

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, гоноройные, 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.

описано около 15 случаев. Значительно реже встречаются фибромы, фибромиксо-мы, миомы, фибромиомы, папиллярные фиброзителиомы, подсерозные липомы, аденомы, цистаденомы и аденомиомы. Этиология этих новообразований по сие-времени неизвестна; по мнению ряда авторов (Savv, Mayo, Финкельштейн и др.) не исключена возможность развития их в результате хронического раздра-жения стенки пузыря камнями либо инфекцией. Клинически доброкачественные опухоли желчного пузыря довольно часто протекают под видом хронического, рецидивирующего холецистита либо холелитиаза.

Большая редкость доброкачественных опухолей желчных путей и в особен-ности пузыря побуждает меня вкратце сообщить нижеследующий случай аденомы дна желчного пузыря, имевший место в нашем Хирургическом отделении.

Мария И., 23 лет, дом. хозяйка (ист. бол. № 123), переведена 15/1—1930 г. из рожисто-флегмонозного отделения, где находилась на излечении по поводу ро-жи лица. Со стороны наследственности ничего особенного отмечено не было. С кон-ца декабря 1929 г. появились тупые боли в животе, понос и тошнота при суб-фебрильной температуре. Эти явления продолжались до 4-го января, когда было констатировано рожистое воспаление лица. При поступлении в больницу 5/1 по-мимо симптомов рожи было отмечено вздутие и напряженность живота, особенно справа сверху; область правого подреберья при пальпации резко болезненна; по-носа нет. С 13/1 появилась интенсивная желтушная окраска склер и кожных пок-ровов; прежде желтухи никогда не было (год назад находилась на лечении в од-ной из городских больниц по поводу холецистита). 15/1—сильные схваткообразные боли в правой половине живота. Резкая болезненность и *défense musculaire* в пра-вом подреберье. Желтуха. Стул задержан. Пульс 108 в мин., уд. нап. Озноб; тем-пература 38. 4. Испражнения обесцвечены. Все эти явления продолжались 6 дней, после чего постепенно начали исчезать. С 23/1—вновь сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в область лопатки, со рвотой и высокой температу-рой. Объективно та же картина, что и 15/1. С 27/1 боли начали утихать, темпера-тура падать и постепенно исчезать все острые явления. Желтушная окраска склер и кожи с каждым днем стала быстро уменьшаться и 3/II отмечено полное ее исчезновение. В области желчного пузыря оставалась небольшая резистент-ность. Со стороны органов грудной полости, кишечника и мочеполовой системы изменений не было найдено. Анализ крови от 30/1: Hb—56%. Эритроцитов—3.630.000. Лейкоцитов 7.840. Index—0.77. Лейкоп. формула: эозинофилов—5%; ней-трофилов-палочк.—5%, сегментир.—62%; лимфоцитов—22%, моноцитов—6%. Ре-акция Wassermann отрицательна. В моче—реакция на желчн. пигменты положительная.

12/II под эфирным наркозом косым разрезом вдоль края ребер по Косче-г'у вскрыта брюшная полость (Герштейн). Печень увеличена, выстает из под-реберья на 3—4 см. Желчный пузырь обычной величины и формы, не напряжен, серозная его слегка инъецирована. Сращений нигде нет. Выделение желч. пузы-ря, начиная от дна; *arteria et duct. cysticus* после перевязки перерезаны, холе-цистэктомия. В желчных протоках камней не обнаружено. Брюшная рана зашита наглухо. В послеоперационном течении—правосторонняя катарральная пневмония. Рана зажила первичным натяжением. Выписалась 5/III в хорошем состоянии.

Препарат. По вскрытии удаленного желчного пузыря обнаружена проз-рачная, желтого цвета желчь. Камней в пузыре нет. На слизистой в области дна имеются две опухоли, сидящие рядом друг с другом, каждая на небольшой нож-ке. Одна опухоль, большая, величиною с горошину ($\frac{3}{4} \times \frac{3}{4}$ см.), другая, меньшая—в чечевицу. Макроскопически они напоминали собой папилломы. В окружности этих образований, на слизистой, мелкие кровоизлияния. Стенка области дна пу-зыря заметно утолщена.

