

наличии субмукозных узлов. Обе эти больные не были оперированы только потому, что, до рождения миом, наличие последних не было диагностировано; после же рождения—1-ая больная была настолько слаба и анемична, что мы не решались на операцию, у 2-й же температура сразу спала и больная начала выздоравливать. Нам кажется, что чрезвычайно тяжелый пуэрперий, долгое время державший больных на краю гибели, говорит за радикализм в подобных случаях.

На основании нашего материала по миомам и описанных случаев, а также на основании изучения литературы по данному вопросу, мы приходим к следующим выводам:

1) Фибромиомы матки и беременность—явление нередкое, но, в громадном большинстве случаев, беременность при этом благополучно доходит до конца, завершаясь нормальными родами с нормальным послеродовым периодом.

2) Оперировать по поводу фибромиомы при беременности и родах приходится редко, только при наличии особых показаний (осложнений). Субмукозные узлы в послеродовом периоде показывают радикальную операцию.

---

Из клиники болезней носа, горла и ушей Казанского госинститута для усовершенствования врачей.

(Директор проф. В. К. Трутнев.

## О риносклероме<sup>1)</sup>

Д-р К. Г. Борщев.

С тех пор, как венский дерматолог Гебра (в 1870 г.) впервые описал риносклерому, вопрос об этом заболевании многократно освещался в литературе. Однако, и до сего времени риносклерома не потеряла интереса, так как заболевание это сравнительно редкое, весьма еще недостаточно изученное и, в то же время, характеризующееся тяжелыми, а подчас и печальными последствиями для больного. Далеко еще не изучен весьма важный вопрос о нахождении очаговых мест склеромы. Обширная статистика д-ра Кордаковой, насчитывающая в СССР с 1911 по 1926 год—278 человек больных склеромой, все же не точна и дает цифру меньшую, чем в действительности (не учтены случаи Фельдмана, Александрова по Гомелю, частично—Зиновьева и Резникова по Сибири). Полнота и точность статистики склеромы страдает, главным образом, от недостаточного знакомства практических врачей с этим, сравнительно не частым, заболеванием и от трудности диагностики его (особенно при отсутствии лабораторий), в виду чего не мало склеромных больных проходят под диагнозом туберкулеза и *lues'a*.

Верное представление о частоте склеромы и ее распространении, несомненно, может дать только точная статистика, а поэтому необходимо регистрировать каждый новый случай риносклеромы с обращением осо-

---

<sup>1)</sup> Доложено в рино-ларинго-отоларингической секции научно-мед. ассоц. 20 мая 1932 г.

бого внимания на его клиническую картину. В силу указанных соображений мы приводим ниже случай риносклеромы, наблюдавшийся нами в ушной клинике Казан. госинститута для усовершенствования врачей. Интерес случая заключается в том, что риносклерома была обнаружена у жителя, благополучного до сих пор по этой болезни, г. Яранска, Горьк. края, но уроженца бывш. Валуйского у Воронежской губ. (ныне ЦЧО), переселившегося сюда с родины в период гражданской войны.

Описанию наблюдаемого нами случая риносклеромы мы предположим краткую характеристику этого страдания.

По мнению большинства авторов риносклерома—инфекционное заболевание, вызываемое открытой в 1882 году Frisch'em палочкой. Подтверждением этого служит факт эпидемического распространения склеромы из постоянных ее очагов, в места, ранее свободные от этого заболевания. Из богатого статистического материала Neumaпn'a, Волковича и др. видно, что главными и постоянными очагами склеромы являются: Австро-Венгрия, Галиция и западные и юго-западные области СССР—Белоруссия, Украина и часть ЦЧО. Отсюда, в период империалистической и гражданской войн, громадная волна беженцев и переселенцев, рассеиваясь по различным уголкам обширного Советского Союза, занесла с собой склерому в местности, ранее не знавшие ее (случай Никифорова в Туркестане, проф. Комендантова в Саратове и наш случай в Яранске, бывш. Вятской губ.). В подтверждение своего воззрения, сторонники инфекционного происхождения склеромы ссылаются на некоторых исследователей, экспериментально получивших это заболевание у животных путем прививок им культуры палочек Frisch'a (опыты Степанова, Павловского, Жукова).

