

и свищей, устье которых окружено бледными грануляциями, и выделяется туберкулезный гной. Эти случаи несомненно наиболее простые в диагностическом отношении. Иногда тбк грудной железы развивается вслед за тбк ребра.

Наш первый случай нужно отнести к фиброзно-индуративной форме, конечно в дальнейшем здесь мог бы образоваться казеозный распад.

Происхождение туберкулезной кисты во втором случае, нам кажется, возможно объяснить следующим образом. После развития туберкулезного узла, представляющего достаточно компактную ткань, наступил казеозный распад, узлы начали размягчаться. Размягчение узла и последующее гнойное расплавление вызвало реактивный воспалительный процесс в окружающей ткани, в результате которого произошло разрастание соединительной ткани. Эта ткань образовала как бы стенку кисты, конечно стенку не настоящую, а подобие ее, так как эпителиальной выстилки такая стенка не имеет. Таким образом, мы туберкулезную кисту в нашем случае относим к так называемым ремолиционным кистам, т. е. кистам от размягчения (e remollitione).

Что касается лечения туберкулеза грудной железы, то единого взгляда по этому поводу до настоящего времени нет, и нам кажется, что и быть не может в связи с многообразием патолого-анатомической и клинической картины. Как и при всяком туберкулезе в каждом случае необходимо общее лечение, соответствующий режим и условия, в которые должны быть поставлены больные. Что касается хирургического лечения, то Бренделе на 16 больных, у которых была произведена ампутация грудной железы по типу операции при раке, получил хорошие отдаленные результаты в 15 случаях и рекомендует такую операцию для всех случаев туберкулеза грудной железы. Той же точки зрения держатся Заблудовский и Кауфман, усматривающие в этой операции профилактику развития рака.

Несмотря на это, мы все же не можем согласиться с таким радикализмом, особенно в отношении молодых больных. Мы считаем, что лечение в каждом случае должно быть строго индивидуальным и, где это возможно, следует производить более щадящую операцию с последующим созданием для больной соответствующих условий труда и быта при обязательном врачебном контроле.

Поступила 31. III. 1939.

А. А. АЙДАРОВ

## О диагностике и лечении туберкулеза языка

Из 1-й хирургической клиники (дир. проф. Ю. А. Ратнер) Казанского госуд. ин-та усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Туберкулез языка редко встречается в клинической практике. Всего в мировой литературе описано около 400 случаев этого заболевания. В отечественной литературе мы нашли 25 сл. тбк языка, из них описали Гоберман 2 сл., Гершун 1 сл., Мельников 4 сл., Сороко 4 сл., Нодов 2 сл., Гуревич 6 сл., Рудой, Зебрин, Элькинд, Шнейдер, Потоцкий и Абрамович—по одному случаю.

По отношению к тбк легких тбк языка составляет по различным авторам от 0,14 до 3,75%; например, Мельников в 1925 г. по материалу Саратовского тубдиспансера на 3364 случая вскрытий нашел всего 4 случая тбк языка; Виллинг на 1317 вскрытий туберкулезных трупов нашел лишь в 2 случаях бугорчатку языка (цит. по Гуревичу). Эпштейн на материале Ленинградского онкологического института на 81 случай нераковых заболеваний языка среди стационарных больных за период с 1926 г. по 1934 год отмечает 18 сл. тбк языка.

За этот же период на стационарном материале Онкологического института Эпштейн приводит 192 случая рака языка. На нашем материале с 1923 по 1938 год наблюдалось 7 сл. тбк языка (и 20 сл. рака языка). По данным Эпштейна, отношение тбк языка к раку составляет 1:10,6).

Первичный тбк языка встречается очень редко. Большею частью это заболевание наблюдается у лиц, страдающих тбк других органов. (Деление на первичный и вторичный тбк языка весьма условно. О первичном тбк языка можно говорить с достоверностью только на основании вскрытия). Пути заражения языка туберкулезом различны. Заражение извне происходит при повреждении эпителия языка, чему часто способствуют кариозные зубы, травмирующие края языка. Вторичное заражение языка наблюдается чаще у лиц, страдающих тбк легких, выделяющих мокроту, богатую туберкулезными бактериями. Возможно попадание туберкулезной инфекции с поверхности кожи, напр., при волчанке. Наконец, не исключается возможность попадания тбк палочек гематогенным и лимфогенным путями.

