

Dr. Carl Rosenthal

въ Берлинѣ.

ЯЗЫКЪ

и состояніе его при различныхъ заболѣваніяхъ.

Для врачей и студентовъ.

Переводъ съ нѣмецкаго
д-ра мед. А. В. Захера.

(Dr. Carl Rosenthal. Die Zunge und ihre Begleit-Erscheinungen bei Krankheiten. Für
Aerzte und Studirende).

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Изданіе журнала „Практическая Медицина“ (В. С. Эттингеръ).

Улица Жуковскаго, 13.

1904.

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 15 Іюня 1904 г.

Посвящается Его Превосходительству, Дѣйствительному Тайному Совѣтнику

Г-ну Проф. Д-ру Ernst von Bergmann'у.

Въ знакъ искренней преданности.

Авторъ.

Предисловіе.

Появленіе предлагаемаго нами небольшого труда вызвано сознаниемъ того, какъ намъ кажется, неоспоримаго факта, что о значеніи языка при различнѣйшихъ заболѣваніяхъ человѣческаго организма у практиковъ и у изслѣдователей существуютъ еще самыя различныя воззрѣнія. Сказанное относится не только къ заболѣваніямъ желудочно-кишечнаго канала, которыя въ этомъ отношеніи занимаютъ первое мѣсто, но въ равной степени и къ другимъ болѣзнямъ, какъ, напр., инфекціонныя. Поэтому я поставилъ себѣ цѣлью, на основаніи подробнаго изученія очень обширной и разсѣянной литературы, а также личнаго наблюденія надъ многочисленными больными изъ частной практики и различныхъ отдѣленій *Charité*, разобрать явленія со стороны языка при различныхъ заболѣваніяхъ человѣческаго организма, собрать все существенное, выбросить не имѣющее никакого значенія, а неправильное исправить. Что при этомъ не должны были быть оставлены безъ вниманія и заболѣванія языка, какъ отдѣльнаго органа, понятно само собою.

Что касается рисунковъ, то я считалъ возможнымъ не помѣщать ихъ въ книгѣ безъ вреда для главной цѣли ея по двумъ причинамъ. Во-первыхъ, не можетъ быть никакого сомнѣнія въ томъ, что и наилучшіе рисунки никогда не могутъ замѣнить нагляднаго изученія на больныхъ, что особенно можно сказать относительно языка, патологическія картины котораго во многихъ случаяхъ отличаются только очень незначительными, только для опытнаго глаза замѣтными отклоненіями. Для освѣженія же въ памяти видѣннаго хорошіе рисунки могутъ дѣйствительно быть очень полезны; для этого, однако, уже существуетъ нѣсколько прекрасныхъ атласовъ.

Достигъ-ли я своей цѣли и насколько, объ этомъ, конечно, судить не мнѣ; во всякомъ случаѣ я старался обработать добытый мною матеріалъ въ краткой и всѣмъ понятной формѣ и въ особенности соотвѣтственно потребностямъ врача-практика.

Д-ръ *Carl Rosenthal*.

Берлинъ, сентябрь 1902 г.

Оглавление

	Стр.
I. Анатомія языка	1
1. Систематическая анатомія языка	1
2. Топографическая анатомія языка	4
II. Физиологія языка	5
III. Способы изслѣдованія языка	9
IV. Врожденные недостатки, уродства и неправильныя формы языка	11
V. Механическія, тепловыя и химическія поврежденія языка	17
VI. Воспалительныя заболѣванія языка	21
1. Поверхностное воспаленіе или катарръ языка (Glossitis superficialis simplex)	21
2. Хроническое поверхностное воспаленіе языка (Glossodynia exfoliativa. Glossitis superficialis Möller'a)	22
3. Ланкартообразный языкъ. (Lingua geographica, Glossitis areata exfoliativa, Annulus migrans).	23
4. Glossitis papulosa acuta.	25
4a. Papillitis linguae	27
5. Черный языкъ. Волосатый языкъ. (Lingua nigra. Melanotrichia linguae. Hyperkeratosis. Nigrities linguae).	27
6. Острое воспаленіе языка. Glossitis acuta superficialis. Glossitis acuta profunda. Флегмона. Нарывы языка	29
7. Травматическія, такъ называемыя катаррально-диспептическія и иъ-которыя болѣе рѣдкія язвы языка	34
VII. Языкъ при острыхъ и хроническихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ	38
1. Корь и краснуха	38
2. Скарлатина	40
3. Вѣтряная оспа (Varicella)	42
4. Оспа (Variola)	42
5. Коклюшъ. (Tussis convulsiva)	44
6. Дифтерія	45
7. Рожа. (Erysipelas)	48
8. Инфлуэнца	48
9. Брюшной тифъ. (Typhus abdominalis)	49
10. Сыпной тифъ. (Typhus exanthematicus)	52
11. Возвратный тифъ. (Typhus recurrens. Febris recurrens)	53
12. Meningitis cerebro-spinalis epidemica	54
13. Кровавый поносъ. (Dysenteria)	54
14. Cholera asiatica	55
15. Малярійныя зараженія	56
16. Перелой	58
17. Мягкій шанкръ	61
18. Сифилисъ	62
19. Проказа языка	72
20. Склерома языка	74
21. Туберкулезъ языка	75
22. Волчанка языка	82
VIII. Языкъ при болѣзняхъ желудка и кишекъ	83
I. Катарръ желудка (Catarrhus gastricus. Gastritis)	83
1. Простой острый катарръ желудка	83
2. Тяжелый острый или токсическій катарръ желудка	84
3. Хроническій катарръ желудка	86
4. Круглая язва желудка. (Ulcus ventriculi simplex. Ulcus rotundum)	86
5. Ракъ желудка	87
6. Нервные заболѣванія желудка. Неврозы желудка	88

