

оказалось достаточным для обеспечения положительного азотистого баланса у скарлатинозных детей.

2. У больных в возрасте 4—5 лет, получавших ежедневно на кило веса 2 гр. белка, 9 гр. углеводов, 2 гр. жира и 63 калорий, ежедневная ретенция азота равнялась в среднем 0,578 гр., у 7—8-летних при содержании в пище 1,95 гр. белка, 9 гр. углеводов, 2,2 гр. жира и 65 калорий, она соответствовала 0,378; наконец, у 10—12-летних количество задержанного азота при наличии в пище 1,9 гр. белка, 9,1 гр. углеводов, 2,3 гр. жира и 65 калорий составляло 2,028 гр.

3. При приблизительно одинаковом количестве белка в чисто молочной и молочно-растительной диете увеличение количества углеводов в последней привело к значительному уменьшению обмена белка и переходу отрицательного баланса азота в положительный.

4. Уменьшение количества белка до 26—37 гр. во втором варианте молочно-растительной диеты, несмотря на обогащение его углеводами до 300—396 гр. и увеличения общего количества калорий до 1761—2430, обусловило почти у всех детей отрицательный баланс азота. Повидимому, преобладание в этом варианте растительных белков сыграло в данном случае значительную роль.

5. Субституирующее влияние углеводов на белковый обмен проявилось достаточно резко на обоих вариантах молочно-растительной диеты. Понижение содержания азота в моче оказалось, однако, больше на втором варианте.

Из Хирургического отделения рабочей больницы Донбасса (г. Артемовск).

Материалы по заболеванию раком.

Заведующего отделением С. М. Эйбер.

Желая подробно изучить прошедший за последние пять лет больничный материал по раку, я делаю скромную попытку его систематизировать, выявляя этим полученные успехи, замеченные ошибки и намечая путь дальнейшей борьбы с ним.

Основываясь на изучении каждого отдельного случая и их совокупности, на желании отметить и дать соответствующую оценку наблюдаемым симптомам и применяя индивидуальный подход к разработке указанной темы, мы надеялись получить хоть несколько ценных штрихов и сдвинуть дальше с мертвой точки очень многие вопросы неразрешенной проблемы. Отсюда станут понятными предложенные многими авторами их схемы для изучения; но часто своеобразная клиническая картина не укладывается в готовые рамки; приходится с большей степенью достоверности, сообразуясь со своим опытом и сложившимися условиями работы, создавать еще новые—другие. Коллективное изучение всего имеющегося материала по раку и создаст точное и обоснованное суждение к дальнейшей борьбе с ним. Изложенное послужило стимулом к проработке 203 стационарно проведенных случаев раковой болезни (3,4%) из 6000 всех хирургических больных, прошедших с 1923 г. по 1917 год включительно.

Артемовский округ имеет огромное число рудничных и сельских больниц, где почти в каждой оперируют. Заведываемое мною хирургиче-

ское отделение обслуживает своей помощью больных-рабочих, служащих и их семьи, отбираемых и направляемых врачебно-контрольными комиссиями с периферии и городской поликлиникой. Рабочая больница своей амбулатории не имеет. Врачи поликлиники и периферии не являются штатными врачами больницы. Таким образом отбор 203 больных всецело ложится огромной моральной ответственностью на врачей, которые, надо полагать, хорошо осведомлены, что нет при раке никакой иной терапии, кроме операции, а промедление—смерти подобно.

Разбор суммарных наблюдений и отдельных случаев расположен по топографо-анатомическим областям.

I. Кожа—носа, щеки, подбородка, спины, бедра. Мужчин—13, женщин—4, процентное отношение к общей сумме—0,34. Возраст от 39 до 54 лет. Канкроид, с исключительным преобладанием у мужчин, (83%) иссекался пластическими методами.

