

№ 4 или № 17 в зависимости от конституции больного и состояния его питания.

Описанным способом лечения колитов инфекционного происхождения я пользуюсь уже много лет и всегда с одними и теми же отчетливыми блестящими результатами, не дающими повода искать лучшего.

Литература: 1) Г. И. Ивашенцев. Кл. м. 1927, 2. 71—85. Цит. по Центр. мед. журн. Т. 1.—2) Г. А. Захарьин. Клинические лекции.—3) H. Nothnagel. Specielle Pathologie und Therapie. Wien, 1903. Bd. XVII, S. 30.—4) Б. И. Словцов. Уросемиология. 1910, стр. 115—5) Н. Ф. Филатов. Клинические лекции. 1902. Вып. II—6) Von d. Velden. Deut. med. Woch. 1909, № 5.—7) Sick, Fortschr. d. Therapie 1925, № 18.—8) Samuel. Virch. Arch. Bd. 122, S. 273.—9) И. В. Мурашев. Изменение механических свойств кожи в начальных стадиях воспаления. Диссертация. Москва. 1902.—10) В. Ф. Снегирев. Маточные кровотечения. 1895.—11) Г. Габричевский. Медицинская бактериология. 1909, стр. 20.—12) В. О. Мочан. Вестник совр. медиц. 1928, № 19.

Хирургическая пропедевтическая клиника Саратовского гос. университета. (Дир. проф. В. И. Разумовский).

Остеопластическая операция по Красину при раке языка.

Ассистенты **Н. Н. Назаров** и **М. Н. Кушева**.

Остеопластическая операция по Красину при раке языка, описанная автором впервые в 1922 г., до сих пор не имеет широкой клинической проверки. Между тем способ Красина заслуживает полного внимания, и мы решаемся пропагандировать его на основании своего, хотя и небольшого опыта. Прежде два слова о раке языка вообще.

Одним из выносливых органов человеческого тела по отношению к заболеваниям является язык. Если принять во внимание, что язык подвергается ежедневно различного рода травмам и не так уже часто болеет, то становится очевидной его особенная выносливость. Огромная подвижность языка, богатство кровеносными и лимфатическими сосудами, обильно омывающими его клеточные элементы и ткани, являются теми важными факторами, которые спасают язык от частых заболеваний. В практике особенно важна рациональная борьба с злокачественными опухолями языка, из которых cancer linguae является наиболее важной клинической формой. Большие статистики показывают, что рак языка встречается в 2% всех раков. На 1000 раковых мужчин приходится только 21 большой раком языка по Кюттнеру, а у женщин рак языка встречается еще реже. Следует помнить, что язык поражается наиболее злокачественной формой рака (cancer keratodes), дающей быстрое заражение лимфатической системы, почему и наблюдаются после операции удаления рака языка местные рецидивы. Только ранняя диагностика и радикальная ранняя операция могут спасти больного.

В настоящем сообщении нас интересует главным образом вопрос о хирургических доступах к языку, каковыми с наибольшим удобством можно было бы пользоваться при показаниях к ампутации языка по поводу ракового поражения. В разработке методов оперативного вмешательства на языке, как известно, огромное значение имеет та сторона

вопроса, которая направлена на то, чтобы сделать доступ к языку по возможности свободным. Только при таких условиях можно оперировать без трудностей и радикально.

В первый раз удалил Petrus di Marchetti (Padua) пораженный раком язык через ротовое отверстие в 1664 году. Jaeger и Haufelder применили в 1831 году одностороннее поперечное расщепление щеки от угла рта до переднего края *m. masseteris* под Стеновым протоком. *Maisonneuve*—двухсторонний разрез щек. В 1836 году Roux дал обоснование к временной линейной резекции нижней челюсти (поперечный распил нижней челюсти). В дальнейшем этот вопрос стали разрабатывать Sedillot, Syme, Billroth. Billroth шел по пути временной остеопластической резекции нижней челюсти при помощи разреза через ее толщу (от нижних глазных зубов до коренных). В 1875 г. Langenbeck произвел при помощи вертикального разреза мягких тканей от угла рта вниз поперечный боковой распил нижней челюсти. В стремлении дать больший доступ к корню языка с одновременным желанием ограничиться возможно меньшей травмой окружающих тканей—впоследствии целый ряд авторов делали свои дополнения и изменения к указанным основным методам (Kocher, Verneuil, Morgestin и др.). Недостатком всех способов является то обстоятельство, что при этом производятся большие нарушения целостности рта и его дна и в дальнейшем многочисленные функциональные расстройства (перерезка таких важных мышц, как *m. genioglossus*—главной опоры языка,—может повести к гибели больного).

