

Къ вопросу о туберкулезѣ языка и его лечение.

Д-ра В. Л. Бормана.

Нѣтъ ни одного страданія среди ихъ безконечной цѣпи, которое столько-бы приковывало къ себѣ неослабляющаго и по сіе время вниманія со стороны патологовъ и клиницистовъ, какъ туберкулезъ во всѣхъ его проявленіяхъ.

По мѣрѣ того, какъ совершенствуется техника изслѣдованія, какъ появляется ученіе о живомъ началѣ болѣзней, наши знанія объ инфекціи вообще, а такъ-же о туберкулезѣ въ частности, становятся день ото дня точнѣе; въ это-же время и діагностика пріобрѣтаетъ болѣе твердую почву, а вмѣстѣ съ этимъ измѣняются и оперативныя показанія, которыя примѣнялись въ томъ или иномъ случаѣ.

Поводомъ къ этому сообщенію послужили три случая туберкулезнаго пораженія языка, наблюдавшіеся за одинъ годъ въ Фак. Хир. клиникѣ (1901/2 г.). У всѣхъ трехъ больныхъ было примѣнено однообразное хирургическое лечение; конечно, это даетъ имъ извѣстную цѣну, имѣя въ виду еще нѣкоторую продолжительность послѣдующаго наблюденія.

Туберкулезное пораженіе языка—заболѣваніе далеко неповседневное. Willigk (Prager Vierteljahresschrift XIII; цит. по Körte: Deutsche Zeitschrift für Chir. B. II) за пять лѣтъ на 1317 туберкулезныхъ труповъ встрѣтилъ лишь 2 раза туберкулезъ языка.

Повидимому, первымъ, описавшимъ туберкулезъ языка, былъ Morgagni (Schliferowitsch: Deutsche Zeitschr. für Chir., B. 26, S. 528), сообщившій о двухъ случаяхъ этого заболѣванія, изъ которыхъ одинъ принадлежитъ ему, а другой Laurentius'a Marianus'a. Но дѣло въ томъ, что намъ неизвѣстно, что понималъ маститый ученый подъ именемъ „Tubercul“; поэтому его сообщеніе не имѣетъ полной цѣны.

Затѣмъ, считаемъ нелишнимъ привести имена авторовъ, болѣе или менѣе подробно писавшихъ о данномъ заболѣваніи: Portal

(1804 г.), Louis (1825 г.), Schuh (1854 и 1867 г.), Paget (1858 г.), Bouzenef (1858 г.), Scholermann (1861 г.), Wagner (1862 г.), Virchow (1864 г.), Stromeyer (1864 г.), O. Weber, Paulicki (1867 г.), Brochin (1869 г.), Trélat (1867 г.), Bourcheix (1870 г.). Въ 1872 г. сообщенія Feréol'я, Ssambert'a, Enteneuer'a. Bousquoу; въ 1874 г. Baudon, Raynayd, Lanceraux, Laboulbene, Chauvin, затѣмъ Lambert, Küssner, Körte, Ranke, Nodofpil и др.! l. c. Schliferowisch.

Въ русской литературѣ мы нашли на интересующую насъ тему работы: проф. Любимова и д-ра Плюшкова (Дневникъ Каз. Общ. врачей, № 16, 1886 г.), д-ра Орлова (Врачъ 1887 г., № 40 и 41), д-ра Введенскаго (Мед. Обзор. № 3, 1895 г.) и д-ра Заболотскаго (Мед. Обзор., № 22, 1891 г.).

Относительно причины туберкулезнаго процесса писать много не приходится; благодаря работамъ Koch'a, это уже твердо установлено: причина бактеріальная, олицетворяющаяся въ видѣ туберкулезной бациллы; слѣдовательно тамъ, гдѣ она будетъ констатирована, процессъ долженъ быть признанъ туберкулезнымъ.

Хотя еще задолго до открытія Koch'a патологи умѣли вѣрно при микроскопическомъ изслѣдованіи діагностировать туберкулъ, да и клиницисты имѣли кое-что въ рукахъ, помогающее имъ выдѣлить туберкулезъ, какъ отдѣльную болѣзненную форму. Тѣмъ не менѣе теперь при помощи микроскопа и бактеріологическаго изслѣдованія мы можемъ ставить діагностику почти съ математической точностью. Въ современной клиникѣ различаются двѣ формы туберкулезнаго заболѣванія языка: 1) т. н. узловатая форма туберкулеза и 2) язвенная; въ сущности, если глубже вникнуть въ это раздѣленіе, мы должны будемъ признать единство заболѣванія и констатировать лишь объемную разницу. Въ первомъ случаѣ происходитъ развитіе въ паренхимѣ языка туберкулезной инфильтраціи съ образованіемъ узла, во второмъ—мы усматриваемъ массу мелкихъ т. н. милиарныхъ бугорковъ, сливающихся, затѣмъ изъязвляющихся и ведущихъ къ той клинической формѣ, которая извѣстна подъ именемъ „ulcus tuberculosum“.