II. Нижняя губа. М.—28, ж.—2(0,6%). Возраст от 38 до 61 года. Чаще всего поражалась левая половина губы. В этиологии можно отметить у большинства курение через трубку. Обычный метод клиновидного иссечения (24 сл.) в 4-х случаях с дополнительной пластикой и опростанием подчелюстных желез (20) дал в 3-х случаях дважды рецидив. В остальных пяти случаях, представивших очень тяжелую разросшуюся форму поражения, где об иссечении не могло быть и речи, была произведена нерв-эктомия нижнего челюстного нерва последовательно с обеих сторон с резко заметным эффектом: уменьшение распада, исчезновение болей и, в зависимости от этого, поднятие общего биотонуса. Повторная ревизия через 4—6—9 месяцев у 3-х явившихся подтвердили остановку процесса, нарастание сил. После достаточно „радикальной“ термокаутизации больные были опущены. Сведения от одного через год: „все раковое поражение выпало, на его месте большая чистая раневая поверхность“.

III. Язык. М.—1. Операция по Bergmann'у. Спустя 4 месяца письмом сообщил о полном жизненном благополучии.

IV. Гортань. М.—1 с проростанием надключичных, подмышечных желез.

V. Грудная железа. 26 случаев—0,52%, возраст от 43 до 63 лет с первичным поражением, без рецидивов и видимых метастазов. Учитывая степень разрастания для правильной классификации поражения, явилась возможность составить таблицу.

Группа	Характер опухоли	Случаев.
I	Величиной 1—2—3-х сант., не спаянной с кожей .	14
II	Быстро растущей, спаянной, со множественными подмышковыми увеличенными железами	8
III	Величиной с яйцо и больше, уже неподвижной с поражением подмышковых и надключ. желез.	4

Очевидно, что большинство больных (свыше 50%) обратилось своевременно за помощью, в то время как у 4-х больных были почти все

противопоказания к операции. Необходимо отметить, что у 2-х больных из 3-й группы была плотная, бугристая, неподвижная опухоль с огромными пакетами желез в подмышечных, надключичных и подчелюстных областях с соответствующими явлениями прорастания в легкое и полной хахексей.

Положительным очень важным диагностическим признаком при наличии подвижного узла является отсутствие возможности полного его прощупывания (инфильтрирующий рост). Neugebauer и Dietrich считают постоянные физиологические изменения во всем периоде жизни грудной железы достаточным предрасположением к раку. Так, на разбираемом материале поражение было у замужних в 8⁰/₀, у кормивших 79⁰/₀, после перенесенных травм 0,1⁰/₀, маститов—3⁰/₀. Очень интересуюсь вопросом влияния травмы на происхождение опухоли, нельзя было с достоверностью установить этот факт, ибо травма не всегда фиксировалась в памяти больной, не всегда точно in loco возникала опухоль, а промежуток времени от получения механического инсульта до обнаружения узла точно не устанавливался. Послеоперационный период длительностью до 16 дней с применением больших доз хлористого кальция per os и интравенозно, усиленного питания и при раннем вставании не дал никаких осложнений.

Из полученных 14-ти ответов установлено: три смерти (11,5⁰/₀) спустя 6—20—26 месяцев после выписки из отделения и два рецидива в рубце.

VI. Пищевод. М.—6, ж.—1. (0,14⁰/₀). Возраст от 43 до 61 г. Группировка по социально-экономическому положению; шахтеров—5, чернорабочих—1 и домохозяйек—1. Все больные отмечали питание наспех горячей пищей, особенно чаем, много выпивали самогону и водки, курили с малых лет. Инфекционными болезнями, туберкулезом и сифилисом никто из них не болел. При исследовании желудочный зонд наткался на препятствие на расстоянии 25—30 сан. от края резцов (средняя и нижняя треть пищевода). Прогрессирующее исхудание, общая резкая слабость, постепенное затруднение в прохождении пищевого комка, особенно мяса, заставляли больных искать помощи, и в хирургическое отделение они поступали спустя 4—8 недель после приема уже исключительно жидкой пищи (в одном случае ежедневное питание состояло лишь в нескольких глотках воды и чаю, часто возвращаемых обратно рвотными движениями с облегчением болевых ощущений).

