

роны девагированного желудка была в наших опытах значительно меньше, чем со стороны нормального.

Из всех вышеуказанных наблюдений относительно местных реакций в различных органах брюшной полости следует, что развитие этой реакции находится в известной зависимости от наличия у данного органа прямой нервно-лимфатической связи с центральной нервной системой. Орган, обладающий такой связью, дает на одно и то же раздражение более резкую местную реакцию, чем орган, лишенный этой связи. Подобное значение нервно-лимфатической связи устанавливается не впервые. Оно достаточно отчетливо выяснено уже Сперанским и его сотрудниками для целого ряда „местных“ процессов. Механизм изучаемых нами реакций брюшных органов аналогичен механизму указанных „местных“ процессов.

В результате нашей работы еще раз подтверждается то положение, что тяжелое течение и смертельный исход острого разлитого перитонита объясняется поражением жизненных центров продолговатого мозга. Но этот факт не нов. Гораздо важнее то, что наши исследования дают новое освещение вопросу о механизме такого поражения. Они оттеняют в этом вопросе факт прямых поражений последнего.

Благодаря связи с брюшной полостью, продолговатый мозг с его вазомоторным и дыхательным центрами получает при перитоните непосредственный подвоз токсических веществ, которые и обуславливают его прямое поражение. Отсюда понятно и то, почему в клинической картине острого разлитого перитонита всегда так быстро и рельефно выступают симптомы тяжелого поражения продолговатого мозга. Мы, конечно, ни в коем случае не отрицаем значение других механизмов, принимающих участие в поражении продолговатого мозга. В наших опытах мы не нашли подтверждений им и думаем, что роль их при поражениях продолговатого мозга второстепенная.

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского университета (Директор проф. В. С. Груздев).

К вопросу о карункулах женского мочеиспускательного канала.

Ординатора Х. Х. Мещерева.

Под карункулами в гинекологии разумеются небольшие доброкачественные новообразования, исходящие из слизистой оболочки женской уретры и выпячивающиеся через уретральное отверстие наружу. Самый термин „карункул“, согласно указаниям многих авторов, занимавшихся данным вопросом, считается неудачным, ибо он не определяет патолого-анатомической сущности заболевания; ввиду этого авторы сильно расходятся в указаниях на то, какие новообразования урегры следует обозначать этим названием.

В то время как Virchow и, следуя ему, многие другие авторы называли карункулами складки слизистой, встречающиеся нормально на *orificium urethrae*, обозначая действительные новообразования уретры термином „вазкулярные полипы“, другие авторы называли карункулами

новообразования уретры типа грибовидных разрастаний, полипозных папиллярных ангиом и даже папиллом (Stechow). При этом большинство авторов руководилось макроскопической картиной образований. В позднейшее время, благодаря гистологическим исследованиям, термин „карункул“ потерял свое значение и объединившиеся под этим названием новообразования в области уретрального отверстия классифицируются по их гистологической структуре.

Этому заболеванию посвящено относительно небольшое количество работ, главным образом в иностранной литературе.

Начало вопроса о доброкачественных новообразованиях в области наружного отверстия уретры относится к первой половине прошлого столетия. Первое подробное описание этих образований мы находим у Clarke в 1814 году, который под карункулами разумел сосудистые опухоли уретрального отверстия, характеризующиеся твердой консистенцией, ярко красным цветом, зернистой поверхностью и склонностью к кровотечениям. Эти новообразования по Clarke'y редко достигают большой величины.

Затем подобные образования были описаны Petit и Cooper'ом в 1817 году, Boyer'ом в 1825 году; позже Gerdy, Blandin и Nicod отметили карункулы, как грибовидные разрождения в уретре. Velpeau называл их полипами. В 1855 году Verneuil отгенил их сосочковое строение. Alphonse, Gererin, основываясь на вызываемых карункулами клинических симптомах, дали им название „tumeurs douloureuses“. В 1865 году Giraldes сообщил случай, где карункул уретры имел, повидному, железистое строение. Из русских авторов Соловьев, описавший в 1899 году карункулы под названием папилломы женской уретры, отмечает, что эти новообразования развиваются за счет рассеянных в стенке уретры, главным образом в нижнем отрезке ее окружности, многочисленных сосудистых сосочков, и встречаются в среднем возрасте женщины, около менопаузы. В этиологии карункул Соловьев указывает раздражение и прилив крови к гениталиям. Далее, Fritsch определяет карункулы уретры как „маленькие сосудистые равномерно круглые или овальные, реже дольчатые, малиноподобные опухоли, обладающие ножкой различной длины и покрытые плоским эпителием“. Он указывает, что карункулы встречаются, главным образом, в старческом возрасте. Schröder подразумевает под карункулами „маленькие, сидящие на широком основании или на ножке полипообразные разрастания, которые развиваются чаще всего вокруг orificium urethrae“. Более тщательно и на большем материале был изучен данный вопрос Neuberger'ом в 1894 году. Он, исследуя лиц, заболевших гонореей, в течение года мог обнаружить 12 случаев карункул различной формы и консистенции у женщин не свыше 40 лет. О них он пишет: „Это были, по большей частью, маленькие опухоли величиной с горох или с боб, интенсивно красно окрашенные, сидящие то на широком основании, то на ножке и при прикосновении легко кровоточащие“. Тщательные гистологические исследования случаев карункул, произведенные Neuberger'ом, позволяют видеть в его случаях новообразования типа гранулем. На основании своих исследований Neuberger пришел к заключению, что частым источником образования карункул служат Littre'вские или Skene'вские железы.

