не может служить препятствием для производства расширенной абдоминальной экстирпации матки, укажу на случай больной М. С. 52 лет, доставленной в отделение на носилках в состоянии полного обескровления. С. считала себя больной 11 мес., когда у нее начались, после 4-летнего климакса, кровянистые выделения, за последние недели превратившиеся в непрерывные обильные кровотечения. Больная до того ослабела от обильных потерь крови, что не могла сидеть. При осмотре найдена язвенная форма рака маточной шейки с полным разрушением задней губы; подвижность матки, однако, сохранилась, инфильтрата и увеличения желез не обнаружено. Резкий анемичный шум сердца, расширенного влево. Нб 12%. В моче следы белка. На 5-й день после поступления операция. Предварительно решено было сделать выскабливание язвы острой ложкой; однако, это не удалось, ибо ложка в самом начале операции прошла в брюшную полость. По вскрытии в брюшной полости обнаружено прободение на границе внутреннего зева; в заднем дугласе кусочки ракового распада. Операция удаления матки осложнилась благодаря тому, что тело матки отрывалось от остатков шейки, и пришлось сначала удалить тело матки, а затем остаток шейки матки; операция длилась около 40 минут. В дальней-

шем, вопреки всем неблагоприятным условиям, больная стала быстро поправляться и на 20-й день выписалась с 18%. Нб. Последующая судьба ее, к сожалению, осталась неизвестна.

Чтобы закончить обзор применявшихся мною общих мероприятий, я должен упомянуть еще о местной хирургической подготовке к операции. Подготовка эта, которая велась всегда индивидуально, в зависимости от особенностей данного случая, имела в виду главным образом борьбу с инфекцией. В случаях, где распространение рака ограничивалось или небольшими разрождениями на шейке, или небольшим изъязвлением без гнилостного распада, т. е. в случаях незапущенных, начальных, она ограничивалась тем, что перед самой операцией влагалище и шейка тщательно промывались раствором сулемы: 1 : 1000,0, затем, по обсушивании, обильно смазывались 10% раствором иода, после чего в верхний отдел рукава вводилась марлевая полоска—или сухая, или слегка смоченная 10% раствором формалина. В случаях же с обширными разрождениями или язвенных с обильным распадом делалось предварительно или накануне, или перед самой операцией выскабливание новообразования острой ложкой с прижиганием или пакеленом, или хлористым цинком; последующая предоперационная подготовка шла тем же порядком: сулема, под, тампонация.

Обращаясь к технике самой операции, отмечу, что разрез брюшной стенки обязательно производился по средней линии, операционное поле довольно часто и обильно промывалось жидкостью Dakin'a. тазовая клетчатка и железы тщательно удалялись вплоть до лежащих наpromонтории, матка экстирпировалась с наивозможно большим участком влагалищной трубки, после чего производилось сшивание перерезанных крестцовых связок с культи влагалища, раневая поверхность обильно орошалась жидкостью Dakin'a и эфиром, вводились вставники из подоформенной марли, смоченной формалиновым спиртом, и брюшина сшивалась непрерывным швом. Брюшная полость зашивалась наглухо в четыре этажа, причем материалом для шитья служили кэгут, шелк и оленьи жилы. В послеоперационном периоде практиковалось удаление вставников на 8-й день, а также обязательно раннее вставание, если против этого не было особых противопоказаний.

Переходя теперь к разбору нашего материала, остановлюсь сначала на возрасте оперированных больных. Самой молодой из них было 27 лет, самой престарелой 72 года. По пятилетиям возраст наших больных распределялся следующим образом:

с 27 до 35 л.	— 18,
с 35 до 40 л.	— 34,
с 40 до 45 л.	— 62,
с 45 до 50 л.	— 94,
с 50 до 55 л.	— 69,
с 55 до 60 л.	— 24,
с 60 до 72 л.	— 16.

В дальнейшем рассмотрим этот материал с оперативной стороны, разделив все случаи на 3 группы по тяжести поражения.