Считая гастростомию операцией паллиативной, временно поддерживающей соматическую деятельность и укрепляющей психическое равновесие, давая этим дальнейшее возможное максимальное существование больному, называя ее операцией „необходимости“, мы произвели эту операцию по Haecker-Frank-Wietzel'ю пяти больным под местной анестезией. Спустя 14—18 дней оперированные выписывались. Имеются сведения о троих, что жизнь их после выписки была продлена до 18—46—73 дней. Осложнения в послеоперационном периоде в виде гипостатической пневмонии, паротита быстро исчерпали весь жизненный ресурс у двух оперированных...

VII. Желудок. М.—33, Ж.—9. (0,84⁰/₀). Возраст от 35 до 60 лет. В анамнезе имели огромное значение внезапное появление болей у пожилых, „здоровых на вид людей“, резкое падение аппетита, веса, кото-

рые являются продромальными вестниками приближающейся опасности. Дальнейшие клинические наблюдения и лабораторные исследования обычно подтверждали диагноз. Для последнего одного какого-либо патогномического признака установить нельзя было, тем не менее наличие основных симптомов постоянно подтверждалось положительным результатом. Прощупать опухоль можно было далеко не во всех случаях. Крайне путанную клиническую картину со сложным симптомокомплексом представляет так называемый „острый рак“. Счетовод, 35-ти лет, пользовавшийся всю свою жизнь завидным здоровьем, последние три недели чувствовал незначительные боли в верхней половине живота. Очувтившись совершенно случайно в рентгено-кабинете, попросил его посмотреть. Найдена огромная опухоль на большой кривизне желудка. Дальнейшее подробное исследование не дало достаточно опорных данных на наличие рака. На операции: „большая кривизна и задняя стенка желудка с переходом к привратнику заняты раковой опухолью, метастазы в печень, небольшой асцит, головка поджелудочной железы тверда“. Спустя 4 недели при резко прогрессирующих симптомах кахексии— смерть.

Согласно взгляда воздерживаться от радикальной операции при наличии сращений с близлежащими органами, ввиду очень малого $\frac{0}{10}$ даже относительного успеха, применялась гастроэнтеростомия по Брауну, Ру и преимущественно по Петерсону с короткой петлей, давая длительное и значительное облегчение: все 26 оперированных выбыли с резким улучшением из отделения, однако 4 резекции по Бильрот II дали всего лишь на $\frac{1}{2}$ года успех.

Имеются сведения от 12-ти оперированных сроком 1—2 $\frac{1}{2}$ г. об их работоспособности.

VIII. Брюшная полость. Печень. М.—14, Ж.—3 (0,34%). Возраст от 41 до 58 лет. 12 пробных чревосечений выявили в 8-ми случаях точную топическую диагностику, каковая без них, за отсутствием целого ряда симптомов (скрытая форма), была совершенно невозможна; как деталь, надо отметить преимущественное и большое поражение левой доли печени. Оперированные случаи, как и пять консервативно проведённых, представляли собой уже далеко зашедшую форму распространения. Сведений от выбывших нет.

IX. Почка. Ж.—1. Через Симоновский разрез удалена в 5 $\frac{1}{2}$ фунтов раковая опухоль с очень малым участком почечной ткани. Спустя 4 месяца метастаз в печень, позвоночник. (Описан случай во Врачебн. газете, 1927 г., № 15).

X. Матка. Больных—49. (0,9%). Возраст 32—61 гг. Все рожали от 2-х до 6-ти раз, большинство отмечало тяжелые роды, требовавшие врачебного вмешательства с последующим длительным послеродовым периодом. Интересно отметить, что у всех больных пролябирования половых частей не было. Рак тела матки, имея разнообразную и подчас скрытую симптоматиологию, был диагностирован 11 раз у совершенно внешне здоровых и цветущих женщин. Остальные 14 женщин, будучи присланы для операции по поводу кровянистых выделений, нарастающих болей в пояснице и наличия наступающей кахексии, имели значительное поражение тела матки даже с ее иммобильностью. При самом подробном и тщательном исследовании органов малого таза не всегда