Gebhardt, в 1899 году, в своей патологической анатомии женских половых органов уделяет карункулам достаточно места. Характеризуя их макроскопически как полипы слизистой оболочки уретры, он главным образом, останавливается на описании микроскопического вида уретральных карункул. Чтобы иметь сжатое представление о гистологической структуре этих новообразований женского мочеиспускательного канала, я кратко приведу его описание. Gebhardt говорит, что главная масса карункул состоит из рыхлой соединительной ткани, пронизанной лейкоцитами, в которой нередко находят застарелые или свежие геморрагические гнезда. Особенный интерес по Gebhardt'y представляют эпителиальные составные части этих полипов, т. е. карункул: снаружи последние покрыты обыкновенным плоским эпителием *vestibulum'a*. В некоторых местах покровный эпителий истончается, причем подлежащая соединительная ткань здесь, обыкновенно, особенно сильно пронизана круглыми клетками. В других местах эпителиальный слой кажется утолщенным, имеющим склонность к разрастанию. В некоторых местах зубцы эпителия настолько глубоко проникают в строму, что имитируют начинающийся карциноматозный процесс. Кроме поверхности, эпителиальные элементы обычно бывают заложены и в толще карункул в виде желез. Эти железы имеют трубчатое строение и отличаются сильным разветвлением, так что строма по всем направлениям пронизана ими. Эпителий этих железовидных образований чрезвычайно разнообразен. В устьях желез находят нередко тот же плоский эпителий, что и на поверхности; в глубине железистых разветвлений иногда виден высокий цилиндрический, а между ними эпителий типа переходного. Наконец, появилась в 1903 году основная в этом вопросе монографическая работа Lange, который делит карункулы на группы, соответственно их патолого-анатомической структуре. Исследовав 1000 пациентов с заболеваниями тазовых органов, автор нашел у 58 из них карункулы мочеиспускательного канала. Эти случаи им были подробно исследованы как морфологически, так и гистологически. Классифицируя их на три группы с точки зрения гистологической, Lange останавливается на детальном описании и разграничении каждой из этих групп. К первой группе карункул он относит воспалительные новообразования типа гранулем, с большим количеством капиллярных, или близких к ним по виду, сосудов и обильной круглоклеточковой инфильтрацией как около сосудов, так и вдали от них. Сосуды в большинстве случаев набиты лейкоцитами. Умеренно развитый поверхностный эпителий, обычно лишенный рогового слоя, не имеет склонности к разрастанию и не проникает зубцами в соединительную ткань, вследствие чего подэпителиальная строма или совершенно не образует сосочков, или последние бывают слабо выражены. Количество железистых образований в строме карункул этой группы всегда незначительно.

Во вторую группу Lange включает карункулы невоспалительного происхождения—типа папиллярных ангиом, которые по их гистологической структуре суть „гиперваскуляризованные папиллярные слизистые полипы“. Эта группа отличается от предыдущей характером эпителиальных элементов, развитием сосудов, степенью и локализацией в стро-ме инфильтрации. Эпителий поверхности обнаруживает выраженную склонность к разрастанию: эпителиальный слой, очень мощный, образует на

поверхности много сосочков, в которые вдаются единичные или разветвленные отростки подлежащей стромы. Поверхностные слои покровного эпителия состоят из плоских клеток с хорошо окрашивающимся ядром, базальные же слои—из цилиндрического эпителия с палочковидным ядром. Если встречаются участки поверхности, покрытые тонким слоем эпителия, то в таких местах подэпителиальный слой обычно бывает сильно инфильтрирован. Параллельно разрастанию эпителия на поверхности, имеются эпителиальные зубцы и тяжи, вдающиеся в подлежащую строму. Если вокруг этих тяжей имеется круглоклеточковая инфильтрация, ведущая к утончению эпителиальной связи с поверхностным эпителием, то получается в таких местах картина раковых альвеол. Однако, по мнению *Langе*, если делать серию срезов, всегда можно найти в таких случаях ножку, соединяющую эти скопления клеток с поверхностью. Строма данной группы карункул состоит всегда из волокнистой соединительной ткани, в которой имеется большое количество кровеносных сосудов. По развитию сосудистой системы этот вид карункул приобретает ангиомоподобное строение, причем просветы сосудов никогда не бывают расширены и не набиты так лейкоцитами, как у карункул типа гранулем. В просвете сосудов, если и наблюдаются лейкоциты, то они по большей частью располагаются вблизи стенки, как это обуславливается физиологическими условиями. В соединительнотканной строме этой группы карункул *Langе* всегда встречал трубчатые железы. Инфильтрация здесь не бывает никогда диффузной, в противоположность первой группе карункул, и располагается не периваскулярно, а подэпителиально.