При микроскопическом исследовании (проф. Могильницкий) этих опу-холей обнаружена *аденома*, состоящая из множества пузырьков, выстланных ци-линдрическим эпителием; единичные пузырьки, более крупные, выстланы кубиче-ским эпителием и содержат секрет, представляющийся однородным и окраши-вающийся в розовый цвет при окраске препарата гематоксилин—эозином. Со-стенкой желчного пузыря эти образования связаны соединительнотканной, до-вольно широкой ножкой. В стенке желчного пузыря мелкоклеточный пролиферат, состоящий из плазматических клеток, гистиоцитов, эозинофилов и лимфоиднооб-разных элементов. Атипических разрастаний ни в опухолях, ни в стенке пузыря не обнаружено.

Таким образом, в данном случае мы имели типичную картину аденомы желчного пузыря, клинически протекавшей при явлениях острого холецистита.

Аденома желчного пузыря, насколько нам известно, описана следующими авторами: Ribbert'ом (3 сл.), Kehr'ом (4 сл. на 2.000 операций), Meta-Fischernich'ом (1 сл.), Evans'ом (1 сл.), Risak'ом (1 сл.), Biancalana (1 сл.) и в нашей литературе — Романцевым (1 сл.).

Аденомы пузыря, также как и папилломы, по Aschoff'y, Mayo-Mac-Carty и др. авторам, нередко перерождаются в рак; вот почему при нахождении их, равно как и прочих доброкачественных опухолей, показана холецистэктомия.

Еще о „Lumbago“.

(Из амбулаторной практики терапевта).

П. Зубова (Ирбит).

Не первый уже год Ирбитская центральная амбулатория ведет наблюдение над сборной группой Lumbago. Заметка д-ра Щербачького в отделе „Из практики“ в № 11 Вашего журнала дает повод высказаться.

По материалу амбулатории чаще всего в понятие Lumbago входило изменение фиброзной ткани поясничной области. В случаях рецидива нередко удавалось прощупать различные утолщения, узелки, иногда целые грядки узелков в фиброзной ткани. С этой стороны материал амбулатории совпадает с клиническими данными из книги „Хронич. ревмат. заболевания“ Томсона и Гордона. За последние годы амбулатория нашла даже практически удобным при некоторых поясничных болях ставить диагноз фиброзита.

Точных данных о прямом положении спины в поясничной части при наклоне вперед в материале Ирбита не имеется, но есть некоторые указания на различное положение поясничного сегмента спины при наклоне в зависимости от времени болезни. Между прочим в начале, середине и конце заболевания положение не всегда бывает одинаково. Кроме того вопрос о симптоме доски может находиться в зависимости от целого ряда условий. В дальнейшем желательно, чтобы д-р Щербачький поделился своими наблюдениями в связи с конституцией больного, с полом, возрастом, профессией а также в связи с локализацией процесса, с его силой и продолжительностью.

В момент наклона вперед приходится обратить внимание на моторное поведение больного — сгибание колен, расстановка ног, искание опоры руками, отведение туловища вправо или влево. При сравнении болевых участков с нормальными бывает неравномерное распределение периферического кровенаполнения с неодинаковым временем для его восстановления после давления ладонью или средними фалангами согнутых пальцев руки. Конечно, в каждом случае характер будет зависеть от индивидуального тонуса вегетативной нервной системы, но та или иная разница все равно наблюдается почти постоянно. Из более общих воздействий на организм при действительной наличии поясничной боли отмечается неровность пульса и замечаются некоторые изменения в акте дыхания. Довольно часто оценка всех совместных и приходящих данных приближает к установке правильного диагноза.

Из Гинекологического отделения Ярцевской городской больницы.

Hdenocarcinoma uteri у девочки 1 г. 6 мес.¹⁾

Д-ра К. Ф. Морозова.

28-го октября 1925 г. в Гинекологическое отделение поступила 6-ная Кузнецова Надя 1 г. 6 мес. (ист. бол. № 3512/256), дочь железнодорожного служащего, по поводу кровавых выделений из влагалища. По словам матери, у больной 1½ мес. т. наз. показались сперва грязноватые бели в небольшом количестве.

¹⁾ Сообщено в Научном мед. о-ве Ярцев. уезда 12/XII 27 г.