	Стр.
IX. Языкъ при нѣкоторыхъ накожныхъ болѣзняхъ	89
1. Herpes. Herpes zoster. Impetigo herpetiformis	90
2. Erythema exsudativum multiforme. Лекарственные сыпи и другія болѣзни, вызываемыя химическими веществами	91
3. Pemphigus.	95
4. Lichen	96
5. Другія накожныя болѣзни, рѣже проявляющіяся на языкѣ	97
6. Leukoplakia языка	99
X. Языкъ при нѣкоторыхъ болѣзняхъ центральной и периферической нервной системы. Неврозы языка	104
1. Кровоизліяніе въ мозгъ. Haemorrhagia cerebri	104
2. Прогрессивный бульбарный параличъ. (Paralysis glosso-labio-laryngea)	105
3. Sclerosis lateralis amyotrophica	107
4. Meningitis	108
5. Истерія	111
6. Невралгія языка	114
7. Glossodynia. (Glossalgia)	115
XI. Болѣзни языка, вызываемыя животными и растительными паразитами	116
1. Эхинококковая болѣзнь	116
2. Пузырчатая глѣза	117
3. Ankylostomiasis	117
4. Dracontiasis. Filaria medinensis. Медвѣжья нѣчотка	117
5. Trichinosis	118
6. Молочница	118
7. Актиномикозъ	121
8. Mykosis leptothrica. Mycosis sarcinica	122
9. Ячуръ. Aphthae epizooticae	124
10. Хронически рецидивирующія афты	126
11. Сибирская язва. Anthrax. Pustula maligna	127
12. Сѣнная лихорадка. (Лѣтній катарръ Bostock'a)	129
XII. Языкъ при нѣкоторыхъ другихъ болѣзняхъ	129
1. Болѣзнь Weil'a	129
2. Уремическія состоянія	130
3. Morbus Addisonii	131
4. Сахарное и несахарное мочеизвуреніе	132
XIII. Новообразованія языка	133
I. Доброкачественныя опухоли	133
1. Мѣшеччатая опухоль. Слизистыя кисты. Ranula. Дермоиды. Слюнные камни (Sialolithiasis)	133
2. Сосудистыя опухоли	141
3. Опухоли, состоящія изъ лимфатическихъ сосудовъ	144
4. Фибромы	148
5. Липомы	150
6. Хондромы и остеомы. Смѣшанныя опухоли	151
7. Эндотелиомы	152
8. Папилломы	154
9. Зобъ основанія языка	156
10. Xanthoma или Xanthelasma языка	158
11. Келлоиды. Рубцовые келлоиды	158
12. Доброкачественныя опухоли на уздечкѣ языка	159
II. Злокачественныя опухоли	160
1. Саркомы	160
2. Ракъ	162

I. Анатомія языка.

1. Систематическая анатомія языка.

Намъ кажется цѣлесообразнымъ дать сначала систематическое описаніе анатоміи языка, какъ отдѣльнаго органа, а затѣмъ только изложить топографическое отношеніе его къ окружающимъ органамъ.

Языкъ, самая подвижная часть человѣческаго организма, представляетъ собою покрытый слизистой оболочкой мясистый лоскутъ, наружный видъ и форма котораго различнымъ образомъ измѣняются, смотря по тому, разсматриваютъ-ли его при закрытомъ или открытомъ ртѣ, или во время какой-либо дѣятельности его.

На языкѣ различаютъ верхнюю и нижнюю поверхность, два боковыхъ края, кончикъ (apex), среднюю часть—тѣло (corpus) и основаніе (basis).

Основа языка составляется изъ многочисленныхъ мышцъ, изъ которыхъ наибольшая часть беретъ свое начало изъ мѣстъ, лежащихъ внѣ языка, а наименьшая—въ немъ самомъ. Всѣ эти мышцы отличаются отъ таковыхъ всего остального тѣла незначительнымъ содержаніемъ соединительной ткани и жира. Въ серединѣ языка мышцы раздѣляются на двѣ симметричныя половины перегородкой, состоящей изъ плотной соединительной ткани.

Разсмотримъ сначала мышцы, входящія въ языкъ извнѣ его, такъ называемыя внѣязычныя мышцы. Изъ нихъ главную роль играютъ mm. genioglossi, такъ какъ они придаютъ языку его форму. Они отходятъ другъ возлѣ друга отъ верхнихъ бугорковъ spinae mentales internae нижней челюсти и въ видѣ вѣера распространяются кверху и кпереди, а также кверху и къзади. Такимъ образомъ они, какъ сказано, принимаютъ участіе въ построеніи всего языка. Въ боковыхъ частяхъ языка къ нимъ примыкаютъ mm. hyoglossi, которые въ видѣ лентъ отходятъ отъ большаго и малаго рожекъ язычной кости и оттуда идутъ кпереди и кверху. Третью пару внѣязычныхъ мышцъ составляютъ mm. styloglossi. Они идутъ отъ processus styloideus и отъ ligamentum stylomandibulare черезъ мѣсто вступленія mm. hyoglossi и образуютъ затѣмъ часть свободныхъ нижнихъ краевъ языка. Кромѣ упомянутыхъ внѣязычныхъ мышцъ иногда существуетъ еще одинъ, m. myloglossus, а именно тогда, когда нѣтъ m. styloglossus, но и при существованіи его. Онъ отходитъ надъ краемъ внутренней стороны наиболѣе выдающагося мѣста

угла нижней челюсти и кончается тамъ, гдѣ *m. styloglossus* достигаетъ языка.

Внутриязычныя мышцы языка суть: поперечная мышца языка—*m. transversus linguae*, нижняя продольная мышца—*m. longitudinalis linguae* и, имѣющая мало значенія, верхняя продольная мышца языка. Самая большая изъ нихъ, *m. transversus linguae*, отходитъ съ обѣихъ сторонъ *septi linguae* многочисленными волокнами, которые многократно перекрещиваются съ волокнами *mm. genioglossi* и идутъ къ боковымъ краямъ языка. *m. longitudinalis linguae* тянется веретенообразно почти черезъ всю длину языка и ограничивается съ медиальной стороны *m. genioglossus*, сбоку и сзади *m. hyoglossus*, а спереди *m. styloglossus*. Последняя изъ внутриязычныхъ мышцъ, верхняя продольная мышца, представляетъ собою мышечный слой, толщиной всего въ нѣсколько миллиметровъ, и лежитъ на поверхности языка подъ слизистой оболочкой.