Для клиники это раздѣленіе имѣетъ практическій интересъ, потому что, какъ мы это дальше увидимъ, наблюдается разница въ предсказаніи при лѣченіи той и другой формы заболѣванія. Для иллюстраціи этого дѣленія мы позволимъ себѣ привести случай, опубликованный Euteneuer'омъ (цит. по Schliferowitsch'y).

Мужчина 54 л., здоровый съ виду, женатъ, имѣетъ здоровыхъ дѣтей. Lues отрицаетъ.

За 6 недѣль до посѣщенія клиники, замѣтилъ маленькую явочку на лѣвомъ краю языка, а на нижней поверхности языка опухоль, величиной съ волоockій орѣхъ. Въ клиникѣ констатиро-

вали опухоль, покрытую неизмѣненной слизистой оболочкой. Боли были, какъ отъ язвочки, такъ и отъ опухоли. Изслѣдованіе послѣ операціи указало на туберкулезъ.

Заживленіе быстро наступило, но тѣмъ не менѣе больной умеръ отъ пораженія легкихъ.

Второй случай сообщенъ проф. Albert'омъ (Wiener Med. Presse, № 2. 1877 г.).

Къ профессору обратился помѣщикъ, 60 л., съ письмомъ отъ мѣстнаго врача. При осмотрѣ больного оказалось: на языкѣ узелъ величиной съ бобъ, изъязвившійся на своей поверхности. Больной уѣхалъ домой, не подвергаясь операціи; черезъ 4 недѣли онъ возвратился—за это время узелъ увеличился разъ въ 5. Около перваго изъязвленія появились новыя, поверхностныя язвочки. Лимфатическія железы не были поражены. Опухоль удалена гальвано-каустическимъ ножомъ.

Черезъ 6 дней больной, при прекрасно заживающей ранѣ, умеръ.

Вскрытіе показало эмболию arteriae pulmonalis, туберкулезную инфильтрацію верхушекъ и каріозный процессъ въ луче-запястномъ сочлененіи.

Типъ туберозной бугорчатки, судя по казуистическому матеріалу, несомнѣнно, гораздо менѣе распространенъ, чѣмъ т. н. язвенная форма.

При анализѣ литературнаго матеріала, мы получаемъ указаніе на тотъ фактъ, что обѣ формы находятся въ тѣсной связи, а именно: при извѣстныхъ условіяхъ узелъ можетъ распадаться, давая язву, или язва пріобрѣтаетъ на столько выраженное затвердѣніе и инфильтрацію краевъ и основанія, что невозможно категорически рѣшить, что было ея почвой?

Не лишено значенія происхожденіе язвы, т. е. является-ли она первичнымъ или вторичнымъ заболѣваніемъ, сопутствующимъ туберкулезному процессу въ томъ или иномъ мѣстѣ организма, чаще всего легочному пораженію.

При появленіи туберкулеза языка, какъ первичнаго страданія, способъ зараженія далеко не всегда вполне очевиденъ, хотя разумѣется ясно, что нарушеніе ціюсти покрововъ должно быть предварительнымъ актомъ для поступленія заразы въ глубь тканей. Это подтверждается наблюденіями, опубликованными изъ русскихъ авторовъ проф. Любимовымъ, д-ромъ Плюшковымъ и д-ромъ Введенскимъ.

Тоже самое должно быть цѣликомъ перенесено и на вторичный туберкулезъ языка, гдѣ заразное начало всегда имѣетъ пребываніе во рту больного (при туберкулезѣ легкихъ), нужна лишь благоприятная почва для ея мѣстной прививки, что травма и соз-

даетъ. При собираніи анамнеза у больныхъ мы въ большинствѣ случаевъ это уловить не въ состояніи.

