

По возрастам больные располагались следующим образом:

до 16 лет	2 чел.
16—20	2 чел.
20—25	27 чел.
25—30	20 чел.
свыше 30	41 чел.

Из 136 ч. трипперитиков мужчин и женщин у 41 человека был только один уретрит без осложнений. У 95-ти были осложнения (prostatitis, epididymitis, endocervicitis). Неправильные ответы получились у 2-х женщин 28 и 36 лет с инфантилизмом матки, нерожавших, с уретритом без осложнений и у одного мужчины 32-х лет с уретритом без осложнений.

Нетипичные ответы получились у 11-ти человек.

По возрастам больные трипперитики располагались следующим образом:

до 16-ти лет	1 чел.
от 16—20	16 чел.
» 20—25	70 чел.
» 25—30	26 чел.
свыше 30	23 чел.

Таким образом мы видим, что венерические болезни не отражаются особенно на ходе реакции Манойлова.

Когда наша работа была окончена, в печати появилось сообщение Шапиро. Он ставил реакцию с кровью, дававшей по Вассерману 4+. Из 282 случаев правильных ответов получилось 100, извращенных 138. Он пытается объяснить подобные явления тяжестью процесса. На своем материале мы не видим этого: у нас извращенная реакция из 92-х случаев свифлиса получилась у 3-х человек: у 1-го сифилитика 32-х лет (lues III latens), получающего 3-й курс и у 2-х женщин: у одной 27-ми лет (lues II recidiva), получающей 5-й курс, и у другой 33-х лет (с lues III latens), получающей 5-й курс.

Шапиро брал кровь с резкоположительной RW, что как раз не указывает на тяжесть процесса, как мы это знаем из практики, что особенно злокачественные формы свифлиса дают отрицательную RW.

Литература: 1) Пр. Гусев А. Д. Архив криминологии и Судебной мед. 1926—1927 г. Том I.—2) Пр. Гусев А. Д. Казанский медицинский журнал 1927 г.—3) Лившиц. Врач. газета 1925 г., № 15—16.—4) Манойлов. Врач. газета 1923 г., № 15—21—22.—5) Macaggi. Deutsche Zeitschrift f. ger. Med. 1925 г. Bd. № 1, H. 4.—6) Попов. Münch. Med. Wochenschr. 1925, № 50.—7) Соловцова. Реакция Манойлова, ее биологическое значение и перспективы. Ленинград 1927 г.

Из клиники кожно-венерических болезней медфака НГУ (зав. проф. И. А. Левин)

Ulcus vulvae acutum Lipschütz-Чапина¹⁾.

Проф. И. А. Левина.

На наружных женских половых органах изредка встречаются язвы, которые без бактериоскопического исследования диагностируют или как мягкий шанкр, или как гангренозную язву. Не находясь в прямой связи с сношением, они чаще поражают девочек старшего возраста, девиц и лишь изредка молодых женщин. Впервые обратил внимание на

¹⁾ Доложено в Ниж. науч. об. вр. при НГУ 11/IV 1930 г.

эти язвы в 1904 г. Lipschutz в клинике Finger'a; при бактериоскопическом исследовании мазков с язв в лейкоцитах и вне их, одиночно или группами, им были найдены Грам-положительные короткие палочки с круго обрубленными концами; позднее их назвали *bac. crassus*; аутоинокуляция была отрицательна. Lipschutz назвал эти язвы ложновенерическими; дальнейшие наблюдения 4-х случаев в 1907—1909 г.г. позволили ему в 1912 г. установить особую нозологическую единицу, которой он дал название—*ulcus vulvae acutum*. Ряд появившихся в печати наблюдений, а главное 20 собственных дали возможность автору резко отграничить это заболевание от других венерических и невенерических язвенных процессов, как например, от описанных в 1895 году Neumann'ом афт женских половых органов, или от описанных Weland'ом поверхностных язв заднепроходного отверстия и половых органов у женщин; язвы эти, несмотря на сходные черты—болезненность, развитие у девственниц—отличались развитием из пузырьков на соприкасающихся местах и т. п.

Почти одновременно с Lipschutz'ем подобные язвы наблюдал и наш соотечественник Д. С. Чапин; 25/X 1907 г. в заседании врачей Калининской больницы он сделал сообщение, которое и опубликовал в Рус. жур. кож.-вен. бол., т. 15 за 1908 г. под заглавием „Невенерические язвы на половых частях у женщин“.