Первая группа обнимает собою незапущенные случаи рака маточной шейки, где поражение не зашло за пределы шейки, и диагноз в некоторых случаях мог быть поставлен лишь путем микроскопического

анализа. К этой группе можно отнести 112 операций с тремя смертельными исходами. С технической стороны операции здесь никакого затруднения не представляли и не требовали особых усилий; продолжительность их колебалась от 20 до 50 мин.. В послеоперационном периоде здесь ни разу не было отмечено тяжелых поражений мочеполовой сферы и кишечника. Нагноение брюшной стенки встретилось в этой группе всего в 6⁰/. Наибольший срок пребывания больных после операции равнялся 23 дням, в среднем же—14 дням. Смертельные исходы в двух случаях последовали от паралича сердца (в одном случае смерть наступила на первые сутки, в другом, где у больной имела место начинающаяся декомпенсация сердца,—на 5-й день, после приема дигалена), третья больная этой группы погибла от сепсиса. Поражение железистого аппарата таза встретилось в этой стерии почти в 37⁰/, но раковое поражение желез отмечено только в 12⁰/. (Здесь кстати скажу, что микроскопическое исследование во всех случаях производилось прозектором Губ-больницы И. И. Сеньюткиным, которому приношу здесь искреннюю благодарность).

Из числа случаев этой группы особенно заслуживают быть отмеченными, во-первых, уже упомянутый выше случай с резким малокровием, во-вторых, случай больной М., 32 лет, которой операция была произведена в декабре 1924 г. по поводу экзертующей формы рака шейки; подвздошные железы с обеих сторон были увеличены, но не содержали метастазов рака; операция длилась 38 минут. Через 7 месяцев оперированная, при полном здоровье, приняла несколько сеансов рентген-терапии в Москве (проф. Чернеховский). В январе 1926 г., в виду беспокоящих больную, субъективно и объективно констатируемых явлений выпадения (одутловатость, ожирение, анатия, быстрая усталость и пр.) произведена пересадка яичника, которая быстро повлекла за собою резкое улучшение общего состояния, причем уже в ближайшие две недели после пересадки у пациентки были отмечены изменения и в составе крови.

У 7 больных данной группы, в возрасте от 29 до 38 лет, кроме основной операции была произведена дополнительная операция удаления грудных желез по мотивам, уже изложенным мною в предварительном сообщении, опубликованном в журнале „Гинекология и Акушерство“ за 1924 год; одна из этих больных умерла, как указано выше, от сепсиса.

Во вторую группу, охватывающую 147 операций, я отношу случаи ракового поражения маточной шейки, зашедшего за пределы исходного органа, где, однако, несмотря на переход рака на клетчатку или поражение железистого аппарата, была сохранена полная подвижность матки и не заинтересованы мочевые пути. Эта группа дала уже более высокую смертность, именно, 23 смертельных исхода; кроме того, во время операции здесь чаще встречались осложняющие моменты, и длительность операций возросла до 40—60 мин.

В числе осложнений операции в этой группе 4 раза было отмечено повреждение мочеточников, причем в 3 случаях мочеточник был перерезан совершенно, а в одном случае была только надрезана стенка его. Произведенная в первых 3 случаях пересадка центрального конца мочеточника в мочевой пузырь дала у 2 больных благоприятный исход, в 3-м же случае больная умерла на 9-й день от общей инфекции. В 4-м случае, где мочеточник был только надрезан, и где я произвел зашивание его ранения с муфтой из сальника, успеха не получилось: моча на 6-й день пошла в клетчатку, и на 12-й день больная скончалась от септического процесса с присоединившимся мочекровием.

Повреждение мочевого пузыря при отслойке его от шейки и влагалища произошло в 19 случаях данной группы, всегда в области *tri-goni Lieutaudii*. Двухэтажный шов дал полный успех только в 9 из этих случаев; в 6 наступил смертельный исход между 5-м и 19-м днями от мочекровия и нарастающего истощения в связи с нагноительным процессом в стенке живота и тазовой клетчатке, а в 4 случаях больные выписались с фистулами мочевого пузыря (двум из них через год была произведена д-ром Глядковым операция *colpocleisis* с благополучным результатом).

