

Таким образом, на основании всего изложенного мы пришли к следующим общим выводам: Применение грязей во время менструации, оказывая сильное на последнюю воздействие, главным образом в смысле уменьшения количества кровей и ослабления дисменоррейных болей, является в то же время абсолютно безвредным. В условиях кратковременности пребывания больных на курорте оно может быть без всяких опасений рекомендовано. В период самой менструации рекомендуется дача грязей по 10 минут и возможно более высокой температуры (50—51 гр.). Применение грязей при менструациях требует осторожности при фибромиомах, выраженных метритах матки, отека Quincke, а также значительном малокровии. Опасаться профузных кровотечений или истощения организма при даче грязи во время менструаций нет оснований.

Из каб. болезней уха, горла и носа Курганской поликлиники (Зав. И. Ф. Березин).

Склерома верхних дыхательных путей на Урале.

Д-ра И. Ф. Березина.

Появление заболевания склеромой в той местности, которая до сих пор считалась свободной от данной болезни и не входила в число зарегистрированных очагов, заставляет обратить самое серьезное внимание на изучение вопроса о склероме. Это важно и ценно, главным образом, потому, что здесь мы должны особенное внимание уделить профилактике заболевания, так как до сих пор радикальной терапии склеромы мы не имеем. Об этом говорят наши высоко-авторитетные руководители клиник (Цитович); об этом знаем мы, наблюдая больных после кажущегося излечения их в наших центрах—специальных учреждениях Москвы и Ленинграда. Наконец, на актуальность этого вопроса указывает учреждение на Международном съезде оториноларингологов в г. Копенгагене (1929 г.) Международного комитета по изучению риносклеромы.

До самого последнего времени считалось, что в СССР наиболее неблагоприятной по склероме является юго-западная часть Европейской России, где это заболевание, занесенное сюда с его коренной родины—Галиции, зарегистрировано в довольно большом количестве. Это показывают наблюдения Волковича, Миньковского, Шиндера, а за последнее время проф. Пучковского, обстоятельная работа которого полноценно освещает клиническую картину данного заболевания. Кроме этого установленного очага определенно намечается очаг в Московской обл. (Лебедевский) и появляются единичные сообщения о склероме в Сибири (Фетисов), Татарской Республике (Лебедевский) и в одной из центральных губерний РСФСР (Смирнов). В текущей литературе (конечно, доступной нам в условиях провинциального захолустья) мы не нашли указания о наличии заболевания склеромой на Урале. Поэтому наше сообщение мы можем считать дополнительным звеном в цепи описаний, соединяющим в одно неразрывное целое поступательное движение склеромы с запада на восток. В этом поступательном движении, по видимому, сыграла роль волна беженцев из губерний юго-западного

края во время империалистической войны и интернирование военнопленных чинов—жителей Чехии, Словакии и Галиции. Большое количество этих беженцев и интернированных осело на Урале и в Сибири, имея в своей среде больных склеромой.

Если вспомнить, что заражение склеромой очень легко, так как возбудитель склеромы, бактерия Frisch'a, обильно встречается в носовой слизи и рассеивается при чихании и сморкании склеромными больными, а диагностика этого заболевания в начальной стадии крайне трудна, то вполне понятно, что скудные сообщения об этом заболевании в печати еще не говорят о степени его распространения. Несомненно, как говорит проф. Цитович, „заражений происходит много, неустановленных только потому, что зачастую носители болезни не знают еще про нее, а восприниматели ее—узнают лишь очень не скоро, через ряд лет, когда забудется возможный источник заражения“.

Не считая возможным загромождать страницы журнала описанием этиологии, патогенеза и клиники, прекрасно изложенных в работах Волковича, Цитовича и Пучковского, перехожу к разбору наблюдаемых мною больных.

За время моей амбулаторной работы в кабинете уха, горла, носа в гор. Кургане в период с 1923 года по 1930 год я наблюдал 5 случаев риносклеромы. Один случай в гор. Кургане наблюдал работающий здесь д-р А. А. Державин (сохранилась фотография). Таким образом, на территории Курганского округа зарегистрировано 6 случаев риносклеромы.