Д-ръ Орловъ въ выше приведенную классификацію вводитъ, на нашъ взглядъ, очень важную поправку: онъ прибавляетъ 3-ю группу, гдѣ вторичная бугорчатка появляется при скрыто-протекающемъ легочномъ процессѣ, а, слѣдовательно, немало времени можетъ пройти, прежде чѣмъ истина обнаружится и процессъ, который у насъ шелъ за первичный и болѣе благопріятный для больного, становится лишь корреспондирующимъ заболѣваніемъ, дающимъ далеко не отрадный прогнозъ.

На основаніи всего выше сказаннаго мы должны быть чрезвычайно осторожны при внесеніи заболѣванія въ ту или другую рубрику, а также и предусмотрительны въ своихъ предсказаніяхъ.

Нужно напомнить, что туберозная форма встрѣчается гораздо рѣже язвенной; и первичный туберкулезъ языка—неизмѣримо рѣже вторичнаго заболѣванія. Сошлемся на цифры, собранныя д-ромъ Введенскимъ.

Изъ 105 случаевъ туберозная форма указана у 16 больныхъ, остальное падаетъ на язвенное пораженіе языка. Просматривая казуистику, собранную у Körte (*Deutsche Zeitschr. für Chir.* B. VI), Ranke (*Deutsch. Zeitschr. für Chir.* B. VII) и Schliferowitch'a (l. c.), лишь очень немного встрѣчаемъ случаевъ, гдѣ процессу въ языкѣ не сопутствовало-бы соотвѣтствующее заболѣваніе въ какомъ-либо другомъ органѣ и, такимъ образомъ, мы видимъ превалированіе вторичнаго пораженія надъ первичнымъ.

Для уясненія распространенія даннаго заболѣванія по возрастамъ, приведемъ таблицу, взятую изъ той-же статьи д-ра Введенскаго (l. c.): самый молодой возрастъ отъ 18—19, далѣе

Л.	Л.	Сл.	Муж.	Женщ.
22—25	6.	5.	3.	
26—30	7.	4.	3.	
32—35	6.	5.	1.	
36—40	10.	9.	1.	
41—45	7.	7.	—	
46—50	12.	12.	—	
51—55	8.	7.	—	
56—63	5.	5.	—	
„ —65	3.	3.	—	
„ —68	1.	—	1.	
„ —70	1.	1.	—	

Мы видимъ, что заболѣваніе поражаетъ преимущественно мужчинъ; что-же касается возраста, то ясно, что ни сѣдая старость, ни юность не застрахована.

На основаніи изслѣдованія исторій болѣзни, собранныхъ нами изъ литературы, попробуемъ начертать приблизительную клиническую картину туберкулезнаго пораженія языка.

Начнемъ съ язвеннаго туберкулеза.

Почти безъ исключенія больные обращаются за помощью къ врачу уже въ періодъ полного расцвѣта язвеннаго процесса, первые-же его стадіи обыкновенно подвергаются т. н. „домашнему леченію“ и къ врачу идутъ или потому, что болѣзнь затянулась, или чаще изъ-за болей, которыя могутъ нарушить весь жизненный строй.

Туберкулезная язва образуется изъ сліянія мелкихъ туберкуловъ съ послѣдующимъ ихъ изъязвленіемъ; очертанія такой язвы имѣютъ самый прихотливый, неправильный контуръ. При обыкновенно протекающей бугорчаткѣ мы не замѣтимъ инфильтраціи дна язвы и ея краевъ, которые бахромчаты и слегка красноваты; дно язвы сравнительно мало углублено, покрыто сѣровато-желтымъ налетомъ. Когда снимемъ налетъ, мы увидимъ блѣдныя вѣлыя грануляціи.

Въ краяхъ и по периферіи изъязвленія мы находимъ иногда узелки желтовато-сѣраго цвѣта, величиной съ булавочную головку, заложеныя подъ эпителиемъ и какъ-бы просвѣчивающіе чрезъ него.

Величина язвы можетъ колебаться въ широкихъ предѣлахъ, и количество изъязвленій не можетъ быть опредѣлено. Таковъ вѣншній видъ язвы, такъ сказать, при нормальномъ ея теченіи. Въ клиникѣ часто встрѣчаемъ тѣ или другія уклоненія, которыя, маскируя истинную природу болѣзни, создаютъ немало діагностическихкихъ затрудненій.

У язвы измѣняются края: принимаютъ твердую консистенцію и приподнимаются валикообразно; дно становится хрящевато твердымъ. Словомъ отъ типичной язвы ничего не остается, что могло-бы говорить о ея происхожденіи. Измѣненія эти зависятъ отъ совершенно неумовимыхъ для насъ причинъ.