Из других осложнений операции в данной группе следует отметить 3 случая поранения *v. hypogastricae*, повлекшего довольно значительное кровотечение, причем в одном случае больная, 52 лет, скончалась через 3 часа от острой анемии. Что касается причины смерти в остальных 14 случаях данной группы, то в одном смерть произошла от паралича сердца, в 3—от нарастающей кахексии на 20-й, 25-й и 29-й дни после операции, при гладком заживлении брюшной раны, а в остальных 10—вследствие длительного нагноительного процесса в брюшной ране при уже существовавшем истощении.

В общем надо отметить, что послеоперационный период в этой группе случаев протекал значительно тяжелее первой группы,—заживление брюшной раны в 40% происходило вторичным натяжением, и средняя продолжительность пребывания больных в отделении равнялась 22 дням. Увеличение тазовых желез макроскопически было здесь отмечено в 70%, причем раковое поражение их установлено в 35%.

Третья группа, обнимающая наиболее тяжелых больных с раком маточной шейки в количестве 42, со смертельным исходом в 14 случаях, характеризуется далеко зашедшим раковым процессом с ограничением подвижности матки и в большинстве случаев с распространением процесса на мочевой пузырь, что в 14 случаях было установлено еще до операции, а в 9 обнаружено во время оперативного вмешательства; в 3 случаях раковый процесс распространился на кишки; кроме того у большинства больных отмечался значительный упадок питания. Во всех случаях этой группы операции были технически — трудны, требовали даже большой затраты физической энергии; осложнения как во время самой операции, так и в послеоперационном периоде были иногда почти непреодолимы, и в этом отношении данная группа является особенно поучительной. При операции здесь приходилось сознательно прибегать к нарушению целостности мочевого пузыря, мочеточников и прямой кишки, или случайно повреждать и их, и крупные сосуды. Раковое поражение пузыря, крестцово-маточных связок с переходом на прямую кишку, раковые метастазы в железах, иногда достигавшие размеров куриного яйца, тесно спаянные с крупными сосудами инфильтраты, иногда захватывавшие большие участки паравагинальной и парапроктальной клетчатки,—такова была обычная патолого-анатомическая картина, представлявшаяся в случаях этой группы по вскрытии брюшной полости.

Резекция мочевого пузыря была произведена у больных этой группы частично в 11 случаях, а в 2-х пузырь был удален почти полностью (оба эти случая кончились смертью на 9-й и 11-й дни). Случайных повреждений пузыря было 5 и мочеточников—4, причем по-

вреждению всегда подвергался левый мочеточник. Резекция стенки прямой кишки была произведена 1 раз, повреждение кишки имело место 3 раза. Кроме того при вылущении лимфатических желез однажды была повреждена *a. iliaca externa* и 3 раза — *vena iliaca externa*.

Из одного этого краткого перечня операционных осложнений, если принять еще во внимание, что лимфатические железы, найденные здесь увеличенными в 100%, кроме ракового перерождения, всегда были инфицированы, и при манипуляциях над ними инфекция разносилась по всему операционному полю, — понятно, что не только исходы операции в данной группе случаев были хуже, но и послеоперационный период протекал в большинстве случаев с осложнениями. Так, нагноение в брюшной ране и в клетчатке было отмечено здесь почти в 90%, омертвление стенок пузыря — в 17 случаях, причем из числа поправившихся больных 10 выписаны с незажившими пузырными фистулами. Из отдельных наблюдений, принадлежащих к данной группе, особенный интерес представляет следующее:

Больная О. Ш., 44 лет, упитанная женщина, поступила в больницу в январе 1922 г., причем у нее найден рак шейки с переходом на паравагинальную и паравезикальную клетчатку; у больной наблюдались расстройства мочеиспускания, болезненные тенезмы, частые позывы на мочу; подвижность матки была ограничена. Радикальная операция. В правом мочеточнике, тотчас по перегибе его через *linea innominata*, обнаружен камень продолговато-конической, в виде пули, формы, длиной до 2½ сант.; мочеточник выше незначительно расширен; камень удален продольным разрезом, швы на стенку мочеточника и муфта из салника. Частичная резекция стенки мочевого пузыря вместе с устьем правого мочеточника, пересадка последнего в подтянутый к боковой стенке таза пузырь, удаление всей клетчатки и подвздошных желез. В послеоперационном периоде заживление брюшной стенки *per primam*, в тазовой клетчатке обильное нагноение; t° около 2 недель повышена до 39,0°. С 20-го дня больная начала ходить, но выделение гноя продолжалось, несмотря на обильные промывания; на 30-й день опять под t° до 38° и затем лихорадка в течение 7 дней; на 38-й день внезапное артериальное кровотечение и смерть на операционном столе.

Такой же трагический исход, в связи с послеоперационным нагноительным процессом, постиг еще 2 больных данной группы — одну на 19-й день после операции, другую на 28-й. Повреждение *a. iliaca*, происшедшее при отделении плотно припаянной железы, вызвало небольшую кровопотерю, ибо быстро было ликвидировано сначала наложением зажима, а затем шва на сосуд, отверстие в стенке которого было немного больше булавочной головки; однако в послеоперационном периоде у больной наблюдались похолодание соответствующей нижней конечности, боли в ней, высокая t° , перебои и смерть на 8-й день от паралича сердца. В 3 случаях, где была нарушена целость *v. iliaca ext*, кровопотеря была также ничтожна, ибо ранение было предусмотрено заранее; две из этих больных поправились, и одна умерла на 12-й день от гнойной инфекции клетчатки брюшной стенки и тазовой клетчатки. Наконец, одна больная, 52 лет, умерла при окончании операции от шока. Остальные 8 больных данной группы умерли в разные сроки после операции, от 9-го до 25-го дня, главным образом от нагноительных процессов в брюшной стенке и тазовой клетчатке, а также от мочекаменной и раковой кахексии.

25 больных данной серии перенесли операцию благополучно, причем, однако, 10 из них, как уже упомянуто выше, выписались с не-

зажившими пузырно-влагалищными свищами. В этой группе не лишен интереса следующий случай, являющийся примером силы самовнушения:

Больная 36 лет, крестьянка, была оперирована в июне 1925 г., причем удалены, кроме матки, большая часть влагалища, вся парапроктальная клетчатка, много лимфатических желез, и частично резецирован мочевого пузырь. Послеоперационное течение тяжелое: на 5-й день разошлась брюшная рана, и из нее стала выделяться в большом количестве гнойно-сукровичная жидкость, смешанная с мочей; температура держалась в пределах 38°—39°, общее состояние больной было довольно удручающее. Тем не менее, когда, на 9-й день после операции, из деревни прибыли сестра больной и ее сын,—они потребовали, чтобы больную выписали. О выписке стала настоятельно просить и сама больная, которая, вопреки всем советам, решительно встала с постели, самостоятельно оделась и ушла из больницы, имея вид не тяжелой больной, а здорового человека. Так она держалась вплоть до посадки на пароход, что произошло через 2½ часа по уходе из больницы; к сожалению, дальнейшая судьба ее осталась неизвестной.

Кроме вышеуказанных серий радикальных операций по поводу рака маточной шейки, за разбираемое пятилетие было произведено 9 пробных чревосечений при раке матки, 3 операции по поводу рецидива рака, 2 радикальных операции по поводу первичного рака влагалища и 11—по поводу рака маточного тела.

Что касается последней группы случаев, то во всех их операция и послеоперационный период протекали благоприятно с пребыванием больных, в среднем, в течение 15 дней.

Из этих случаев особенно заслуживает внимания один, где у больной, девицы 47 лет, с увеличением матки приблизительно до размеров 1½ мес. беременности, рак оказался проросшим маточную стенку и распространившимся на приросшую к ней кишечную петлю; кроме экстирпации матки, была произведена резекция 18 сант. кишки; гладкое выздоровление; больная здорова до сих пор (оперирована в декабре 1921 г.).