Однако, некоторые авторы, в том числе и проф. Бурак, считают еще далеко невыясненным вопрос о заразительности склеромы, о способах и путях ее передачи, об инкубационном периоде и т. под. и прямую контактиозность склеромы—недоказанной. Вместе с тем проф. Бурак считает неоспоримым значение бактерий Frisch'a в генезе склеромы, в изменении химических свойств секрета слизистой верхних дыхательных путей при этой болезни, а поэтому поиски средств, могущих изменить характер среды для бактерий, с целью создания наиболее неблагоприятных для них жизненных условий, являются рациональными в деле профилактики и терапии склеромы.

Склерома—хроническое, длящееся годами, прогрессирующее заболевание, поражающее нос, глотку, гортань, трахею, бронхи, губы, а иногда и десны. Нос поражается процессом чаще. Начальная стадия склеромы, обычно не обращающая на себя особого внимания больного, напоминает своим течением атрофический ринит; слизистая носа бледновато-розовата, суховата и покрыта быстро засыхающими корками, издающими специфический неприятный, приторно-кислый запах. Уже при этой форме риносклеромы часто может быть доказан специфический характер процесса путем нахождения в слизи бактерий Frisch'a. Через известное продолжительное время существования атрофического процесса, на слизистой оболочке носа появляются типичные склеромные инфильтраты с гладкой и напряженной поверхностью, могущие тоже существовать долгие годы, медленно превращаясь в рубцовую ткань. В дальнейшем, в виду сильного развития в инфильтратах соединительной ткани, рубцева-

ния и сморщивания, нос приобретает хрящевую консистенцию, ходы его суживаются до исчезновения в глубине просвета; у больных появляется затруднение, а затем и прекращение носового дыхания. При поражении процессом зева и носоглотки, помимо затруднения дыхания, наблюдается изменение тембра голоса. Весьма характерным для болезни является вид небных дужек; вследствие подтягивания инфильтратом мягкого неба и язычка кверху, небные дужки образуют острый угол, напоминая „готический стиль“. В связи с прогрессирующим ростом инфильтратов и рубцового стягивания, мягкое небо все больше и больше приближается к задней стенке глотки, носоглоточное отверстие все более суживается и, наконец, полностью облитерируется. При поражении склеромным процессом гортани, инфильтраты, обычно располагающиеся под голосовыми связками, увеличиваясь, сливаются в своей общей массе голосовые связки и тем суживают просвет гортани. Гораздо реже встречается поражение склеромой трахеи, где обычно образуются мягкие, легко кровоточащие инфильтраты. Эти инфильтраты, увеличиваясь в объеме, нередко закрывают просвет трахеи, вызывая у больного асфиксию.

По своему микроскопическому строению риносклерома является гранулемой. Постоянным признаком, подтверждающим гистологический диагноз ее, являются гигантские клетки Mikulicz'a, гиалиновые шары и соединительно-тканые тяжи. Правда, в начальных стадиях склеромы не всегда можно найти указанную гистологическую картину.

Перейдем к истории болезни нашего больного.

Б-ной В., украинке, 29 лет, милиционер г. Яранска, Горьковского края, уроженец бывшей Воронежской губ., Валуйского уезда, дер. Погромец поступил в клинику 9 мая 1932 г., с жалобами на затрудненное дыхание, хриплый голос и зловонный запах из носа. Начало своей болезни относит к ранней весне 1928 г. когда он, стоя на посту, в холодную ночь под дождем, сильно прозяб, после чего у него был жар, охрип голос. Вскоре к этому присоединились: затруднение носового дыхания, насморк и утолщение наружной поверхности носа в области перехода хрящевой его части в костную. Лечился сначала у ларинголога, затем у венеролога, несмотря на то, что исследование крови на RW (по словам больного) дало отрицательный результат. После принятого курса антилюэтического лечения, состояние больного не только не улучшилось, а наоборот—ухудшилось: нос стал еще более хриплым, увеличилось затруднение носового дыхания, из носа появился гнилостный запах, больной начал ощущать затруднение и ротового дыхания, особенно при ходьбе. Последующее лечение больного в тубдиспансере, а затем в кожно-венерической б-це, также не дало улучшения его болезни. Никакой боли в горле вообще и при глотании, в частности, больной никогда не замечал. Больной женат с 1927 г., имеет двоих здоровых детей, жена тоже здорова. В детстве рос вообще здоровым ребенком, только с 15-тилетнего возраста, до начала описываемого заболевания, страдал часто повторяющимся насморком. В 1930 г. перенес воспаление легких. Наследственность N.