На первый взгляд кажется удивительным, что у больных легочным туберкулезом так редко происходит заражение языка при таких, казалось бы, благоприятных условиях, как постоянное соприкосновение поверхности языка с туберкулезной мокротой.

Одни авторы объясняют это особенностью мышечного органа, покрытого устойчивым многослойным плоским эпителием. Басс видит причину этого в местном иммунитете языка к бактериальным инфекциям, а также в постоянных движениях этого органа, способствующих самоочищению.

Другие авторы придают большое значение обильной секреции слюны, постоянному наличию в ротовой полости паразитирующих сапрофитов, которые, по мнению некоторых, задерживают развитие тбк бактерий в полости рта.

Видимо, известную роль играет также местная алергизация ткани языка.

Диагноз туберкулеза языка представляется нелегким, в особенности при отсутствии признаков туберкулеза в других органах.

Дифференциальный диагноз тбк языка проводится главным образом с карциноматозными и сифилитическими язвами.

Туберкулезная язва окружена неправильными, почти всегда обрешенными краями. Дно язвы покрыто беловатосальными налетом. Однако, невозможно с уверенностью говорить о тбк по одному внешнему виду язвы. Большое значение при постановке диагноза играет наличие туберкулеза легких.

Немалое значение имеет также клиническое течение болезни. Боль-

шим подспорьем для диагностики являются биологические и серологические реакции. Решает диагноз биопсия пораженного участка.

Наш материал охватывает 7 случаев тбк языка за период с 1935 г. по 1939 год.

Мужчины заболевают гораздо чаще, чем женщины. По Фельдману на 5 мужчин приходится одна женщина, по Финней на 13 мужчин—2 женщины. На нашем материале на 6 мужчин—одна женщина.

Самому молодому больному было 28 лет, самому старому—66 лет. (По Корффу туберкулезу языка подвержены чаще всего мужчины 30—55 лет). Давность заболевания отмечена от нескольких месяцев до 2 лет.

По мнению многих авторов, кариозные зубы, плохие протезы и курение предрасполагают к развитию рака и тбк языка.

Множественные язвы языка, а также „целующиеся“ язвы, очень характерны для туберкулеза.

В двух случаях мы наблюдали множественные язвы, в трех—по одной язве и в двух—так наз. „целующиеся“ язвы—по краю языка и на соответственной стороне щеки.

В анамнезе у двух больных отмечено прикусывание языка во время еды, у 4—кариозные зубы, у одного—острые края зубов. Постоянная микротравма занимает в патогенезе тбк языка не последнее место. Как известно, никотину придается немалое значение в патогенезе рака и тбк языка. Все больные (мужчины)—курильщики.

Реакция Вассермана в 6 случаях была отрицательной, в одном случае кровь на RW не исследовалась.

Во всех случаях клинически, рентгенологически и лабораторно был установлен тбк легких. Следовательно, тбк языка в наших случаях надо рассматривать как вторичный.

Несмотря на значительные изменения в легких, больные не предъявляли жалоб и считали себя в отношении легких здоровыми.

Для подтверждения диагноза в 6 случаях произведена биопсия. Диагноз тбк языка подтвержден гистологически (все микропрепараты любезно просмотрены проф. И. П. Васильевым, которому мы, пользуясь случаем, выражаем благодарность).

Некоторые авторы (Морроу, Говард, Миллер) относятся отрицательно к биопсии при тбк языка, указывая на опасность обострения процесса после биопсии. С нашей точки зрения эти опасения мало обоснованы. Мы не наблюдали ухудшения процесса после биопсии.

По вопросу о терапии тбк языка в литературе нет единого взгляда. Одни авторы применяют консервативное лечение—прижигание язв 10% раствором молочной кислоты (Сороко, Гуревич и др.). Другие авторы предлагают иссечение язвы в пределах здоровых тканей. Третьи, считая тбк языка в большинстве случаев вторичным, не рекомендуют вовсе лечить язву языка местно, а обращать все внимание на лечение основного процесса в легких.