Наконец, третья группа карункул—простые (т. е. не папиллярные ангиомы)—по *Langе* отличаются, главным образом, удивительным видом своей сосудистой системы. Последняя характеризуется не столько развитием кровеносных сосудов, общим для всех видов карункул, сколько многократными расширениями этих сосудов. Расширенные сосуды, сдавливая межуточную ткань, так близко прилегают друг к другу, что получается картина кавернозной ткани. Благодаря этому свойству сосудистой системы, эта группа карункул способна к застойному набуханию, чего не бывает с предыдущими группами. Многослойный плоский эпителий, покрывающий эти карункулы, не образует ни зубцов, ни сосочков. Строма состоит из сморщенной, бедной ядрами, соединительной ткани. Бросается в глаза еще одна особенность этой группы карункул, а именно—множественное образование кист, выстланных однорядным низким эпителием. Инфильтрация почти отсутствует.

Ограничиваясь приведенным литературным обзором относительно морфологии и гистологии карункул, перейдем к описанию, в кратких чертах, этиологии их. В этом вопросе одни авторы придают большое значение гоноррее (*Lee, Scanzoni, Keilmann, Oberländer*) другие, напротив, оспаривают влияние гонорреи и указывают, что всякое раздражение, будет ли оно гоноррейного происхождения или нет, ведет к возникновению карункул (*v. Winckel, Соловьев, Gutерbock, Liell*). Совершенно обособленно стоит в этом вопросе *Englisch*, указывающий как на причину возникновения карункул на кистовидное изменение желез мочеиспускательного канала. Он считает, что после разрыва стенки такой кисты, вследствие разложения мочи, возникает

воспалительное раздражение, которое способствует пролиферации элементов стенки кисты. Lange считает гоноррею причиной возникновения только для одной из обрисованных им групп карункул—гранулем, а для происхождения папиллярных полипов считает важным зияние отверстия мочеиспускательного канала вследствие старческой атрофии вульвы. Из исследованных 4-х гранулем Lange удалось обнаружить гонококков в 3-х случаях. В шести случаях папиллярных ангиом гонококков обнаружить не удалось, но найдены были микробы различного вида. По вопросу об этиологии этих новообразований Lange приходит к выводу, что в большинстве случаев невозможно дать удовлетворяющее объяснение относительно причины, вызвавшей происхождение карункул.

Что касается дифференциального диагноза, то одни из цитированных мною авторов указывают на смещение карункул с *condylomata acuminata* (Neuberger), другие с выпадением слизистой оболочки мочеиспускательного канала (Gebhardt). Отличить карункулы от *Condylomata acuminata* нетрудно. Первые обыкновенно бывают расположены вокруг *orificium urethrae externum*, в то время как *condylomata acuminata* склонны располагаться по всей поверхности вульвы. Трудно бывает отличить выпавшую слизистую оболочку от карункул. Здесь нам приходит на помощь микроскоп. Выпавшая слизистая оболочка уретры покрыта переходным эпителием, в то время как поверхность карункул, как уже упоминалось выше, покрыта плоским, а иногда даже ороговевающим эпителием.

Терапия описываемого заболевания, как правильно указывают все авторы, может быть только хирургической и заключается в удалении новообразования.

Изложив вкратце литературный обзор, перейдем к описанию случаев карункул, наблюдавшихся в акушерско-гинекологической клинике Казанского у-та. В стац. журнале клиники за 27 лет директорства проф. В. С. Груздева имеется всего лишь 2 случая карункул на 6152 стационарных больных, прошедших через гинекологическое отделение клиники.

Случай I. Больная У., 49 лет, крестьянка, поступила в клинику 13 октября 1914 года с жалобами на болезненность при coitus'е, на учащенное с примесью крови мочеиспускание, а также резь и боль после мочеиспускания. Считает себя 6-ой 1½ месяца. Менструации начались на 12-м году, через 4 недели, по 4—5 дней. Замуж вышла на 20-м году, беременна была 1 раз, беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на 5-м месяце. Половая сфера уклонений от норм не представляла. При объективном исследовании найдены книзу и сбоку от уретры папилломатозные некротизирующие образования. Произведена операция удаления (проф. В. С. Груздевым) упомянутых разражений под хлороформным наркозом. Вставлена в уретру иodoформенная полоска, которая на 2-й день заменена катетром. Катетр удален на 6-й день. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана на 15-й день после операции здоровой.