Весь языкъ покрытъ слизистой оболочкой, составляющей продолженіе слизистой оболочки полости рта. Къ верхней поверхности органа она прикреплена довольно крѣпко, такъ какъ къ ней прикрѣпляются многочисленные мышечныя волокна, къ нижней же поверхности языка она прилегаетъ болѣе рыхло. На поверхности языка слизистая оболочка очень толста и чрезвычайно различна; въ передней части языка въ ней много сосочковъ, благодаря которымъ она шероховата, въ задней части, напротивъ, преобладаютъ железы, богатое скопленіе которыхъ придаетъ этой части слизистой оболочки языка мягкій бархатистый характеръ. Границу между этими двумя частями, называемыми также сосочковой и железистой областью слизистой оболочки языка, образуетъ такъ называемое язычное V. Последнее образуется двумя, почти подъ прямымъ угломъ другъ къ другу стоящими рядами большихъ сосочковъ, *papillae circumvallatae*, которые расположены съ каждой стороны по 3—5 штукъ такимъ образомъ, что верхушка угла направлена кзади. На этомъ мѣстѣ находится также небольшое углубленіе слизистой оболочки, носящее названіе *foramen coecum*. Столь многочисленные въ сосочковой области сосочки состоятъ изъ нитевидныхъ сосочковъ, *papillae filiformes*, и разбѣянныхъ между ними въ небольшомъ числѣ грибовидныхъ сосочковъ, *papillae fungiformes*. Первые суть тонкія, продолговатыя, валикообразныя или заостренныя образованія съ эпителиальными скопленіями на концахъ и обуславливаютъ волокнистое состояніе поверхности передней части языка, вторые же имѣютъ видъ пуговчатыхъ или булавовидныхъ бугорковъ на тонкихъ стебляхъ. *Papillae circumvallatae*, наконецъ, суть конусообразныя, верхушкой книзу направленные образованія, окруженные валикомъ, образуемымъ слизистой оболочкой.

На краяхъ языка мы находимъ фронтально проходящія складки, которые также покрыты нитевидными сосочками, *papillae foliatae*. Железы послѣднихъ и уже упомянутыхъ *papillae circumvallatae* суть гроздевидныя железы съ крупнозернистыми, непрозрачными эпителиальными клѣтками и центрально лежащими ядрами. По функціи ихъ слѣдуетъ считать слюнными железами.

Железистая часть слизистой оболочки языка покрыта многочисленными мѣшеччатыми железами, отверстія которыхъ ясно замѣтны для глаза. Число этихъ железъ, какъ показалъ *Ostmann*¹⁾, чрезвычайно различно и подвержено большимъ колебаніямъ; колебанія эти, по мнѣнію автора, не случайны, а зависятъ отъ индивидуальныхъ обстоятельствъ.

Строеніе мѣшеччатыхъ железъ трубчатое и развѣтвленное. Онѣ имѣютъ яркія и прозрачныя эпителиальныя клѣтки съ лежащими у стѣнокъ ядрами и сравнительно очень толстой *membrana propria*. По функціи своей онѣ суть слизистыя железы²⁾.

На нижней поверхности языка слизистая оболочка несравненно тоньше, чѣмъ только что описанная. У кончика и на боковыхъ краяхъ языка она непосредственно переходитъ въ слизистую оболочку верхней поверхности его. На разстояніи приблизительно 12—15 мм. отъ кончика языка со средины его нижней поверхности отходитъ складка слизистой оболочки ко дну полости рта, *frenulum linguae*. Непосредственно передъ мѣстомъ отхожденія послѣдней въ мускулатурѣ языка лежитъ симметричная железа, называемая также *Nuhn'*овской железой; она встрѣчается также у различныхъ другихъ млекопитающихъ и представляетъ собою смѣшанную железу, т. е. состоитъ изъ долекъ слизистыхъ железъ и долекъ слюнныхъ железъ. Позади уздечки языкъ покрытъ слизистой оболочкой только на боковыхъ частяхъ. Слизистая оболочка нижней поверхности языка ни сосочковъ, ни железъ не содержитъ.

Снабженіе языка кровью происходитъ черезъ вторую переднюю вѣтку *arteriae carotis externae*, т. е. черезъ *arteria lingualis*, толщиной приблизительно въ 4 мм. Покрытая *m. hyoglossus*, она проходитъ сначала впереди, на разстояніи приблизительно 1 см. отъ язычной кости, и подымается затѣмъ позади передняго края упомянутой мышцы косо вверхъ. Отъ этого нормальнаго хода артерій встрѣчаются однако нѣрѣдко отклоненія, которыя для оператора хотя очень важны, но перечисленіе ихъ далеко выходило бы изъ рамокъ этой книги. Отъ упомянутой артерій прежде всего на корнѣ языка отходитъ *arteria dorsalis linguae*, которая снабжаетъ заднюю часть спинки языка, а затѣмъ на томъ мѣстѣ, гдѣ *arteria lingualis* подымается вверхъ, *arteria sublingualis*, которая тоже направляется впереди и снабжаетъ кровью *m. mylohyoideum*. Последняя вѣтка *arteriae lingualis*, которая послѣ отдачи двухъ только что упомянутыхъ сосудовъ называется *arteria profunda linguae*, проходитъ между *mm. genioglossus* и *lingualis* впереди и кончается въ кончикѣ языка, отдавъ предварительно еще нѣсколько маленькихъ вѣтокъ къ передней части спинки языка.

Оттокъ крови изъ языка происходитъ отчасти черезъ *vena lingualis*,

¹⁾ *Ostmann*, Neue Beiträge zu den Untersuchungen über die Balgdrüsen der Zungenwurzel (Aus dem pathologischen Institut zu Berlin). Virchow's Archiv, т. 92.

²⁾ В. Подвысоцкій, Anatomische Untersuchungen über die Zungendrüsen des Menschen und der Säugethiere. Dissertation. Dorpat 1878.

примыкающую по своему ходу къ артеріямъ. Какъ *arteria dorsalis linguae*, такъ и *arteria profunda linguae* по ходу своему почти всегда сопровождаются двумя маленькими венами. Иначе дѣло обстоитъ съ *arteria sublingualis*. Последняя часто совсѣмъ не имѣетъ, а если имѣетъ, то только очень незначительную вену около себя. Другая, довольно значительная часть крови языка оттекаетъ не по *vena lingualis*, а по обѣимъ *venae raninae*, которыя начинаются съ обѣихъ сторонъ уздечки языка, подъ самой слизистой оболочкой, въ видѣ довольно толстыхъ, синеватыхъ шнурковъ, идутъ къзади и отводятъ свою кровь или въ *vena facialis communis*, или въ стволъ *venae jugularis*.