Случай I-й (д-ра Державина). Крестьянин Курганского округа обратился в Хирургическое отделение гор. больницы с жалобой на распадающуюся, обезображивающую лицо опухоль носа и верхней губы. Болен несколько лет. Процесс, начавшийся в носу, распространился на верхнюю губу, верхнюю челюсть и носоглотку. *Объективно*: нос увеличен в размерах; в области крыльев носа, в носовых ходах, на верхней губе, челюсти, твердом небе и в носоглотке обширные разрастания опухоли, плотные и безболезненные на ощупь. К сожалению, давность регистрации этого случая не дает возможности описать более подробно клиническую картину и ход заболевания. Больной был направлен в г. Томск в клинику проф. Боголепова и проф. Никольского, где диагноз риносклеромы подтвержден.

Д-р Гуменюк, описывая случай риносклеромы, где помимо носа, носоглотки и зева процессом одновременно захвачена верхняя губа и десна, считает локализацию склеромы в его случае редкой. Нужно думать, что это мнение ошибочно, ибо наш только что упомянутый случай и случай № 4, где также опухоль распространилась на верхнюю губу и десну, наконец, случай проф. Пучковского показывают, что не так-то уже редко склерома распространяется на губу и десну. Изменения здесь могут быть настолько значительны, что создают вместе с опухлевидными разрастаниями и дефект губы, а передние зубы „выталкиваются“ новообразованием.

Случай II. Больная Александра С., 24 лет, истор. бол. № 26, поступила в Хирургическое отделение гор. больницы 2/1 1925 г. с жалобой на отсутствие носового дыхания и опухоль в носу. Больная уроженка Курганского округа (д. Казанцево, Утятского района). За пределами округа не была. Заболела около двух лет тому назад, заметив у себя в носу какую-то твердую бугристую опухоль. Опухоль, постепенно разрастаясь, заполнила оба носовые хода. В семье подобного заболевания не отмечает. *Объективно*: Носовые крылья плотноватые. У входа в нос с обеих сторон бугристые инфильтраты, ноздри раздвинуты этими, идущими из

глубины носа, бледно-розовыми опухолевидными разрастаниями. Просвет хоан выполнен такого же характера опухолью. Слизистые полости рта бледны. Дыхания через нос не имеется. Опухоль безболезненна и тверда на ощупь. В гортани изменений нет. Попытка удалить новообразование из носа не имела успеха. Выпивавшись из отделения, больная через несколько месяцев вернулась вновь. Обе носовые полости выполнены разрастаниями прежнего характера.

Случай III. Больная, 35 лет, жительница гор. Кургана. Пришла на прием с жалобой на затруднение при дыхании носом. Больна около 4 лет, с того времени когда вместе с «закладыванием носа» она пальцем ощупала в носу бугристую опухоль. Лечилась сначала от «полипов». Ездил как железнодорожница в Омск, где подвергалась операции по поводу диагностированной в клинике риносклеромы. О безнадежности лечения осведомлена. Пришла посоветоваться, нельзя ли ее направить куда-либо вновь, или сделать операцию в условиях Кургана. *Объективно:* крылья носа плотны, почти тверды на ощупь. Обе носовые полости выполнены твердыми сероватого цвета разрастаниями, концентрически суживающими носовые ходы. Правый носовой ход пропускает только пуговчатый зонд, левый несколько шире правого. Мягкое небо и задние небные дужки утолщены. Гортань без изменений. Посетив «горловой» прием поликлиники несколько раз, больная не вернулась для направления ее в г. Свердловск. Через год больная была мною осмотрена в Железнодорожном приемном покое, куда она явилась с прежней целью. В носу и носоглотке патологические изменения тождественны с прежними. Больная—уроженка гор. Кургана, но как железнодорожница, имея бесплатный билет, посетила многие места РСФСР.

Случай IV. Больная Анна Б., 32 лет, пришла на прием с жалобой на невозможность дышать носом. Больна около 8 лет. Болезнь развилась постепенно. Уроженка с. Камышное, Утятского района, Курганского округа. За пределы округа не выезжала. В семье у сына точно такое же «тяжелое дыхание и опухоль в гортле». *Объективно:* крылья носа нормальной плотности. Оба носовых хода выполнены безболезненными разрастаниями, твердыми на ощупь, в виде бугристых бледно-красных инфильтратов, концентрически суживающих носовые ходы. Дыхание через нос отсутствует. В носоглотке большое количество корок и зеленоватой вязкой слизи. Характерный запах мышами. В мазке наличие Фришевской палочки. От операции отказалась. Реакция В а с с е р м а н а отрицательная. Получив капли, уехала домой (Амбулаторная карточка № 7867—1929 год).