Lipschutz, собрав всю литературу до 1923 г., считает, что много случаев, описанных другими авторами, особенно там, где язвы развивались на почве *herpes simplex*, не относятся к разбираемому им процессу, и категорически возражает против взгляда Sachs'a, Oelze Rheinboldt'a, Meta и др., что диагностика *ulcus vulvae acutum* затруднена тем, что *b. crassus* не всегда является возбудителем этой болезни.

Перейдем к описанию нашего случая: 1/VI 1928 г. в заведующую мной клинику поступила кр. Балах. уез. Нижег. губ. М. Пр. Тих-а 60 л., девственница, с жалобой на поражение половых органов и боль при глотании; больна с 22/V—появился зуд наружных половых органов, подмывалась теплой водой, зуд усилился и лишь 30/V только из-за жжения языка и боли при глотании обратилась в уездную больницу, откуда как страдающая «венерическим заболеванием», была направлена к нам.

Больная среднего роста, правильного телосложения; слепа с 3-х лет после натуральной оспы; кожные покровы чисты; по краю больших и малых губ, больше слева, ряд кругловатых язв (6—7) от просяного зерна до бронзовой копейки величиной, с обильным, густым, желтоватозеленоватым отделяемым своеобразного запаха, с неправильными слегка приподнятыми краями, с небольшим, розовым, воспалительным ободком по периферии, с ровным гладким дном; язвы слегка болезненны при прикосновении, боль резко усиливается при мочеиспускании; кожа у заднего прохода резко гиперемирована, но не эрозирована. На кончике языка, на левой задней дужке, на мягком небе, поверхностные, изолированные, круглой формы язвочки с малую горошину величиной, сероватого цвета, особенно на мягком небе; язвочки полости рта сравнительно мало беспокоят больную, она испытывает боль лишь во время приема пищи. Паховые и подмышечные железы не увеличены; температура нормальна; со стороны внутренних органов отклонений от нормы не наблюдается.

При бактериоскопическом исследовании мазков с язв половых органов ни спирохет Schaudinn'a, ни палочек Петерсен-Ducrey-Unna не обнаружено; имеется большое количество прямых, но краям перпендикулярно усеченных, толстых Грам-положительных палочек; расположены они частью свободно—одиночно или группами, частью фагоцитированы многоядерными лейкоцитами—картина типичная для *b. crassus*. В мазке с язв языка—скудная микрофлора, Грам-положительные кокки. Желая проследить естественное течение язв и изучить их

связь с наличием *b. crassus*, мы от биопсии отказались и назначили лишь примочки из физиологического раствора поваренной соли; отделяемое уменьшилось, язвы быстро очистились, воспаление исчезло и к 12/VI наступило полное заживление ровным, гладким, слегка углубленным рубчиком.

При ежедневном бактериоскопическом контроле мы могли констатировать, что уже к 8/VI момент очистки язв, число бактерий, расположенных внутриклеточно, резко пало, 9/VI внутриклеточных совсем уже нет, число внеклеточных значительно уменьшилось, появились редкие кокки; 10/VI исчезли и внеклеточные палочки. Мазки из влагалища давали следующую картину — наряду с типичным *b. crassus* были тонкие типа *b. vaginalis ordinarius*, и немного типа *b. longus*, иногда в виде длинных цепочек разной толщины.

Посевы 7/VI и 9/VI на асцит-агаре, сахарном бульоне и среде Sabouraud не увенчались успехом, возможно, потому, что материал для посева был взят поздно, в периоде начинающегося заживления.

На основании литературных данных и личного наблюдения мы должны согласиться с Lipschutz'ем, что *ulcus vulvae acutum* — отдельная нозологическая единица, резко очерченная клинически, патолого-анатомически и бактериологически; отличают 3 ее формы: 1) *Гангренозная* — более редкая — при знобе, жаре и жгучих болях в 12—24 часа развиваются язвы с резким воспалительным ободком, дно покрыто фибринозным налетом или грязноватосерым, иногда, синева-черным струпом; через 48 часов захвачены и более глубокие слои, дело может доходить до перфорации малых губ; под наблюдение обычно попадают уже вполне развитые случаи; заживление происходит в 2 недели. 2) *Венерическая* — более частая, но менее бурная форма; имеется сходство с мягким шанкром — болезненные язвы разной формы, величины и глубины с резко отграниченными, круто подрытыми, часто зубчатыми краями с гладким, но не изрытым дном, покрытым серо-белым густым своеобразного запаха гноем; язвы болезненны при давлении; дополнительные высыпания по периферии затягивают заживление до месяца. 3) *Миллиарная* — разнообразность — обычный спутник венерической формы — чаще по краям больших губ развиваются за ночь с булавочную головку язвочки, покрытый гноем центр углублен, воспалительный ободок приподнят; быстро развиваясь, они не имеют периферического роста и имеют тенденцию быстро заживать.