Движеніями всей мускулатуры языка, какъ вѣязычныхъ, такъ и внутриязычныхъ мышцъ, управляетъ *nervus hypoglossus*. Последний проходитъ приблизительно на 1 см. надъ язычною костью, затѣмъ дугообразно черезъ *m. hyoglossus* и вступаетъ въ языкъ снизу. Чувствительнымъ нервомъ для передней части языка служитъ *nervus lingualis*, который проходитъ также дугообразно приблизительно на 2 см. надъ только что упомянутымъ нервомъ, подходитъ къ языку сбоку и раздѣляется въ немъ на массу нитей. Двигательнымъ нервомъ для задней части языка служитъ главнымъ образомъ *Nervus glossopharyngeus*.

2. Топографическая анатомія языка.

Познакомившись въ предыдущемъ съ систематической анатоміей языка, перейдемъ теперь къ топографическому описанію его. При этомъ иногда придется повторять уже извѣстное, но мѣръ силъ, однако, мы будемъ стремиться избѣгать такихъ повтореній.

Въ языкѣ мы различаемъ ротовую и глоточную часть, изъ которыхъ первую образуютъ кончикъ и тѣло языка, вторую—основаніе и корень его. Границу между этими двумя частями на поверхности языка образуетъ язычное V, а на краяхъ—тѣ мѣста, на которыхъ отъ него отходятъ переднія дужки. Ротовая часть языка лежитъ въ горизонтальной плоскости, а глоточная въ вертикальной, образуя такимъ образомъ часть передней стѣнки глотки. Вся верхняя поверхность языка принадлежитъ его ротовой и глоточной части, а гораздо меньшая нижняя поверхность—только ротовой.

Тамъ, гдѣ знакомая уже намъ слизистая оболочка верхней поверхности языка на основаніи его переходитъ въ слизистую оболочку надгортанника, она образуетъ три складки, изъ которыхъ одна, *frenulum epiglottidis*, проходитъ по срединѣ, а двѣ боковыя, *plicae glosso-epiglotticae laterales*, поднимаются вверхъ и въ продолженіи своемъ образуютъ *plicae epiglottico-palatinae*. Мѣсто отхожденія *frenuli epiglottidis* топографически образуетъ границу между основаніемъ и корнемъ языка. Между этой уздечкой и двумя вышеупомянутыми боковыми складками на границѣ основанія языка и надгортанника лежатъ два болѣе или менѣе плоскихъ углубленія, которыя мы называемъ ямочками языка.

На нижней поверхности языка, занимающей сравнительно съ верхней гораздо меньше пространства, мѣсто отхожденія уздечки языка, которое лежитъ на разстояніи приблизительно 12—15 мм. отъ края кончика его, образуетъ границу между послѣднимъ и тѣломъ языка. Здѣсь находится также уже знакомая намъ непарная язычная железа. Начиная съ уздечки, какъ извѣстно, только боковыя части нижней поверхности языка покрыты слизистой оболочкой, которая чѣмъ дальше къзади, тѣмъ болѣе становится узкой, но все-таки доходить до спинки языка. По срединѣ нижней поверхности языка, которая слизистой оболочки уже не имѣетъ, лежатъ *mm. geniohyoidei*, къ которымъ съ обѣихъ сторонъ примыкаютъ подъязычныя железы; подъ ними лежитъ наконецъ *m. mylohyoideus*, образующій дно полости рта.

II. Физиологія языка.

Физиологическая дѣятельность языка очень разнообразна и измѣнчива. Ее можно раздѣлять на двигательную-механическую и физиологическую-химическую. Къ первой принадлежитъ ея дѣятельность при актѣ пищеваренія и при разговорѣ, ко второй—функция языка, какъ органа вкуса.

Разсмотримъ сначала дѣятельность языка при жеваніи и глотаніи, какъ первый актъ пищеваренія.

Мы уже говорили, что языкъ представляетъ собою самый подвижный органъ всего тѣла, къ чему онъ, повидимому, прямо предназначенъ, благодаря своей чрезвычайно богатой мускулатурѣ. При жеваніи онъ подсовываетъ куски пищи со своей верхней поверхности подъ жевательныя поверхности зубовъ и этимъ косвенно благопріятствуетъ столь необходимому, хотя и не всегда исполняемому, размельченію пищи. Изъ размельченной и хорошо перемѣшанной со слюною пищи языкъ затѣмъ образуетъ яйцеобразный кусокъ, который и проходитъ черезъ спинку его въ глотку.

При глотательномъ движеніи языкъ участвуетъ такимъ образомъ, что сталкиваетъ или втискиваетъ твердую или жидкую пищу въ глотку; для этого онъ прижимаетъ сначала свой кончикъ, затѣмъ спинку и наконецъ основаніе къ твердому нёбу и задней стѣнкѣ глотки. Лишь только пища, благодаря этимъ движеніямъ, попадаетъ за переднія дужки, то спинка языка приподымается и выстѣ съ туго натянутыми теперь передними дужками заботится о томъ, чтобы пища не попала обратно въ полость рта.

Всѣ эти важныя акты языкъ можетъ выполнить только благодаря тому, что онъ въ состояніи производить самыя разнообразныя движенія. При помощи *mm. longitudinalis* и *hyoglossus* онъ можетъ укорачиваться и расширяться, при помощи *m. transversus linguae* удлиняться и суживаться. Онъ можетъ выпячивать и углублять свою спинку, послѣднее въ видѣ продолговатаго желобка. Первое, если вообще возможно (*Lange*)¹⁾,

¹⁾ T. Lange, Die Zungenbewegungen. Archiv f. klin. Chir. 1894, стр. 634.