Излюбленнымъ мѣстомъ для развитія туберкулезныхъ язвъ служатъ: нижняя поверхность языка, вершинка и его края. Язвенный процессъ захватываетъ лишь толщу слизистой оболочки, не заходя глубже ея.

Противуположность представляетъ туберозная форма, выражающаяся появленіемъ твердой опухоли или узла съ твердымъ основаніемъ; изъязвленіе опухоли не заставляетъ себя долго ждать—получается язва вполнѣ сходная съ обыкновенной туберкулезной язвой.

Неизъязвившійся узелъ имѣетъ синеватый оттѣнокъ; величина узла колеблется въ самыхъ широкихъ предѣлахъ. [Gade (Virchow's Jahresber. B. II, 1884 г. реф.), Albert (l. c.)]. Мѣсто локализациі узла тоже, что и при язвенномъ туберкулезѣ.

У Duplay и Reclus (Duplay et Reclus, т. V, стр. 280) туберозная форма описана подъ названіемъ „Tubercules caséux profonds“.

„Туберкулезный узелъ представляется заложеннымъ въ толщѣ языка, изолированнымъ, небольшимъ по величинѣ, увеличивающимся безъ реакціи со стороны окружающихъ тканей и безъ боли, чаще единичный, но Barth видѣлъ и нѣсколько. При нѣкоторыхъ условіяхъ узелъ размягчается, даетъ флюктуацию и, вскрывшись, оставляетъ послѣ себя свищъ“.

Въ клиникѣ за прошлый академическій годъ намъ пришлось наблюдать три случая пораженія туберкулезомъ языка—два у мужчинъ и одинъ у женщины.

Случай I.

Время поступленія 24 апрѣля 1902 г.

Выписанъ 9/v 1902 г.

Больной, мужчина высокаго роста, достаточнаго питанія; указываетъ на отсутствіе какой-либо наслѣдственности. На 22 году болѣлъ тифомъ; теперь больному идетъ 42-ой годъ. Живать, занимается хлѣбопашествомъ.

Во внутреннихъ органахъ не было замѣчено отклоненій отъ нормы.

Больной указываетъ на изъязвленіе на языкѣ и на тѣ боли, которыя оно причиняетъ.

Данное заболѣваніе началось 1 годъ тому назадъ; больной на кончикѣ языка замѣтилъ „бѣлый пузырекъ“. Пузырекъ прорвался, осталась язва и стала постепенно увеличиваться. Мѣсяцевъ черезъ 8 язва достигла настоящей своей величины. Въ клиникѣ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, гдѣ онъ подвергался фототерапіи, появилась вторая язвочка на нижней поверхности языка. Бывала лихорадка.

Общій осмотръ больного ничего особеннаго не даетъ. На кончикѣ языка—язва, которая по лѣвому своему краю, повидимому, имѣетъ склонность къ рубцеванію, правый-же край подрытъ, основаніе язвы твердовато на ощупь; на нижней поверхности языка язва, величиной съ чечевицу, доходящая почти до уздечки; характеръ ея краевъ тотъ-же, что у язвы *in apice linguae*, твердости дна не замѣчается. Вся нижняя поверхность языка покрыта бугорками; въ нѣкоторыхъ замѣтно творожистое перерожденіе. Дно первой язвы выслано вялыми грануляціями, второй—углублено, края подрыты.

Діагнозъ: *ulcera tuberculosa linguae*.

Больному предложили операцію, на которую онъ и согласился съ готовностью.

26/IV. 1902. Операція. Произведено клиновидное изсѣченіе языка при мѣстной анестезіи 1% растворомъ сосаіп'а (3 грамм. шприца). Артеріа захвачены торсіонными пинцетами, обшиты (шелкъ). Нижняя поверхность языка сшита кѣгутумъ, на верхнюю 7 шелковыхъ швовъ.

Въ ниже-задній уголъ раны языка введенъ іодоформный выпускникъ.

27/IV. Культи языка сильно отекала. Полосканіе изъ раствора борной кислоты.

28/IV. Отекъ слабѣе, но рѣчь еще невнятна.

29/IV. Отекъ еще держится. Больной жалуется на дергающія боли въ языкѣ при кашлѣ. Полосканіе изъ 2% раствора перекиси водорода. Разрѣшена жидкая пища.

30/IV. Удалень выпускникъ, ранка припудрена іодоформомъ.