удавалось точно установить степень и размер поражения. Так, например, в 6-ти случаях при чревосечении выяснился характер разлитого процесса и пришлось ограничиться только перевязкой обеих подчревных артерий; в одном случае поражения шейки при вагинальном удалении, при кажущейся мобильности матки, вывихнуть ее целиком не представлялось возможным, удаление было произведено кускованием. Удаление матки производилось расширенным брюшным путем и через влагалище, причем 20 операций через последнее протекли совершенно безболезненно под спинно-мозговой анестезией при отсутствии осложнений, как во время, так и после них. Применяемая, как паллиатив, перевязка обеих подчревных артерий, дала за 2½ года наблюдения в 9-ти случаях не лишние интереса результаты: из заполненных 4-х анкет: больные по сие время работают в своем домашнем обиходе, выделения незначительны, боли исчезли. У них вскоре после операции выделялось около 3-х месяцев много сгустков, кусков ихорозной ткани, гною, а затем постепенно явления проходили. Рентгеноблучивание дважды, оварин, хлористый кальций, последовательно примененные, быстро и заметно укрепили силы. На 49 случаев 10 не оперировалось ввиду наличия всех веских противопоказаний даже для применения обезболивания, 3 из них вскоре умерли после поступления в отделение.

На 39 операций—смертных исходов (15,4%) от операционного шока, наркоза, пневмонии, рожи, разлитого перитонита. Имеются сведения от 8-ми больных, оперированных вагинально или чревосечением при начальной форме поражения, о полном благодеянии их (операции 1924—25 гг.).

XI. Прямая кишка. М.—9, ж.—1 (0,2%). Возраст от 45-ти до 54-х лет. Три случая, направленных с периферии для операции по поводу геморроя, представляли раковую распадающуюся язву с местной воспалительной инфильтрацией, что делало операцию по Kraske очень затруднительной. По мере очищения раневой поверхности 4-м оперированным была произведена вазэктомия с обеих сторон, давшая заметный эффект в смысле быстрого гранулирования раны, усиленного аппетита и прекрасного эвфорического самочувствия.

XII. Промежность. У чернорабочего 57-ми лет шов промежности занят, повидимому, первичной раковой опухолью в виде цветной капусты, так как очень тщательное повторное исследование других органов не дало никаких ни субъективных, ни объективных данных. Широкая ампутация до подлежащих мышц, опростание лимфатических желез обеих паховых областей и Скарповских треугольников. Спустя 10 дней выбыл (анкета вернулась за нерозыском адресата).

XIII. Половой член. Хлебороб, 51 года, имел на правой половине головки инфильтрирующий скirr. Ампутация у корня с кожей пластичкой; предварительно широкое удаление регионарных лимфо-желез. Послеоперационный период—17 дней. Ввиду общей слабости и психической депрессии подкожно спермин и мышьяк. Последующих сведений нет.

По изложенному становится очевидным, что рак поражает преимущественно цветущий и рабочий возраст, не имея особо избирательного отношения к полу, по частоте в последовательном порядке поражение встречается у мужчин: в желудке, на нижней губе, коже, в брюшной по-

лости, прямой кишке, пищеводе; у женщин: в матке, грудной железе, желудке, коже, нижней губе, брюшной полости.

Плохо обстоит дело с ранней диагностикой и в особенности с применяемыми методами консервативного лечения, от которых и по сей день многие не отрешились. Надо точно и всесторонне изучать не только жалобы больного, учтя его образ жизни и конституцию, но и выявить подчас скрытый симптомокомплекс. И окраска кожи, и едва намечающиеся объективные признаки,—все это симптомы рельефные, сигнализирующие о надвигающейся опасности.

Как известно, об этиологии рака существует много гипотетических теорий, подчас недостаточно обоснованных. По Lubarsch'y „проблема рака—в количестве, силе, продолжительности раздражения“. Подробные анамнез и изучение быта жизни у курящихся больных складываются почти всецело в пользу умеренной, часто повторяющейся травмы, как этиологического момента.