то только въ очень ограниченной мѣрѣ; углубленіе языка, напротивъ, нѣкоторые люди производятъ прекрасно. При образованіи этого желоба мышцы языка, однако, играютъ только ограниченную активную роль. Оно является больше послѣдствіемъ только полного расслабленія поперечныхъ мышечныхъ волоконъ, но именно это расслабленіе произвести въ состояніи только немногіе люди. Образование глубокаго желоба при высунутомъ языкѣ происходитъ такимъ образомъ, что сначала ближайшія къ средней линіи части высунутаго при помощи *mm. genioglossi* языка, вслѣдствіе расслабленія поперечныхъ мышечныхъ волоконъ, опускаются, а затѣмъ слабыя боковыя части органа при помощи угловъ рта при закрываніи послѣдняго приподымаются кверху. Такимъ образомъ нѣкоторымъ лицамъ удается даже совершенно закрыть желобъ соприкосновеніемъ боковыхъ краевъ языка по средней линіи. При помощи однихъ мышцъ языка человекъ можетъ сдѣлать своимъ языкомъ плоскую ложку; для этого *m. genioglossus* опускаетъ среднія части органа на дно полости рта, *m. longitudinalis superior* приподымаетъ кончикъ языка кверху, а оба *mm. styloglossi* приподымаютъ боковыя края его.

Другія движенія языка суть высовываніе его изъ рта и обратное втягиваніе туда. Первое совершается главнымъ образомъ благодаря дѣйствію *m. genioglossi* вмѣстѣ съ *m. transversus linguae*, послѣднее черезъ *m. hyoglossus* и *styloglossus* вмѣстѣ съ *m. longitudinalis*. Сдавливаніе языка на дно полости рта и прижиманіе къ послѣднему производитъ *m. hyoglossus* вмѣстѣ съ *m. genioglossus*, а именно своими ближайшими къ средней линіи частями, приподыманіе же къ нёбу совершается при сочетаніи дѣйствія верхнихъ продольныхъ мышечныхъ волоконъ, *m. mylohyoidei*, *mm. styloglossi* и *stylohyoidei* и, наконецъ, *m. palatoglossi*.

Что, наконецъ, касается боковыхъ движеній языка, въ особенности кончика его, которыя у многихъ людей чрезвычайно быстры и размашисты, то они, какъ увѣряютъ многіе физиологи, производятся одностороннимъ сокращеніемъ продольныхъ мышцъ (*mm. longitudinales*) на одной сторонѣ. По тщательнымъ изслѣдованіямъ *Lange*'а это, однако, невѣрно. По его мнѣнію, отклоненіе вбокъ высунутаго изъ рта языка производится одностороннимъ дѣйствіемъ *m. genioglossi*, а боковыя движенія лежащаго во рту органа, которыя напр. подсовываютъ при жеваніи куски пищи подъ зубы, производится при помощи мускуловъ: *stylo-*, *hyo-*, *chondro-* и *palatoglossus*. Всѣ эти наблюденія безспорно установлены *Lange*'омъ опытами на животныхъ. Возможность засунуть кончикъ языка за задній коренной зубъ этими наблюденіями однако еще не объяснена. Движеніе это скорѣе происходитъ благодаря тому, что при одновременномъ сокращеніи мышцъ, высовывающихъ языкъ, *musculus styloglossus* и другія мышцы, тянущія языкъ вбокъ, механически напрягаются, чѣмъ еще болѣе усиливается ихъ дѣйствіе. Что при этомъ сокращеніи названныхъ мышцъ *m. genioglossus* не можетъ согнуть кончика языка, обуславливается тѣмъ, что языкъ остается лежать позади *spinae mentalis*.

Раземотримъ теперь языкъ, какъ вспомогательный органъ рѣчи. Последняя, какъ извѣстно, составляется изъ гласныхъ и согласныхъ буквъ; извѣстно также, что произведенный въ гортани голосъ лишь тогда можетъ стать звукомъ, гласнымъ и согласнымъ, когда онъ соотвѣтственнымъ образомъ измѣняется въ полости зѣва, рта и носа совершенно характерными измѣненіями послѣднихъ. Поэтому мы можемъ говорить и безъ всякаго содѣйствія органа рѣчи, гортани; подобная рѣчь лишена только звучанія и въ результатѣ получается такъ называемый шопоть. При каждой гласной, *a*, *e*, *и*, *o*, *y*, полость рта и зѣва, а вмѣстѣ съ нею и языкъ принимаютъ совершенно опредѣленную, различную форму. Только послѣдняя и можетъ интересоваться насъ здѣсь. При *a* полость рта раскрывается воронкообразно, причемъ языкъ лежитъ глубоко на днѣ рта. При *o* и *y* полость рта похожа на широкую бутылъ съ короткой и узкой шейкой. Интересующій насъ языкъ при этомъ корнемъ своимъ по возможности приближается къ заднимъ дужкамъ. При *e* и *и*, наконецъ, полость рта похожа на бутылъ съ длинной, узкой шейкой; послѣдняя образуется благодаря тому, что языкъ настолько приближается къ нёбу, что между ними остается только совѣмъ узкій каналъ. При образованіи согласныхъ языкъ особенно большаго значенія не имѣетъ; большое участіе языкъ принимаетъ только въ образованіи нѣбныхъ, свистящихъ, носовыхъ и гортанныхъ звуковъ.

Между этими согласными различаютъ двѣ группы. Первая образуется благодаря извѣстнымъ положеніямъ языка къ твердому нёбу, вторая при помощи опредѣленныхъ измѣненій положенія между языкомъ и мягкимъ нёбомъ. Къ первой группѣ относятся согласныя *d*, *t*, *л*, *с*, *ш* со своими модификаціями, а также различныя созвучія *p* и *n*. Остальныя согласныя образуютъ вторую группу. Подробное описаніе движеній языка при образованіи различныхъ согласныхъ завело бы насъ слишкомъ далеко; намъ приходится поэтому ограничиться сказаннымъ.

Здѣсь, пожалуй, уместно сдѣлать нѣкоторыя указанія относительно чревовѣщанія и о дѣятельности языка при этомъ физиологически очень интересномъ явленіи. Прежде всего слѣдуетъ указать, что у чревовѣщателя органы рѣчи, а вмѣстѣ съ ними и языкъ, функционируютъ такъ же, какъ и при обыкновенномъ способѣ разговора. Поэтому-то чревовѣщатели по профессіи, чтобы отвлечь вниманіе слушателей отъ этихъ органовъ, обыкновенно закрываютъ ротъ или при помощи куколъ и другихъ подобныхъ предметовъ стараются по возможности вызвать обманъ чувствъ; кромѣ того они употребляютъ еще ту предосторожность, что становятся къ публикѣ всегда профилемъ, чтобы можно было производить необходимыя движенія отклоненной отъ публики стороной рта. При внимательномъ разсматриваніи полости рта и зѣва во время чревовѣщанія можно, по *Brücke*, замѣтить, что образуемая передними дужками дуга превращается въ остроугольный треугольникъ, основаніе котораго образуется корнемъ языка, а двѣ другія стороны совершенно почти вытянутыми нѣбными

дужками. Верхний конец треугольника лежит на томъ мѣстѣ, гдѣ обыкновенно находится язычекъ, котораго однако при чревовѣщаніи совершенно не видно. Верхушка упомянутого треугольника лежитъ вверху и позади, что вызываетъ почти полное закрытіе носоглоточнаго пространства, которое и обуславливаетъ поразительно глухой голосъ чревовѣщателей.