Мы применили в 6 случаях электро-эксцизию и коагуляцию. Операция проста, не травматична. Раны заживают быстро. Наряду с этим необходимо устранить все моменты, способствующие травматизации языка. Ближайшие результаты электро-эксцизии и коагуляции оказались хорошими. Отдаленные результаты, прослеженные нами от 4 мес. до 3 лет 10 мес., также оказались хорошими. Рецидивов мы не могли отметить.

ЛИТЕРАТУРА

1. Г о б е р м а н, Врач. газ., № 1, 1913.—2. Г е р ш у н, Врач. газ. № 2, 1913.—3. Г у р е в и ч, Врач. дело, № 1, 1938.—4. З е б р и н, Вестник хирургии и П. О., т. XXXII, кн. 95—96, 1934.—5. М е л ь н и к о в, Врач. газета, № 5, 1925.—6. Н о д о в, Врач. газ., № 5, 1931.—7. О л ь ш а н е ц к и й, Вестник хирургии, т. 57, кн. 1, 1939.—8. С о р о к о, Новый хирургический архив, т. XII, кн. 2, 1927.—9. Э л ь к и н д, Русская стоматология, № 1, 1929.—10. Э п ш т е й н, Рак языка, монограф., 1935.—11. J u r a j K ö r b l e r, Arch. f. Klin. Chir. 188 Band. 4, H. 1937.—12. S c o t t, Zentrbl. f. Chir. 1917.

Поступила 11.VII, 1939.

С. Е. КОГАН

## К вопросу о хорион-эпителиоме матки

Из клиники акушерства и гинекологии Казанского гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (директор кафедры проф. И. Ф. Козлов)

Первое указание на подобного рода опухоль мы встречаем в случае, наблюдавшемся Меккелем и описанном в диссертации Герасимуса Константиноса де Грегорины в 1795 году под названием гидатид матки. В 1872 году это новообразование описано Нетцелем, как рак матки, своеобразность которого заключалась в сходстве его элементов с клетками отпадающей оболочки.

Ряд исследователей (Шнари 1877 г., Тибальди 1882 г. и др.) описывал подобные опухоли, как раки, другие (Якубиш, 1882 г., Кальтенбах 1890 г., Гуттенплан и Песталоцци 1891 г.), как саркомы. Впервые на связь развившейся после пузырного заноса злокачественной опухоли с оставшимися в матке миксоматозно перерожденными ворсинками указал Мейер в 1888 г., назвавший эту опухоль *epithelioma papillare*. В том же 1888 г. появляется обширный труд Зенгера, в котором он отнес это новообразование к саркомам децидуальной оболочки, назвав их децидуомами. Под этим названием мы встречаем описание первых случаев хорион-эпителиомы в русской литературе у Снегирева, Цветкова, Юрасовского и Улезко-Строгановой. Последняя, описав случай новообразования под названием *deciduoma malignum autorum* (1897 г), первая высказалась за его эпителиальный генез. Заслуга окончательного выяснения гистогенеза этих опухолей принадлежит Маршанду (1895-98 г.).

На основании подробного исследования этого новообразования автор высказал предположение, что опухоль эта возникает не из децидуальных клеток, а из обоих слоев эпителия ворсинок—синцития и слоя клеток Ланганса. На основании гистологического исследования этих опухолей, напоминающих то саркомы, то раки, Маршанд приходит к заключению, что они являются заболеваниями *sui generis* и называет их *chorion-epithelioma malignum*. Учение Маршанда получило общее признание и не подвергалось опровержению до 1927 г., когда появилась работа известного патолого-анатома Бострэма. Бострэм утверждает, что „мезенхимальная индифферентная ткань под влиянием неизвестных еще условий образует сперва клетки, богатые протоплазмой, с хорошо выраженным ядром, которые, сливаясь друг с другом, дают многоядерный синцитий, а из последнего образуются резко очерченные, богатые гликогеном клетки типа Ланганса. Клетки