Шагом вперед в усовершенствовании методики доступов к корню языка, несомненно, является операция временной частичной резекции нижней челюсти для удаления языка по способу Красина, которую он предложил в 1922 году и подробно описал в *Zentrbl. für Chir.*, № 49, 1926 г. и в *Казанском медицинском журнале* № 3, 1922 г. Особенности этого способа заключаются в том, что из подбородочной области выливается треугольный кусок кости с основанием книзу, на задней поверхности которого остается *spina mentalis* с прикрепляющимися здесь мышцами. Треугольный кусок кости укрепляется затем (после операции на языке) снова на своем месте с помощью проволочных (или как мы поступали с помощью шелка) нитей. Таким образом, не нарушается целостность челюсти с нижнечелюстным каналом и сосудисто-нервным пучком, а также сохраняются и мышцы, прикрепляющиеся к *spina mentalis*.

Мы здесь не станем повторять в подробностях описание метода, которое читатели найдут в вышеуказанных журналах, а приведем лишь свои клинические наблюдения, которые дали нам право этот метод рекомендовать, как один из весьма удачных и малотравматических, но дающих хороший доступ к корню языка. По литературным данным (см. Красин, *Нов. Хир. Арх.*, № 65, 1928) пока произведено 12 операций при раке языка по способу Красина, из которых 5 сделано в нашей клинике, причем два первых случая оперированы д-ром Колюбакиным и описаны им в *Новом Хирургическом Архиве* за 1923 г.

1. Большой З. поступил в клинику 15 апр. 1923 г., имея раковую опухоль у корня языка. Общий наркоз. Операция по Красину после предварительной перевязки *a. lingualis* с обеих сторон и удаления лимфатических желез шеи. Прекрасный доступ к языку. Послеоперационное течение гладкое.

2. Большой Д., 48 лет. Раковая опухоль у корня языка. Предварительная перевязка а. lingualis с обеих сторон и удаление лимфатических желез шеи. Доступ к корню языка по Красину. Послеоперационное течение гладкое.

3. Б-ная М. Т., 55 л. Поступила 18 февр. 25 г. Раковая опухоль у корня языка. Операция по Красину, как в предыдущих случаях. Гладкое выздоровление.

4. Б-ной Г. Н., 50 л., поступил 19 марта 1928 г., имея раковую опухоль на левой стороне языка у корня его. Под общим наркозом операция по Красину. Гладкое послеоперационное течение.

5. Б-ной В. А., 45 л. Раковая опухоль на правой стороне языка у его корня. Под общим наркозом операция по Красину с предварительной перевязкой а. lingualis и удалением лимфатических желез шеи. Результат после операции хороший.

Наш опыт с операцией Красина ограничивается этими 5 случаями. Но и они дали нам возможность убедиться в том, что способ дает прекрасный доступ оперировать у корня языка. Лимфатические железы мы удаляем всегда предварительно из дополнительных разрезов и здесь же перевязываем а. lingualis, пользуясь при этом местной анестезией. Требуется осторожность при выпиливании костного треугольника, чтобы не расколоть его. Лучше этот момент проделывать электрическим сверлом, что значительно ускоряет операцию. Укреплять на место костный треугольник нам удавалось лучше с помощью шелковых нитей. В послеоперационном периоде мы не видели осложнений, связанных с нарушением целостности рта, его дна, челюсти и важных мышц, как это можно видеть при других способах.

Мы считаем, что новый способ частичной временной остеопластической резекции нижней челюсти для удаления рака языка по Красину должен найти себе широкое применение в хирургических клиниках.

Из Акушерской клиники Государственного клинического акушерско-гинекологического института. (Зав. приват-доцент Н. В. Елкин).

Последовый период и простейший способ выделения последа.

Ординатора клиники д-ра Ш. Я. Микеладзе.

С момента рождения плода начинается третий период родового акта—последовый период. Женщина, как при самых родах, так и при выделении последа, в большинстве случаев не обходится без помощи акушера. Главной задачей акушера является следить за правильным течением естественных сил и притти на помощь только тогда, когда последние недостаточны или чем-либо нарушены. Всякое несвоевременное вмешательство влечет за собой нарушение нормального течения последового периода и является причиной целого ряда осложнений (стриктуры внутреннего зева, отрывы кусков последа и оболочек и т. п.).

Втечение последового периода следует строго различать два момента: отделение детского места от стенок матки и выделение последа и оболочек из полового канала наружу.