Район, местожительство, квалификационная работа в Донбассе, по-видимому, не являются характерными факторами. Так как раком заболевают работники умственного и физического труда в его легких и напряженных формах, то надо полагать, что заболевание это является делом не избранной профессии или личности, а общества. Каждый случай рака имел свойственные ему биологические особенности. Например, большая раковая язва нижней губы со множественными метастазами в близлежащие регионарные железы не сопровождалась никакими расстройствами при общем хорошем самочувствии больного; или, в периоде резкой кахексии, при отсутствии объективных признаков, найден в брюшной полости только один ограниченный раковый узел на малой кривизне желудка; или у прекрасно-ухоженной, жизнерадостной женщины при явлениях незначительной меноррагии найден разлитой проросший рак матки и ее придатков с метастазами в печень. И прав Handley, когда пишет, что „каждая разновидность первичной опухоли имеет свою специальную метастатическую географию“.—Вот почему оперативные мероприятия должны складываться не только в удалении пораженных участков и подлежащих вблизи здоровых тканей, но и в полном тщательном извлечении всех регионарных лимфо-желез.

Операцию нужно обставить с исключительной предусмотрительностью в смысле асептики, опытной ассистентуры и наркотизатора, чтобы в кратчайшее время, с наименьшей травматизацией проделать ее четко и точно. Лишняя капля хлороформа-эфира, лишние минуты на лигатуры и швы, накладываемые только одним оперирующим, имеют огромное значение не только в послеоперационном периоде, но и для предстоящего восстановления жизненных сил оперированных. Им в их домашней обстановке необходимо применять последовательно самую широкую терапию для поднятия гемостатуса, разгрузить от тяжелой, напряженной работы, создать условия жизнерадостного созерцания своих оставшихся дней..

Интересуясь ближайшими и отдаленными результатами операции, каждый больной подробно инструктировался о важности симптомокомплекса, ожидающего его, о необходимости подробного осведомления всецело в его интересах. Кроме того, нами была произведена анкета, которая дала 45 ответов (24%), частью через врачей районных боль-

ниц, частью от самих больных. К сожалению, как среди врачей, так и в широких массах населения еще не выработалось уважения к заполнению анкет, а также отсутствует сознание в необходимости осведомления заинтересованного лечебного учреждения для составления определенных выводов и дальнейших мероприятий.

К чему свелись наблюдения?

1. Широкие массы населения, врачи на местах, больные в хирургических отделениях должны быть подробно и исчерпывающе осведомлены о биологии рака, о наличии только одной оперативной помощи, которая часто ввиду запущенности или нераспознавания является бесполезной.

2. Фельдшерскому персоналу, обслуживающему самостоятельно медпункты и амбулатории, необходимо преподавать специальные познания по диагностике и профилактике рака.

3. Необходимо обращаться при первых, даже мало существенных симптомах к врачу-специалисту.

4. Изучение сочетанного биокомплекса всех условий при раковом поражении выявляет не казуистику, а устанавливает общую закономерность генеза его.

5. Ранняя диагностика и своевременная операция, систематическое наблюдение за оперированными больными, по мере сил санкультипросвещение составляют основные факторы в работе хирурга в деле борьбы с раком.

6. Повышение его личных квалификационных познаний по методологии рака дает, несомненно, лучшую постановку в дальнейшей деятельности.

7. Чем реже рецидив, отдаленнее по времени метастаз, продолжительней жизнь оперированных, тем больше достоинства в применяемом методе операции и в раннем распознавании.

8. Расширенные оперативные методы при обязательном наличии высоко-развитой техники дают лучшие результаты, чем удаление самого ракового узла.

9. Любой метод операции, при соответствующем локальном поражении, требует большого навыка, разработанной четкой техники и точных топографо-анатомических знаний.

10. Необходима однотипная анкета для получения уже имеющегося и предстоящего статистического материала по раку с обращением особого внимания на жизненные факторы, конституцию, наследственность, методы операций и их результаты.

Из Государственного акушерско-гинекологического института НКЗ в Ленинграде.

Фибромиомы в послеродовом периоде.

Проф. Л. И. Бубличенко.

Хотя фибромиомы служат причиной стерильности, по многим авторам в 20—30% и даже более, наступление беременности при этом заболевании представляется далеко не исключительным явлением. По ма-