24 января 1931 года больная показала вновь. Предпринятое за это время лечение пользы не принесло. Лечилась в Вендиспансере вновь. Реакция W a s s e r m a n'a, проделанная несколько раз, отрицательна. За последнее время дыхание значительно хуже. Левый носовой ход сужен до величины щели бледно-розовыми разрастаниями, твердыми на ощупь; правый выполнен такого же характера опухолью, имеет вид небольшой воронки. При задней риноскопии видны такого же характера опухоли в просвете хоан. Задняя стенка глотки «лакирована», блестяща, суха. Запах «мышами». В мазке слизи из носа большое количество Фришевской палочки. Часть опухоли взята для исследования. От «радикальной» операции больная отказалась.

При исследовании взятого кусочка (уплотнение формалином, окраска гематоксилин-эозин) обнаружено: среди большого количества соединительно-тканых волокон отдельные узлы грануляционной ткани склеромы с характерными крупными клетками с прозрачной протоплазмой (клетки М и к у л и ч а) и ядром, отодвинутым более к периферии клетки. Таким образом в данном случае клинический диагноз риносклеромы подтвердился гистологическим исследованием.

Случай V. Больная Фелицитита Х., 22 лет, уроженка с. Глядянское, Курганского округа. За пределы округа не выезжала. Поступила в Хирургическое отделение гор. больницы 19/VI 29 г., истор. бол. № 686, с жалобой на сильную одышку, кашель, боли в груди. В таком состоянии около 7 мес. Болезнь развивалась постепенно. Сначала «закладывало» нос, появился сильный голос, затем голос исчез, и с этого времени появилась одышка. Питание удовлетворительно. Внутренние органы—норма. Пальцы и губы синюшны. Дышит с трудом, затруднен главным образом вдох. При ларингоскопии удается видеть отчетливость истинных голосовых связок и исходящую из-под голосовых связок опухоль в виде продольных валиков, значительно суживающих голосовую щель. 20/VI—экстренная операция: Трахеотомия (И. Б е р е з и н). Операцион. журн. № 769. 3/VII—удалена трубка. Голос хриплый. Дыхание свободнее. По утрам одышка до тех пор, пока не вы-

кашляет какую-то тягучую слизь. Носом почти не дышит. Нос заложен корками. В левом носовом ходе, сант. на 2 кзади от входа в нос, имеется небольшое разрастание серовато-красного цвета. Такая же опухоль на носовой раковине покрыта корками. Опухоль безболезненна, концентрически суживает носовой ход. Точно такое же новообразование имеется и справа на носовой перегородке и нижней раковине, значительно суживая правую ноздрю. В носу много слизи, корок. На задней стенке глотки разрастания в виде мелких зерен. Надгортанник не изменен. Голосовые связки утолщены, вилотную не соприкасаются. Ложные голосовые связки и межчерпаловидное пространство ярко-красного цвета. На левой ложной—опухолевидное разрастание сероватого цвета. Подсвязочное пространство сужено валикообразными, расположенными симметрично опухолями. Справа опухоль больше, чем слева. Края опухоли не ровны. Просвет гортани значительно сужен. Через несколько недель уехала домой.