Резко выраженное воспаление наружных половых органов не обязательно: запах отделяемого неприятный, но не гангренозный; боль при прикосновении и усиление ее при мочеиспускании характерны для этих язв; болезненная реакция со стороны паховых желез наблюдается редко; излюбленная локализация — внутренняя поверхность малых губ, затем свободный край больших и малых губ, всего реже промежность и препуций клитора; язвы то строго изолированы вплоть до заживления, то сливаются. Бактериологически эти язвы характеризуются наличием толстых, неподвижных, усеченных под прямым углом палочек 0.5 μ ширины и 1.5–3.0 μ длины; реже они слегка изогнуты; красятся по Граму положительно, располагаются то изолированно, то короткой цепочкой как вне, так и внутри полинуклеаров, в которых они подвергаются изменениям — плохая окрашиваемость, тени, обломки и полный распад палочек; на высоте процесса в мазке точно чистая культура; при нечистоплотности, при сильных влагалищных выделениях присоединяются Грамположительные стафилококки и ложнодифтерийные палочки.

Патологоанатомические изменения локализируются, главным образом, около сосудов, реже около сосудов сосочков, где сильная инфильтрация.

традия легко ведет к некрозу и образованию язв; капилляры и вены, реже артерии, расширены, переполнены лейкоцитами, эндотелий их припух, выступает в просвет; в более резких случаях, стенки сосудов отечны, инфильтрированы лейкоцитами; скопление лимфоцитов и фибробластов вокруг сосудов иногда так сильно, что о сосудах можно догадаться лишь по общей конфигурации—сходство с *periarteriitis nodosa*; в наружных частях вокруг сосудистого инфильтрата образуются иногда милиарные ложные абсцессы; при поражении мелких артерий отмечается инфильтрация лейкоцитами лишь их адвентиции; коллагенная и особенно эластическая ткань разрежена, беспорядочно пронизана лейкоцитами, полинуклеарами, эозинофилами, тучными клетками и фибробластами.

В верхних слоях разреза *b. crassus* расположен единично или кучками, чаще вне-клеточно: их нет в инфильтрате—последний, видимо, является реакцией тканей на токсины, диффундирующие сверху вглубь, в толщу ткани.

Данное страдание встречается в возрасте от 3—38 лет; случаи старше 50 л. единичны: Stryker'a и наш; чаще поражаются девственницы, но описаны они и у молодых женщин, даже продолжающих жить половой жизнью, многорожавших, беременных (Dreyer, Carol und Ruys); склонность к рецидивам отметил Grosz—за 4 года 5 раз и Lipschutz за 9 лет 7 раз. Mc. Donau, не решая вопроса о связи этих язв с климактерием, в 3 случаях из 5 отметил прекращение месячных с появлением язв.

Большинство авторов считают это страдание чисто местным заболеванием половых органов—оно обычно встречается у здоровых, но описаны случаи и при брюшном тифе (Lipschutz, Scherber), при туберкулезном апиците, при волчанке лица (Brunhauer), при афтозном поражении полости рта (Lipschutz, Carol und Ruys, Delbanco и наш случай). На одновременное развитие острой язвы вульвы и афтозного процесса во рту обращает внимание и Kummer в своем докладе на XVI Съезде нем. дерм. в Кенигсберге в августе 1929 г.

Острая язва вульвы заболевание не контагиозное: в случае Dreyer'a муж, несмотря на сношение, остался здоров.

Постоянное нахождение *b. crassus* в секрете язв позволяет признавать его за возбудителя заболевания; но нужно было еще получить культуру и экспериментально вызвать язву. Первая задача удачно решена в 1918 г. Scherber'ом, а вскоре, после повторных пересевов на аспитическом агаре, и Lipschutz'ем, но штамм последнего оказался непатогенным для человека, Scherber'у же удалось привить их только кролику на нежной коже наружных половых органов.