Случай II. Больная М., 57 лет, крестьянка, замужняя. Поступила в клинику 7-го февраля 1927 года с жалобами на боли и затруднение при мочеиспускании, причем моча выделялась каплями или тоненькой струей. В последнее время заметила примесь крови. Считает себя больной 4 месяца. Менструировать начала на 15-ом году, через 4 недели, по 4—5 дней без болей. Замуж вышла на 17-м году, беременна была 5 раз, причем все беременности закончились срочными родами, из них вторые и пятые роды сопровождалась наложением щипцов. Первые роды на 18-ом году, последние на 45-м году. При объективном исследовании наружного отверстия мочеиспускательного канала найдены ярко-красные разражения слизистой в виде отдельных сосочков, величиною, в общем, с маленькое голубиное яйцо.

8-го февраля 1927 года произведена операция (проф. В. С. Груздев) удаления указанных разражений, под хлороформным наркозом (8,0). Круговым разрезом у основания, разрастания иссечены, раневая поверхность закрыта узловыми шелковыми швами, причем слизистая уретры соединена со слизистой окружающих частей. В уретру вставлен постоянный катетр. На 10-й день больная выписана из клиники.

Микроскопическое исследование кусочков дало следующее:

Сосочкообразная поверхность карункул покрыта многослойным плоским эпителием. Поверхностные слои этого эпителия в некоторых местах обнаруживают наклонность к орогованию. Многослойным же эпителием покрыты и бухты между сосочками. Базальный слой поверхностного эпителия правильный, цилиндрический, резко отграничен от подлежащей стромы. Поверхностный эпителий образует довольно глубоко проникающие в строму зубцы. В некоторых местах из дна межсосочковых бухт, вглубь стромы направляются ветвистые железоподобные ходы, выстланные многоядным эпителием переходного типа. В донных частях этих ходов, кое где, поверхностный (обращенный в просвет) слой указанного эпителия состоит из правильного однорядного цилиндрического эпителия. Поперечные и косые разрезы этих разветвлений в довольно значительном количестве разбросаны по плоскости препарата. Строма обрисовываемого образования представляется рыхлой, сетчатой, образованной за счет тоненьких отростков веретенообразных и звездчатых клеток. Более мощные волокна образуют сеть в центральных частях сосочков и в глубоких отделах подлежащей стромы, в то время как подэпителиальная зона состоит из широких тонкостенных петель. В петлеобразной строме масса мелких сосудов, особенно в подэпителиальной зоне, имеющих здесь характер капилляров. Некоторые из сосудов расширены, в просвете их изредка встречаются кучки лейкоцитов, располагающиеся пристеночно. По направлению вглубь калибр сосудов увеличивается. Здесь и там встречается рассеянная круглоклеточковая инфильтрация, в особенности около железоподобных ходов и под покровным эпителием. Среди клеток инфильтрата имеются плазматические клетки и лейкоциты. В иных участках стромы инфильтрирующие элементы скопляются очагами вдали от железоподобных ходов. В некоторых участках опухоли инфильтрация очень резко выражена. Особенно резко выступает структура стромы и отношение к ней эпителиальных образований при окраске по Mallory.

При окраске на эластическую ткань орсеином отчетливо видна подэпителиальная эластическая сетка. В строме сосочков эластическая ткань почти отсутствует. По направлению же вглубь, к основанию карункулы, хорошо видны эластические волокна, главным образом по ходу коллагенных волокон. Окраска парафиновых срезов на нервную ткань по Gross-Belschowsky'ю не удалась. Поиски гонококков на срезах при окраске по Gram'у и Кривошееву не увенчались успехом.

Наличие железистых образований, сосочковая поверхность, пролиферация эпителия, неравномерная инфильтрация, главным образом вокруг железоподобных ходов и под эпителием поверхности, богатство опухоли сосудами позволяют наш второй случай причислить к группе папиллярных ангиом.

О напрасных гинекологических операциях.

Приват-доцента В. Г. Дина.

«Больной и врач, воспитавшиеся на громадной переоценке соматических явлений, только уже потом, после операции, приходят к заключению, что и психическая деятельность больного должна подвергаться учету». *Фрейд.*

Только тот хирург не ошибается, который не оперирует. Это—ходячая истина. Ошибки у хирурга могут быть в отношении диагноза, в отношении показаний к операции и, наконец, в отношении оперативной