Случай VI. Больная Параскева Ш., 26 лет, посетила Хирургическое отделение 5/X 1929 г. Жалуется на появление на верхней губе какой-то опухоли. У венеролога проделала курс специфического лечения. RW отрицательна. Появившаяся опухоль венерологом диагностирована как первичный склероз. Больная была у меня на приеме ранее, несколько лет тому назад, и тогда у ней был установлен диагноз риносклеромы, подтвердившийся при обследовании ее в Онкологическом институте в Москве, где она лечилась рентгеном и радием. Живет в Курганском округе (с. Зверниголовское),—служащая. Заболела в 1927 году и в тот же год ездila на лечение в Москву. Заболевание началось появлением в носу твердой безболезненной бугристой опухоли. Лечение уменьшило опухоль значительно, однако через некоторое время болезнь начала прогрессировать вновь и в 1929 году больная принуждена была вновь в Москве повторить курс лечения рентгеном и радием. Дыхание через нос не появилось и после лечения, но улучшение в смысле уменьшения опухоли было налицо. Зная о безнадежности лечения, больная примирилась с мыслью не дышать через нос. Восемь месяцев тому назад она заметила небольшую твердую, безболезненную опухоль с внутренней стороны верхней губы. *Объективно:* Верхняя губа несколько втянута внутрь рта, утолщена, плотна наощупь. На слизистой губы имеется твердая, бугристая, безболезненная опухоль величиною с гривенник, бледно-розового цвета. Поверхность ее шероховата, изъязвлена. Такого же характера опухоль в полости рта на твердом небе и дужках. Оба носовых хода выполнены опухолью и зарастены (имеются небольшие слепые воронки). Дыхание только через рот. Хоаны выполнены сероватыми разращениями. Неприятный запах «мышьями». Вместо передних зубов имеется протез, как раз против вновь замеченной ею опухоли. Больная направлена в Свердловский Физиотерапевтический институт для лечения.

Переходя к разбору больных, мы видим, что установить непосредственную связь наших больных, с Юго-западной областью России мы не можем. Она возможна (в виде кратковременного посещения) для случаев № 3 и № 6, где выезд за пределы Курганского округа мог быть источником заражения. В то же время нет никаких оснований предполагать наличия самобытного очага склеромы на Урале в той мере, каким он является в Галиции, Австрии, восточной Пруссии и у нас в Юго-западном крае Европейской части СССР.

Склерома, вероятно, завезена на Урал, как мы указали, многочисленными беженцами во время империалистической войны и интернированными военнопленными. В некоторых районах Курганского округа их имелось изрядное количество; общение их с коренным населением и могло явиться причиной появления склеромы и у последних.

Наш материал заслуживает внимания и с клинической точки зрения. Следуя выработанной схеме проф. Пучковского, мы имеем почти всю гамму разнообразия поражения склеромой верхних дыхательных путей. Случай 2-й относится к исключительному поражению склеромой только наружного носа и носовой полости; 3 и 4-й—к одновременному поражению полости носа и носоглотки; 1 и 6-й—к одновремен-

ному поражению полости носа, носоглотки, верхней губы и верхней полости. Продолжительность заболевания тесно сочетается с тяжестью клинических проявлений, пожалуй, вне зависимости от лечения, ибо ни рентген ни радий не остановили поступательного движения склеромы у больной в 6-ом случае. Случай пятый относится к одновременному поражению полости носа, носоглотки и гортани.

Весь наш материал мы можем разделить на две половины. В одной из них, куда входят больные № 1, 3, 4 и 6, склерома установлена клинически, бактериологически и микроскопически. У первого из них диагноз склеромы одновременно установлен в клинике проф. Боголепова и проф. Никольского (Томск); у второго в клинике г. Омска, у третьего нами в Кургане и у четвертого в Онкологическом институте в Москве. К другой половине относятся случаи № 2 и 5, где склерома установлена только клинически. В этом есть существенный недостаток (в недалеком прошлом мы не имели лаборатории и микротом), но все же при тщательной критике патологических изменений верхних дыхательных путей, при тщательном проведении дифференциальной диагностики диагноз риносклеромы поставлен быть может. „Распознавание болезни очень легко в случае поражения доступных осмотру и ощупыванию пальцем участков: хрящевая плотность опухоли, ее безболезненность, медленное течение, стойкость, во многих случаях характерный запах, совершенно обеспечивает распознавание...“, говорит проф. Ци тов и ч. Правда в слизи носа Фришевская бактерия, в виде короткой с закругленными концами палочки, встречается в большом количестве, однако не легко и кропотливо выделить ее от бактерий озены и пневмококка Friedländer'a. Более точным является срез с опухоли, но микротом имеется далеко не везде. Было бы большой ошибкой только на основании этого отвергать явные по клинической картине случаи риносклеромы. Заболевание довольно редкое, но легко распознаваемого по типичной клинической картине. Риносклерому легко смешать с сифилисом и саркомой, но, ведь, обычно почти все больные проходят через венерологов с проделанным курсом лечения и повторными реакциями В а с с е р м а н а. Фиброзные полипы носа и носоглотки, при известном навыке, распознаются без особенной трудности.