Больной среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания, кожа и видимые слизистые нормальные. Подчелюстные лимфатические железы слегка увеличены. Со стороны внутренних органов грудной и брюшной полости особых отклонений от N нет. Нос по наружной своей поверхности, в области перехода хрящевой части в костную, имеет покрытое лоснящейся кожей, равномерное с обеих сторон, округлое, инфильтрированное утолщение, величиной в голубино яйцо. Наружные носовые отверстия слегка расширены. Верхняя и нижняя губы свободны от процесса. Носовые ходы заполнены засохшими корками. По направлению в глубь носовые ходы воронкообразно суживаются и в глубине просвет их совершенно исчезает. Язык и десны без особых изменений, язычок и мягкое небо заметно притянуты к задней стенке глотки. Небные дужки с язычком образуют подобие острого угла, отчетливо выделяющегося при

фонации. Задняя риноскопия: хоаны, особенно правая, сужены, окружающей их инфильтрированной тканью, местами рубцующейся; обе хоаны равномерно заполнены гноем. Гортань: надгортанник значительно увеличен, отечен, гипертрофирован. В передней комиссуре от надгортанника отходит над просветом гортани соскообразное утолщение около 1 см длиной, бледноватое, имеющее следы рубцового процесса. Справа истинная и ложная голосовые связки слились в общей инфильтрированной массе. Слева истинная голосовая связка бледноватая, едва выделяется из общей картины. В подсвязочном пространстве, в трахее видны бугорки серовато-красноватого цвета, обилие корок. Со стороны ушей отклонений от нормы нет.

10/V 32 года, после местной анестезии гортани 10%-ным раствором кокаина, из передней комиссуры конхотомом взят соскообразный выступ для патолого-анатомического исследования. Из носа, носоглотки и гортани взяты мазки для бактериологического исследования. Гистологическое и бактериологическое исследования подтвердили в нашем случае предполагаемый нами диагноз—риносклеромы.

Вопрос о лечении склеромы до настоящего времени не имеет окончательного разрешения. Много средств предложено различными авторами для этого, однако радикального метода лечения склеромы до сих пор нет. Противосифилитическое ртутно-сальварсанное лечение, применяемое неоднократно, не давало никакого улучшения, но подчас вызывало даже ухудшение процесса. Инъекции Фуллеровского раствора, фибролизина, карболовой кислоты, препаратов висмута, сурьмы—тоже не дали надежного и стойкого эффекта. Хирургическое удаление пораженных мест, многократно применяемое, тоже не разрешило в положительном смысле вопроса. Кроме указанных способов лечения склеромы, необходимо отметить рентгено-терапию, радио-терапию и вакцино-терапию. Проф. Комендантов считает вакцино-терапию лучшим методом лечения склеромы. Различные хирургические манипуляции, и в частности бронхоскопия, как считает проф. Комендантов, производят своего рода ауто-вакцинацию.

Что касается лечения нашего больного, то произведенное ему удаление из гортани разрощенного склеромяного инфильтрата дало известное облегчение: дыхание улучшилось, одышка при ходьбе исчезла.

Больной выписался из клиники с некоторым субъективным улучшением своей болезни.

Л и т е р а т у р а 1. Волкович. Риносклерома. Диссертация, 1888 г. 2. Степанов. Диссертация „Склерома“, 1893 г. 3. Жуков. Диссертация „Склерома“ 1909 г. 4. Кордатов. „О распространении склеромы в СССР“. Журн. ушн., нос. и горл. болезней, 1927 г., №№ 1—2. 5. Проф. Комендантов, „К вопросу о риносклероме“. Вест. РЛО, 1926 г. № 4—5. 6. Калина. „Материалы к учению о патологии и клинике риносклеромы“. Одесса, 1928 г. 7. Пучковский. „Современное распространение склеромы“. Журн. Рус. отоларингология, 1928 г., № 3. 8. Фельдман. „К эпидемиологии склеромы“. Труды 11 съезда ОЛР, изд. 1927 г. 9. Никифоров. Основы патологической анатомии. 10. Зинovieв и Резников. „Риносклерома и ее распространение в Сибири“. Рус. отоларингология, 1929 г., № 2.