Физиолого-химическая дѣятельность языка, къ разсмотрѣнію которой мы теперь переходимъ, очень важна и заключается главнымъ образомъ во вкусовомъ ощущеніи, а въ меньшей степени въ томъ участіи, которое языкъ принимаетъ въ перевариваніи пищи во рту. Что языкъ дѣйствительно есть органъ для воспринятія вкусового ощущенія всѣми столь признано, что даже въ народѣ часто употребляютъ слово «языкъ», когда хотятъ сказать что-нибудь о вкусѣ.

Какія части органа преимущественно служатъ для воспринятія вкусового ощущенія а priori сказать невозможно. Очень возможно, что главную роль при этомъ играетъ корень языка въ области язычнаго V, затѣмъ кончикъ языка и, въ меньшей степени, края его. Какъ о главномъ вкусовомъ нервѣ, мы говорили уже о п. glosso-pharyngeus; нѣсколько меньшее значеніе имѣетъ п. lingualis. Вкусовые нервы оканчиваются въ периферическихъ образованіяхъ, называемыхъ вкусовыми почками. Наибольшее число ихъ лежитъ въ желобоватыхъ сосочкахъ, а именно въ мостовидномъ эпителиѣ, покрывающемъ валики этихъ сосочковъ. Въ меньшемъ количествѣ вкусовые почки находятся и въ нитевидныхъ сосочкахъ. Онѣ похожи на бочкообразныя образованія, наружныя или подпирющія клѣтки которыхъ, подобно дощечкамъ бочки, окружаютъ почку, на оси которой лежатъ вкусовые клѣтки, соотвѣтствующія окончаніямъ п. glosso-pharyngei. Что это дѣйствительно такъ, показываетъ тотъ фактъ, что при перерѣзываніи п. glosso-pharyngei на одной сторонѣ соотвѣтствующія ей вкусовые почки совершенно исчезаютъ, а подпирющія клѣтки ихъ превращаются въ простыя, эпителиальныя клѣтки.

По изслѣдованіямъ Fr. Ziehl¹⁾ посредникомъ для вкусового ощущенія въ двухъ переднихъ третяхъ языка служить п. lingualis, т. е., косвеннымъ путемъ—третья вѣтвь тройничнаго нерва, для задняго же отдѣла языка единственнымъ вкусовымъ нервомъ служить п. glosso-pharyngeus. По мнѣнію другихъ авторовъ (Schiff, Erb), напротивъ, волокна п. lingualis собираются во второй, а не въ третьей вѣтви тройничнаго нерва. Въ видѣ курьеза слѣдуетъ упомянуть еще о томъ, что Geber нѣсколько разъ нашелъ въ человѣческомъ языкѣ, а именно на кончикѣ его, осязательныя тѣльца Meissner'a. Съ другой стороны, вкусовые ощущенія, а соотвѣтственно съ этимъ и вкусовые почки, находятъ также на различныхъ мѣстахъ гортани, какъ, напр., на внутренней поверхности надгортанника и на

¹⁾ Fr. Ziehl in Lübeck. Ein Fall von isolirter Lähmung des ganzen dritten Trigeminasastes nebst einigen Bemerkungen über den Verlauf der Geschmacksfasern der Chorda tympani und die Innervation des Geschmackes überhaupt. Virchow's Archiv, т. 117, тетрадь 1, стр. 52.

слизистой оболочкѣ черпаловидныхъ хрящей. На надгортанникѣ вкусовое ощущеніе передается или непосредственно черезъ nervus glosso-pharyngeus, или черезъ посредство его rami communicantes cum nervo vago, или черезъ rami communicantes nervi laryngei medii.

Другая физиолого-химическая функція языка, имѣющая, однако, очень небольшое значеніе, состоитъ въ томъ, что онъ секретомъ своихъ железъ увеличиваетъ количество слюны полости рта, а вмѣстѣ съ тѣмъ принимаетъ нѣкоторое участіе и въ происходящемъ въ ней перевариваніи пищи.

III. Способы изслѣдованія языка.

Осмотръ языка, благодаря простотѣ этого способа изслѣдованія, практикуется уже съ древнѣйшихъ временъ. Что онъ вошелъ въ плоть и кровь у всѣхъ народовъ, доказываетъ уже хотя бы тотъ фактъ, что нѣрѣдко больной самъ показываетъ врачу языкъ для осмотра безъ всякаго приглашенія слѣвать это со стороны врача. Сильно свыкшись съ этимъ способомъ изслѣдованія, народъ переоцѣнилъ значеніе вида языка при всевозможныхъ болѣзняхъ—вопросъ, о которомъ мы потомъ будемъ говорить подробнѣе.

Языкъ можно изслѣдовать при дневномъ и искусственномъ свѣтѣ, при помощи газоваго, керосиннаго или электрическаго освѣщенія. Эти источники свѣта употребляютъ или прямо, или отражаютъ ихъ на изслѣдуемые части при помощи рефлектора. Переднія и верхнія части языка, приблизительно до язычнаго V, проще всего изслѣдовать, приказывая больному по возможности высунуть языкъ изо рта. Большинству больныхъ это удается легко и въ совершенно достаточной степени. Только изрѣдка встрѣчаются люди, которымъ слишкомъ короткая уздечка языка не позволяетъ даже умѣренно высунуть языкъ изо рта. Случается иногда также, что молодыя дѣвушки или женщины изъ чувства ложнаго стыда или жеманства недостаточно высовываютъ языкъ по требованію врача. Въ такихъ случаяхъ можетъ помочь только уговариваніе больной.