2/V. Сняты всѣ швы. *Prima intentio*. Линія шва смазана *t-ra iodi*. Мягкая пища.

5/V. Рана подъ языкомъ закрылась. Больной выписанъ.

Исслѣдованіе подъ микроскопомъ кусочка изъ препарата, полученнаго послѣ операціи, подтвердило діагнозъ.

Описанный случай характеренъ, и мы его привели для иллюстраціи типичной картины бугорчатаго процесса языка. Далѣе послѣдуютъ два наблюденія, гдѣ заболѣваніе, хотя и не имѣло выраженной внѣшности, тѣмъ не менѣе микроскопъ указалъ на полное его этиологическое сходство съ предъидущимъ.

Случай II.

Больной, офицеръ, 55 л., женатъ, средняго роста, посредственнаго питанія. Имѣетъ *fistula ani*, нѣсколько лѣтъ тому назадъ страдалъ плевритомъ. Со стороны внутреннихъ органовъ не представляется никакихъ уклоненій. Начало заболѣванія относить къ іюлю 1901 г., когда впервые замѣтилъ на языкѣ прыщикъ, который прорвался—образовалось изъязвленіе; оно не подживало, и почти не увеличивалось. Больному дѣлали прижиганіе ляписомъ.

Въ изъязвленіи по временамъ боли, преимущественно появляющіяся тогда, когда языкъ травмировался твердой пищей или задѣвалъ за зубы, да и то боль была далеко не всегда.

Слѣва на верхней поверхности языка, болѣе назадъ, имѣется продолговато-овальная язва, середина ея нѣсколько углублена и покрыта сѣроватымъ налетомъ, края слегка инфильтрированы, на ощупь нѣсколько тверже остальной ткани языка; все изъязвленіе занимаетъ пространство немного болѣе серебрянаго пятачка. По

окружности и въ близъ лежащихъ лимфатическихъ железахъ не замѣчается ничего особеннаго. Диагнозъ: *Ulc. tuberculosis*.

18 февр. 1902 г. съ мѣстной анестезіей *socain*'омъ произведено клиновидное изсѣченіе язвы. Клинь былъ не вполне симметрично удаленъ: его основаніе болѣе уклонялось въ сторону пораженія.

Швы. Полосканіе изъ 2% раствора *chl. hydr.*

21/II 1902 г. Состояніе раны прекрасное. Температура не повышалась. Полосканіе тоже.

24/II 1902 г. Сняты швы. *Prima intentio*.

25/II 1902 г. Выписанъ.

Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило діагнозъ ¹⁾.

Случай III.

Поступленіе въ клинику 16 ноября 1901 г.

Выписана 1 декабря 1901 г.

Больная 37 л., еврейка, замужняя. Четыре мѣсяца тому назадъ больная замѣтила на лѣвой половинѣ языка, близъ края, маленькій бѣловатый узелокъ, слегка чувствительный при дотрогиваніи; вскорѣ кругомъ появилось затвердѣніе.

Мѣсяца два спустя языкъ отекъ, что мѣшало говорить, пить и ѣсть. Подъ вліяніемъ леченія отечность пропала. Опухоль постепенно увеличивалась. Съ мѣсяцъ тому назадъ опухоль изъязвилась и кровоточить. Леченіе начато тотчасъ-же. Полосканіе борной кислотой, смазываніе чѣмъ-то вроде іода, пила какую-то микстуру по 3 столовой ложки въ день. Все безъ пользы. Опухоль въ настоящее время занимаетъ лѣвый край языка, отступя сант. на 2 отъ кончика, сант. 1½ въ длину и около 1 сант. въ ширину, заходитъ на нижнюю поверхность языка, гдѣ мѣстами разбросаны сѣровато-бѣлые узелки. Опухоль довольно твердой консистенціи, нерѣзко ограничена, съ явной наклонностью къ распаду. Больная не страдала инфекціонными болѣзнями. Въ лѣвой легочной верхушкѣ субкрепитирующіе хрипы, по всему легкому слышны мелко-пузырчатые хрипы. Притупленіе на лѣвой верхушкѣ. Отецъ больной живъ и здоровъ; мать умерла отъ родовъ. Больная имѣетъ 4 живыхъ дѣтей, 3-хъ похоронила маленькими. Въ прошломъ году былъ выкидышъ. Кожные покровы чисты. Питаніе умѣренное. Костно-мышечная система развита правильно.