Остается без объяснения факт, почему содержащий *b. crassus* секрет, не прививается ни самому больному, ни другому здоровому человеку, а также подмеченный рядом исследователей факт, что *b. crassus* может, как сапрофит, жить в кислом секрете влагалища при воспалении наружных половых органов у детей, молодых девушек, при негонорейных уретритах, цервицитах, при язвенных процессах половых органов другой этиологии, напр., при брюшном тифе.

Только Monacelli считает *ulcus vulvae acutum* не местным страданием, но местным проявлением общего заболевания, мысль, высказанная еще в 1908 г. покойным Чапиным, но большинством не разде-

ляемая, так как чаще данное заболевание от начала до конца протекает без каких бы то ни было общих явлений. Большинство авторов, за исключением Scherberg'a, который допускает и экзогенную инфекцию, признает аутоинфекцию, но необходимо, видимо, особое, нам пока неизвестное, состояние тканей наружных половых органов, чтобы невинный сапрофит, став патогенным, вызвал *ulcus vulvae acutum*; за это говорит также, помимо нахождения его у здоровых, длительное иногда существование микроба после заживления язв и способность давать рецидивы.

Дифференциальный диагноз надо проводить с мягким шанкром и, особенно, с гангренозными язвами, за которые их чаще всего и принимали раньше; но их течение более доброкачественно, распад редко идет глубоко, нет гнилостного запаха, а дно по удалении нежного фибринозного налета гладко, розово. Другие эрозии и язвы половых органов—сифилитические, афтозные, герпетические, гонорейные, тифозные, при сахарном мочеизнурении, лейкомии, цынге, пролежни—не представляют трудностей для диагноза; бактериоскопическое исследование окончательно решает вопрос, что важно для прогноза лечения, а часто и с судебно-медицинской точки зрения; прав, по нашему, Lipschutz, когда он заявляет, что там нет *ulcus vulvae acutum*, как бы клинически язва не походила на таковую, где нет *b. crassus*.

Лечение язв несложно: они обычно легко и быстро заживают при местном индифферентном лечении, и лишь в редких случаях гангренозной формы приходится прижигать карболовой кислотой; при рецидивах—стимулируют организм вакцинацией *b. crasso*, протеннотерапией, *Salvarsan*ом и т. п.

Литература. 1) Werther. Реф. Zbl. f. H. и G. Kr. Bd. 17.—2) Глайберсон. Derm. Woch. 1928, № 46.—3) Delbanco. Ibid. 1926, № 44.—4) Frommer. Ibid. 1925, № 30.—5) Carol und Ruys. Реф. Zbl. f. H. и G. Kr. Bd. 27.—6) Gougerot, Burnier и Uhry. Реф. P. B. D. T. VIII, 1930 г., стр. 91.—7) Kummer. Реф. Ibid. т. VII, 1929 г., стр. 893.—8) Lipschutz. Handbuch der Haut-und Geschlechtskr. Berlin. 1927. Bd. 21.—9) Matras. Реф. Zbl. f. H. и G. Kr. Bd. 28, S. 523.—10) Mc. Donay. Ibid. Bd. 26.—11) Monacelli. Ann. des mal. vénér. 1927.—12) Roederer et Sloimooover. Реф. Zbl. f. H. и G. Kr. Bd. 27.—13) Schugt. Zbl. f. Gyn. 1925, № 39.—14) Stryker. Реф. В. и Д. 1927, S. 291.—15) Уманский. P. B. D. 1927, т. V.—16) Чапин. P. Ж. К. и В. Б. 1908, т. XV.

ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Хирургического отделения (Завед. Г. М. Герштейн) Московской больницы имени Н. А. Семашко (Главврач Н. Г. Лучевский).

К казуистике доброкачественных опухолей желчного пузыря¹⁾.

Д-ра А. Я. Пытель.

Доброкачественные новообразования желчного пузыря встречаются чрезвычайно редко (по Финкельштейну в $\frac{1}{20}$ % всех оперативно леченных случаев) и обнаруживаются, почти как правило, случайно при операциях или аутопсиях. Чаще всего в желчном пузыре наблюдаются папилломы, которые иногда перерождаются в рак (Pels-Leusden, Нгузика и др.); в европейской литературе их

¹⁾ Сообщено с демонстрацией макро-и микроскопических препаратов в 22-й научной хирург. конференции б-цы им. Семашко.