Для точнаго осмотра боковыхъ частей передняго отдѣла языка щеки оттягиваютъ отъ языка кнаружи при помощи узкаго шпателя или особо для этого построеннаго крючка для угла рта. Если потомъ велѣть больному высунуть языкъ въ противоположную сторону, то части эти осмотрѣть удастся очень легко. То же самое часто бываетъ и съ нижней поверхностью языка, и съ уздечкой, когда больному велѣтъ поднять кончикъ языка кверху. Очень часто больные такъ неловки, что не умѣютъ слѣвать этого; тогда приходится самому поднять кончикъ языка больного его собственнымъ носовымъ платкомъ.

Задніе отдѣлы языка, основаніе его, только изрѣдка удается ясно разсмотрѣть безъ всякихъ инструментовъ. Возможно это почти только у пѣвцовъ, которые, благодаря своимъ упражненіямъ, научились сдавливать языкъ на дно полости рта и высоко приподымать при этомъ мягкое

небо. Тамъ же, гдѣ больные этого сдѣлать не могутъ, мы употребляемъ различные шпатели. Рекомендовать какой-либо опредѣленный инструментъ мы находимъ излишнимъ, такъ какъ каждый лучше всего изслѣдуетъ тѣмъ шпателемъ, къ которому привыкъ. Въ общемъ, однако, слѣдуетъ предпочитать тѣ шпатели, которые имѣютъ по возможности меньшій объемъ и вслѣдствіе этого закрываютъ только небольшую часть поверхности языка и производятъ на него по возможности меньшее давленіе, что составляетъ большое преимущество для больныхъ. При употребленіи шпателя или вполнѣ замѣняющей его въ случаѣ надобности ручки ложки, инструментъ кладутъ нѣжно, но быстро и твердой рукой приблизительно на середину между кончикомъ языка и язычнымъ V и, постепенно усиливая давленіе, медленно сдвигаютъ языкъ вперед и вниз. При этомъ цѣлесообразно, даже необходимо, чтобы больной продолжалъ дышать спокойно, такъ какъ это очень облегчаетъ изслѣдованіе. Если сдвинуть языкъ тотчасъ не удастся, то не слѣдуетъ добиваться этого силой, а лучше продолжать дальше производить слабое давленіе; тогда языкъ черезъ короткое время поддается. Что инструменты должны быть хорошо дезинфицированы, понятно само собою. Шпатель передъ употребленіемъ въ каждомъ случаѣ слѣдуетъ слегка подогрѣвать, такъ какъ чувство холода вмѣстѣ съ необходимымъ давленіемъ легко вызываютъ рвотныя движенія. Иногда съ успѣхомъ можно употреблять и небольшое гортанное зеркало, въ особенности для подробнаго осмотра корня языка и язычно-надгортанныхъ складокъ.

Обыкновенно вполнѣ можно обойтись однимъ осмотромъ языка, бывають, однако, случаи, гдѣ одно это изслѣдованіе недостаточно и должно быть дополнено ощупываніемъ. Для этого, если ощупываемая часть лежать не на кончикѣ языка, необходимо вытянуть изо рта платкомъ по возможности весь языкъ. Тогда въ каждомъ случаѣ легко удастся дойти до больного мѣста и ощупать его между двумя пальцами. Что все это слѣдуетъ дѣлать только съ вымытыми на глазахъ больного руками, понятно хотя само собою, но практикуется, къ сожалѣнію, еще не всеми врачами.

Важно, наконецъ, также изслѣдованіе языка на разстройства чувствительности и вкусового ощущенія. Для перваго лучше всего употреблять слегка изогнутый пуговчатый зондъ, которымъ легко ощупать всю поверхность языка и такимъ образомъ точно установить локализацию этихъ разстройствъ.

Разстройства вкусовыхъ ощущеній лучше всего изслѣдуютъ такимъ образомъ, что различныя мѣста языка при помощи кисточки или небольшого кусочка ваты смачиваютъ слабыми растворами представителей различныхъ вкусовыхъ ощущеній: горькаго, сладкаго, кислаго и соленого, какъ хининъ, сахаръ, уксусъ, соль. Другихъ веществъ брать не слѣдуетъ, такъ какъ они большей частью дѣйствуютъ больше на обоняніе, чѣмъ на вкусъ.

Хотя изслѣдованіе языка въ общемъ, какъ мы видѣли, довольно легко, но при извѣстныхъ обстоятельствахъ оно можетъ представлять значительныя затрудненія. Преимущественно это бываетъ при такъ называемомъ сведеніи челюстей. Последнее чаще всего бываетъ послѣдствіемъ періостита послѣднихъ коренныхъ зубовъ съ переходомъ воспаления на жевательныя мышцы, въ особенности на *m. masseter* и *m. pterygoideus internus*. Затѣмъ также при другихъ первичныхъ заболѣваніяхъ этихъ мышцъ или сочлененія нижней челюсти и, наконецъ, при различныхъ заболѣваніяхъ такъ называемой межчелюстной складки, т. е. той части слизистой оболочки полости рта, которая въ видѣ дуги идетъ отъ одной челюсти къ другой. Если при такихъ обстоятельствахъ необходимо изслѣдовать языкъ, то прежде всего никогда не слѣдуетъ грубо раздвигать зубовъ насильно. Въ нѣкоторыхъ, не слишкомъ тяжелыхъ случаяхъ продолжительнымъ и слабымъ давленіемъ удастся раздвинуть челюсти. Если же этого добиться нельзя, то остается только наркозъ. Отъ глубокаго наркоза мы, однако, сильно предостерегаемъ, такъ какъ если бы передъ достаточнымъ расслабленіемъ сведенія челюстей наступила асфиксія, то пришлось бы тотчасъ же приступить къ трахеотоміи, потому что невозможно было бы захватить языкъ и вытащить его (*Mikulicz*).

Рѣже изслѣдованіе языка затруднено, иногда даже совершенно невозможно, вслѣдствіе врожденныхъ или рубцовыхъ суженій ротовой щели (*Mikrostomia*) или вслѣдствіе инфильтрацій въ окрестности рта.

IV. Врожденные недостатки, уродства и неправильныя формы языка.

Прежде чѣмъ приступить къ описанію врожденныхъ недостатковъ и уродствъ языка, намъ кажется цѣлесообразнымъ сдѣлать нѣсколько, хотя бы краткихъ, замѣчаній относительно исторіи развитія этого органа, такъ какъ только знаніе послѣдней даетъ возможность правильно понять первые.