¹⁾ 4-го октября 1902 г. земскій врачъ города Лаишева Д-ръ Васильевъ, наблюдавшій больного до операціи, осмотрѣлъ его теперь и сообщилъ о его полномъ здоровьѣ. Приношу мою искреннюю благодарность любезному товарищу за присланныя мнѣ свѣдѣнія.

17-го ноября 1901 г. операція. Хлороформный наркозъ. Языкъ оттянуть въ сторону пулевыми щипцами; сзади опухоли проведена провизорная лигатура. При надавливаніи на опухоль выдѣлилась капля гноя. Опухоль иссѣчена ножницами. Перевязаны 2 кровоточившихъ сосуда. Края раны сближены 5-ью шелковыми швами; снизу въ рану языка введенъ іодоформный выпускникъ. Последующее теченіе не представляетъ ничего особеннаго.

1/xii 1901 въ *diarium*ѣ помѣчено: рана рубцуется, остался лишь незначительный островокъ около 1 кв. с. Выписана для амбул. лѣченія ¹⁾).

Къ двумъ вышеприведеннымъ разновидностямъ прибавимъ еще третью: туберкулезный гнойникъ.

Въ литературѣ мы нашли сообщеніе Brun (*La France Med.* 1883 г., № 14, реф. въ *Centralbl. für Chir.* № 20, 1883 г.). Авторъ сообщаетъ случай, оперированный Pean'омъ, вскрывшимъ гнойникъ туберкулезнаго характера, величиной въ орѣхъ, расположенный въ правой половинѣ языка. *Membrana pyogonica* была выдѣлена, рана защита наглухо. Заживленіе *per primam*. De Brun указываетъ еще на случай Nedopil'a.

Достойно вниманія описаніе бугорчатки языка, сдѣланное König'омъ въ его *Общей Хирургіи* (König: *Общая хир.*, русск. п. 1891 г., стр. 680). König говоритъ: „На языкѣ она (бугорчатка) выступаетъ въ трехъ различныхъ видахъ: во первыхъ, въ видѣ плоской язвы одиночной, или множественной. Надо впрочемъ замѣтить, что относительно глубины язвы легко можно ошибиться: язва, хотя и плоска, но весь языкъ распухаетъ, и со дна язвы идутъ въ глубину языка многочисленные свищи, выстланные бугорчатыми грануляціями. Вторая форма развивается въ видѣ отдѣльнаго, твердаго, различной величины узла, который въ скоромъ времени распадается по поверхности и можетъ представлять большое сходство съ ракомъ. Наконецъ при третьей формѣ, она развивается первично, въ видѣ множественныхъ, нѣсколько превышающихъ величину горошины, узелковъ, расположенныхъ по 4—5 или, хотя-бы, только по 2 въ самыхъ верхнихъ слояхъ языка, на подобіе четокъ, т. е. узелки, связанные между собою тонкими нитями бугорчатой ткани. Возможно, что они впослѣдствіи распадаются и оставляютъ послѣ себя язвы; но во всякомъ случаѣ они остаются ³/₄ года цѣльными, слѣдовательно заслуживаютъ упоминанія“.

Изъ сопутствующихъ явленій при туберкулезѣ языка, слѣдуетъ указать на боли, которыя бываютъ чрезвычайно измѣнчивы

¹⁾ Въ началѣ октября н. г. д-ръ Левинъ сообщилъ мнѣ, что больная теперь совершенно здорова. Приношу товарищу благодарность за свѣдѣнія.

по силѣ и времени, но, всетаки, не такъ интенсивны, какъ при ракъ. Характеръ болѣй самый разнообразный: первый нашъ больной описывалъ ихъ: „какъ будто по живому мѣсту волосомъ рѣзать“. Второй говорилъ, что боли имѣють саднящій характеръ и т. д.

Слюнотеченіе—второе явленіе, сопутствующее язвѣ, но оно вѣностоянно. У нашихъ больныхъ его не наблюдалось. Foetus ex ore бываетъ, хотя, тоже не всегда. Функція языка, какъ спеціального органа можетъ нарушаться значительно, если изъязвленіе или опухоль велики, и воспалительный процессъ глубоко захватываетъ ткани органа. Діагностика представляетъ изъ себя наиболѣе трудный отдѣлъ въ ученіи о туберкулезѣ языка. Въ литературѣ немало зарегистрировано случаевъ, гдѣ распознаваніе ставилось ошибочно корифеями медицинской науки. Для подтвержденія своихъ словъ сошлюсь на Volkmann'a, Albert'a, Körte и мн. др., гдѣ туберкулезъ языка смѣшивался съ ракомъ, саркомой, гуммой и т. п.