Первичный рак влагалища встретился нам за 5 лет всего 4 раза, в том числе два раза в стадии возможной операбельности. Операция оба раза была произведена так же, как и при раке шейки, только с удалением всей влагалищной трубки.

Один случай, оперированный в марте 1925 г., окончился смертью от паралича сердца. Больная 33 лет имела раковую язву на задней стенке рукава, в средней части, с переходом на клетчатку; у больной астеническая конституция, в анамнезе сердечные припадки с обмороками; смерть наступила внезапно через 3 часа после операции.

Вторая больная, 51 года, была оперирована в конце 1924 г., перенесла операцию благополучно, но в августе 1925 получила рецидив, хотя подвергалась профилактической рентгенизации в Москве.

О трех операциях, произведенных по поводу рецидива, можно сообщить, что все они носили, можно сказать, шаблонный характер; произведены они были по поводу возврата рака в культю влагалища с переходом на стенку пузыря в месте впадения мочеточников—в одном случае левого, в двух других—правого.

Первый случай имел место у больной 33 лет, у которой в июне 1923 г. была произведена радикальная операция по поводу рака маточной шейки. Через 10 месяцев констатирован возврат, и в апреле 1924 г. повторное чревосечение,—резекция левого мочеточника с частью пузыря и удаление инфильтрата величиной в грецкий орех. Выздоровление гладкое. Больная лечилась потом рентгеном в Москве, но, несмотря на то, через 4 месяца опять рецидив, и в 1925 г., в феврале, смерть.

Второй случай: больная 51 г., радикальная операция в мае 1919 г., в августе 1921 г. повторное чревосечение по поводу рецидива; пересадка резециро-

ванного мочеточника не удалась, на 6-й день швы разошлись, больная выписана на 15-й день с мочеточниковой фистулой, около 2 лет была под наблюдением, затем потеряна из виду.

Третий случай: больная 51 г., рецидив через 8 мес. после радикальной операции, повторное чревосечение с пересадкой мочеточника, смерть на 18-й день от истощения (с 8-го дня неудержимый понос).

Заканчивая на этом обзор произведенных нами за 5 лет операций по поводу рака матки, упомяну, что дополнительная операция удаления грудных желез была произведена мною в 20 случаях; никакого отягощения в послеоперационном периоде от этой операции не отмечалось, но не отмечено и повышения процента абсолютного выздоровления. Поэтому с 1925 г. это дополнительное пособие перестало применяться.

Как можно видеть из приведенных выше цифр, все 317 операций дали нам 13,6% первичной смертности, причем главной причиной смертельных исходов была инфекция клетчатки. Мы ни разу не имели у своих больных перитонита, нагноение же тазовой и брюшностеночной клетчатки наблюдались очень часто, несмотря на применявшиеся нами предупредительные меры.

Что касается отдаленных результатов, то дать полную картину в этом отношении мы не можем — отчасти по малому для большинства больных послеоперационному сроку, отчасти потому, что большинство наших больных после операции исчезало из-под наблюдения. Однако все же наблюдение над некоторой частью больных пятилетней давности показывает, что процент стойкого излечения у нас — около 35. При этом следует отметить, что рекомендуемая больным послеоперационная рентгенизация, повидимому, значительно улучшает прогноз в смысле предупреждения рецидивов. Вообще же относительно рецидивов надо заметить, что они возникают нередко вскоре после операции, причем часто быстрый возврат нельзя ставить в связь со степенью распространения ракового процесса до операции. Установить точно, где чаще возникают рецидивы, т. е. в культе влагалища, в клетчатке или в железах, — нельзя; повидимому, они реже бывают в рукавном рубце и одинаково часто поражают клетчатку и железы. У особ молодых рецидивы встречаются значительно чаще, чем у более пожилых.

Заканчивая этим свое сообщение о пятилетней хирургической борьбе против рака матки, укажу, что для большего успеха в этом деле в настоящее время нам не хватает, во-первых, более своевременной обращаемости больных, во-вторых, вполне действительных мер для борьбы с инфекцией и раковой токсемией, наконец, в-третьих, подсобной последующей рентгено-радиотерапии.