Напомним, что в большинстве случаев, особенно в провинции, диагноз той или иной злокачественной опухоли ставится только путем макроскопического осмотра пораженного органа или препарата. Если это имеет место, если наличие рака или саркомы мы можем считать установленным только осмотром макроскопически, почему наличие риносклеромы, с ее характернейшими особенностями, мы не должны регистрировать без микротомы. Ошибки в диагнозе конечно будут, но меньшей ошибкой будет несколько неверно опубликованных случаев, чем полное молчание, подчеркивающее редкость заболевания, из-за боязни невольно впасть в ошибку. Нет никакого сомнения, что случаи риносклеромы не так-то уж редки, как о них пишут.

Исходя из этих соображений, я взял на себя смелость включить в число случаев риносклеромы двух больных, не обследованных полностью (не сделан срез с опухоли для гистологического исследования).

Случай шестой интересен тем, что демонстрирует неуклонное прогрессирование склеромы даже при применении лучистой терапии. Здесь

лечение рентгеном и радием давало временный успех, а затем развитие склеромы шло медленно и неудержимо. Как ни грустно, но можно повторить слова проф. Цитовича, что при современных наших знаниях об этиологии и патогенезе „вылечить склеромных больных мы не можем, только в исключительных счастливых случаях ограниченного процесса мыслимо излечение“. Возможно, что профилактические мероприятия окажутся орудием более совершенным, чем методы лечебные, но для этого нужно, чтобы широкая врачебная масса знала и помнила о риносклероме. Нужна тщательная регистрация возможных очагов заболевания.

На основании всего вышеизложенного мы позволим себе высказать следующие положения:

1. Несомненно, что количество опубликованных случаев риносклеромы неополно и гораздо меньше действительного числа их.

2. Поступательное действие склеромы с запада на восток имеется налицо. Вероятною причиною этого движения являлись беженцы и военнопленные.

3. Склеромные „уголки“ имеются, наряду с Московским, Юго-западным и Восточно-сибирским очагами, и на Урале (в частности в Курганском округе).

4. Не имея надежных средств для радикальной терапии заболевания, мы должны ввести для борьбы с развивающейся склеромой профилактические мероприятия.

5. Для выяснения степени распространения риносклеромы необходим учет каждого случая заболевания.

Литература: 1. Проф. М. Ф. Цитович. Болезни уха, горла и носа. 1924 г.—2. Н. В. Шварц. Общая хирургия, том II. 1928 г.—3) Проф. Волкович. Риносклерома. Диссертация. 1888 г.—4) Проф. А. М. Пучковский. Вестн. Рино-лар. отиатрии, № 1, 1929 г.—5) Н. Смирнов. Вестн. Р.-л. отиатрии, № 2, 1929 г.—6) А. Г. Фетисов. Сибмедархив, том II, кн. 3—5.—7) Б. Н. Лебедевский. Казан. мед. журнал, № 4, 1930 г.

Республиканская психиатрическая больница Узбекистана (г. Ташкент).

Психозы абстиненции у курильщиков гашиша¹⁾.

Д-ра А. Ю. Выясновского.

Изменение психики в периоде абстиненции у наркоманов вообще—достаточно хорошо изучено. Однако о формах протекания абстиненции при гашише известно мало. Поэтому мы и считаем небезинтересным привести свои наблюдения²⁾.

Случай 1. Б-ой Н., 17 лет, поступил 13/II—1930 г. в стационар Нервно-психиатрического диспансера для лечения от гашишизма. Анашу (местное назв. гашиша) курит 8 лет, выкуривая приблизительно по 5 папирос в день. Поступает по настоянию родителей. С 8 лет бродяжничал, занимался воровством. За последнее время отмечает у себя сонливость и ступение. Венерические болезни отрицает.

¹⁾ Доложено на заседании Психо-неврологического научного о-ва в г. Ташкенте 15/II—1931 г.

²⁾ Наблюдению 3-х первых случаев я обязан д-ру Загрубской А. Л. а последнего д-ру Пустоваловой Т. А., коим приношу мою глубокую благодарность.