Для того, чтобы правильно разобраться, мы всегда должны имѣть въ виду тѣ заболѣванія, которыя могутъ поражать данную область. При дифференціальной діагностикѣ туберкулезного процесса на языкѣ находимся еще болѣе въ затруднительныхъ условіяхъ, зная полиморфизмъ интересующаго насъ пораженія. Должны быть въ виду lues, актиномикозъ, ракъ, саркома, жировая опухоль языка и, наконецъ, такъ называемые, glossitis interstitialis circumscripta.

Часто бываетъ смѣшеніе туберкулезного узла и язвы съ гумознымъ и карциноматознымъ пораженіемъ языка.

Имѣя въ памяти типичные, кардинальные признаки гуммы и рака, всегда можно съ извѣстной долей вѣроятности приблизиться къ истинному распознаванію.

Авторы, какъ старые, такъ и новѣйшіе (Körte, Albert, Schuh, Stromeyer, König, Schliferewitsch и др.), всѣ въ одинъ голосъ говорятъ, что микроскопъ лучшее орудіе въ рукахъ врача при діагностикѣ туберкулеза языка. И тѣ-же литературныя справки, и нашъ личный опытъ указываютъ, что микроскопъ не всегда даетъ опредѣленный, категорическій отвѣтъ.

Предъ нами сейчасъ лежитъ статья проф. Albert'a: я ее цитировалъ нѣсколькими страницами выше. Въ ней профессоръ описываетъ случай, гдѣ микроскопическое изслѣдованіе, произведенное безусловно компетентными людьми, не дало ему ничего, что помогло-бы правильно поставить діагнозъ; послѣдній былъ установленъ послѣ изслѣдованія препарата, полученнаго отъ операціи.

При обследованіи нами подъ микроскопомъ объектовъ, полученныхъ отъ второго больного, мы были поражены сильнѣйшимъ

разрощеніемъ эпителія ворсинокъ; весь его слой былъ во много разъ толще, чѣмъ обыкновенно; мѣстами попадались ворсинки съ туберкулами и на нихъ особенно утолщалась эпителиальная покрывка; подобное наблюдалъ Stetter (Archiv für Klin. Chir., B. LVI. H. 2), давшій заболѣванію имя Glossitis papill. et tubercul.

Желательно констатировать въ ткани присутствіе туберкулезныхъ бациллъ, во это къ сожалѣнію не всегда удается. По мнѣнію нѣкоторыхъ (Feurer'a) особеннаго значенія это не имѣетъ (Centralblatt für Chirurg. № 14. 1887 г.)

При распознаваніи туберкулеза языка имѣетъ важное значеніе изслѣдованіе внутреннихъ органовъ, въ особенности легкихъ. Осмотръ близлежащихъ лимфатическихъ железъ даетъ иногда указаніе на характеръ язвъ или узла. При канцерозномъ заболѣваніи процессъ быстро захватываетъ железы; при туберкулезѣ, если и увеличиваются железы, то все-таки онѣ остаются мягковато-эластичными и рѣзко отличаются отъ хрящевато-твердыхъ при ракѣ.

Осмотръ кожныхъ покрововъ и обслѣдованіе костной системы можетъ помочь распознать lues. Имѣетъ значеніе возрастъ, болѣе для діагноза рака.

Язва травматическаго происхожденія (отъ раздраженія острыми корешками зубовъ) иной разъ можетъ ввести въ смущеніе, но, если внимательно собрать анамнезъ и помнить о возможности ея возникновенія, удаливъ корешокъ, мы разрѣшимъ задачу, получивъ быстрое выздоровленіе.

Въ заключеніе все-таки придется сказать, что микроскопъ и бактеріоскопическое изслѣдованіе скорѣе, чѣмъ что-либо, приведетъ насъ къ истинѣ. Микроскопъ поможетъ исключить или признать актиномикотическое пораженіе, хотя на языкѣ оно встрѣчается очень рѣдко.

Относительно актиномикоза Albert въ своей діагностикѣ (стр. 75) пишетъ, что его можно распознать лишь путемъ исключенія. При діагностикѣ холоднаго (туберкулезнаго) гнойника въ языкѣ, нужно имѣть въ виду эхинококкъ и гумму; и лишь пункция и изслѣдованіе полученной жидкости можетъ дать опредѣленный отвѣтъ (Duplay et Reclus).

Итакъ, смѣло можно примѣнить къ словамъ проф. Albert'a, что діагностика заболѣваній языка представляетъ изъ себя труднѣйшую главу хирургіи.

Предсказаніе при туберкулезѣ языка находится въ тѣсной зависимости отъ вида заболѣванія: первичное или вторичное; отъ формы т. е. язвенная или узловатая бугорчатка и, наконецъ, отъ распространенности процесса; играетъ немалое значеніе и характеръ леченія.

Вопросъ о леченіи туберкулеза языка имѣетъ свою исторію, развивавшуюся соотвѣтственно исторической жизни хирургіи. Было время, и не такъ давно, когда всѣ лѣчебные приемы при туберкулезѣ языка ограничивали примѣненіемъ различныхъ химическихъ прижиганій (*argent. nitricum, cuprum, iodium* и др.), затѣмъ переходятъ къ пакелену и гальванокаустикѣ, которая начинаетъ употребляться не только для выжиганія язвъ, но и для безкровнаго удаленія частей языка, пораженныхъ заболѣваніемъ. Выскабливаніе язвъ острой ложечкой съ послѣдующимъ прижиганіемъ является довольно принятымъ лечебнымъ приемомъ, наконецъ, ампутація языка со швомъ на рану и безъ него. Наиболѣе радикальнымъ способомъ будетъ послѣдній; конечно, неменѣе дѣйствительно и отжиганіе гальвано-каустической петлей; но дѣло въ томъ, что заживленіе при отжиганіи тянется гораздо дольше, нежели при удаленіи пораженнаго органа ножомъ съ послѣдующимъ наложеніемъ шва;—это несомнѣнно огромное преимущество, имѣя въ виду, что приходится лечить людей и безъ того уже съ подорванными силами. Противники ампутаціи выставляютъ возможное зараженіе культи. Противъ этого въ принципѣ нельзя возражать, но практика указываетъ на противное, и теперь большимъ распространеніемъ пользуется ампутація, какъ способъ, дающій быстрое заживленіе. Показанія къ ампутаціи уже, чѣмъ при другихъ методахъ, и это обусловливается распространенностью процесса.

У Schliferowitsch'a приведено 88 случаевъ и, повидимому, кровавое удаленіе пораженнаго туберкулезнымъ процессомъ языка до 1887 г. не пользовалось особенной симпатіей хирурговъ, хотя, судя по таблицѣ результатъ, ни чуть не хуже, чѣмъ при какихъ-либо другихъ методахъ лѣченія.

Невольно наспрашивается вопросъ, не можетъ-ли послѣ каутеризаціи по отпаденіи струпа поверхность раны инфицироваться зараженной слюной при вторичныхъ формахъ туберкулеза языка. Мнѣ думается, что это вполне возможно. Шовъ на рану при ампутаціи—является неоспоримо желаннымъ, гдѣ это допустимо. Заживленіе происходитъ вполне удовлетворительно: это демонстрируютъ всѣ три наши случая и наблюденія авторовъ (изъ русскихъ Введенскій, Орловъ). Trélat (*Gazette des Hapitaux*, 1887. № 130) рѣшительно высказываетъ за операцію по тому-же способу, какъ и при опухоляхъ, разъ только діагнозъ установленъ.

Какъ оперировать: въ наркозѣ или съ мѣстной анестезіей? Это, думается мнѣ, должно быть согласовано съ обстоятельствами. Выгоднѣе, конечно, мѣстное обезболиваніе, которое легко достигается 2—3 грам. шприцами 1% раствора *sosain'a*.

Чрезвычайно важенъ вопросъ: нужно-ли оперировать при туберкулезномъ пораженіи языка, если ясно, что заболѣваніе вторич-

ное? На это можно отвѣтить лишь условно: нужно оперировать въ томъ случаѣ, если заболѣваніе такъ или иначе ухудшаетъ состояніе больного и мы удаляя очагъ, ставимъ этимъ самымъ организмъ въ болѣе выгодныя условія въ борьбѣ съ болѣзною. Это будутъ показанія условныя и леченіе носить характеръ палліатива. При первичномъ процессѣ операція можетъ дать радикальное излеченіе. Во всякомъ случаѣ, если только можно оперировать, мы должны оперировать, потому что никогда нельзя сказать съ увѣренностью, какаго характера предъ нами процессъ, т. е. вторичный или первичный.