Полость рта и слотка млекопитающихъ образуются изъ частей такъ называемаго головного конца кишечнаго канала, т. е. того куска всего кишечнаго тракта, который въ видѣ начала послѣдняго лежитъ въ головѣ и начинается полостью рта. Съ своей стороны языкъ, самый важный органъ полости рта, образуется, по *His*'у, изъ двухъ зародышей, передняго и задняго. Первый показывается уже въ раннихъ стадіяхъ развитія на днѣ полости рта въ видѣ небольшого непарнаго бугорка (*tuberculum impar*) на мѣстѣ, ограничиваемомъ нижнечелюстными буграми. Изъ него развивается тѣло и кончикъ языка. Второй, задній зародышъ, состоитъ изъ двухъ небольшихъ возвышеній, лежащихъ на мѣстѣ соединенія второй и третьей жаберной дуги, и въ дальнѣйшемъ развитіи образуетъ корень языка. Оба зародыша, передній и задній, впоследствии соединяются въ V-образномъ швѣ (*sulcus terminalis linguae*). Уже въ началѣ третьяго мѣсяца эмбриональной жизни на тѣлѣ языка развивается большое коли-

чество сосочковъ, существующія же на основаніи языка многочисленныя мѣшечтатыя железы появляются только въ восьмомъ мѣсяцѣ эмбриональной жизни. На *sulcus terminalis linguae*, наконецъ, образуются *papillae circumvallatae*. По *Gegenbauer*'у языкъ образуется въ видѣ железистаго органа, и это образование железъ есть условіе для позднѣйшей мускуляризаціи языка.

Полное врожденное отсутствіе языка (*Aglossia*), повидимому, чрезвычайно рѣдкое явленіе и наблюдается большей частью только у неспособныхъ къ жизни уродовъ съ другими значительными недостатками черепа и лица. Изъ описанныхъ несомнѣнныхъ случаевъ только одинъ остался въ живыхъ, а именно случай, опубликованный *Jussieu* въ 1718 году. Это была молодая пациентка 15 лѣтъ, у которой вмѣсто языка на днѣ полости рта ничего не было кромѣ небольшого, нѣсколько подвижнаго возвышенія, остальная же мускулатура дна полости рта была во всѣхъ отношеніяхъ нормально развита и вполне могла функционировать. Рѣчь больной, несмотря на отсутствіе языка, была едва замѣтно измѣнена, — только гортанные звуки представляли нѣкоторыя затрудненія, — жеваніе же и глотаніе удавались только съ трудомъ. Первое, т. е. едва замѣтное разстройство рѣчи, какъ оно ни непонятно, многократно наблюдалось и послѣ полной экстирпаціи языка или потери его вслѣдствіе изъязвленій или поврежденій. Затрудненіе жеванія и глотанія, напротивъ, объясняется тѣмъ, что языкъ, какъ мы сказали уже въ отдѣлѣ физиологіи, подсовываетъ куски пищи во рту подъ жевательныя поверхности зубовъ, образуя изъ пищи яйцеобразный кусокъ и, наконецъ, препроводить его черезъ свою спинку въ глотку. Этимъ и объясняется, что описываемая пациентка *Jussieu* при ѣдѣ должна была подсовывать пальцами куски пищи подъ зубы, а образовавшійся кусокъ такимъ же способомъ препроваживала въ глотку.

Подобный же случай врожденнаго отсутствія языка, въ которомъ вмѣсто этого органа существовало два небольшихъ узелка, двигавшихся при помощи особаго мышечнаго аппарата, наблюдалъ *Louis. Förster*.¹⁾ также видѣлъ почти полное отсутствіе языка у грудного ребенка съ поразительно маленькой нижней челюстью. — Маленькій, захудалый языкъ, *Mikroglossia*, тоже встрѣчается только очень рѣдко у въ остальномъ хорошо развитыхъ людей. Многократно наблюдали врожденное отсутствіе важной составной части языка, именно надгортанника. *Eberth* ²⁾, напр., описываетъ подобный случай у одной 56-лѣтней, умершей отъ холеры женщины, у которой при жизни не было ни малѣйшаго указанія на столь тяжелый недостатокъ. Вмѣсто надгортанника, длина котораго обыкновенно 15—18 мм., у нея была пара складокъ слизистой оболочки, вышиною едва въ 5 мм. Сама слизистая оболочка повсюду была совершенно нор-

¹⁾ *Förster*, Die Missbildungen des Menschen. Jena 1861.

²⁾ *C. J. Eberth*, Hochgradiger Defect der Epiglottis. Virchow's Archiv, т. 43. Vierte Folge, т. 3, стр. 135.

мальна и нигдѣ на ней не было видно ни слѣда залеченной потери вещества. При вскрытіи ни сифилиса, ни туберкулеза найдено не было.

Полное отсутствіе желобоватыхъ сосочковъ, какъ врожденную аномалію, видѣлъ *Kelch* ¹⁾.

Въ противоположность отсутствію языка иногда, какъ врожденное уродство, встрѣчается значительное увеличеніе всего органа или одной какой-либо части его, врожденная *Makroglossia*. Такъ какъ мы объ этомъ уродствѣ будемъ говорить еще послѣ, при описаніи опухолей языка, то мы здѣсь упомянемъ только о томъ, что случаи врожденной макроглоссии хотя и извѣстны со временъ *Galen*'а, но что только въ самое послѣднее время узнали, что болѣзнь эта представляетъ собою лимфангіому. Интересно, что въ одномъ случаѣ врожденной гипертрофіи одной половины тѣла гипертрофирована была и соотвѣтствующая половина языка (*Maas*) ²⁾. Увеличеніе въ этомъ случаѣ было вызвано гипертрофіей мускулатуры языка и съ увеличеніемъ при настоящей макроглоссии его, слѣдовательно, сравнить нельзя, такъ какъ при послѣдней, какъ еще увидимъ послѣ, всегда существуетъ измѣненіе лимфатическихъ сосудовъ. Подобная же этиологія была и въ случаѣ врожденной макроглоссии, сообщенномъ *Bruck*'омъ ³⁾, въ которомъ одновременно была настоящая гипертрофія всей мускулатуры и идиотизмъ у 10-лѣтней дѣвочки. Случай врожденнаго увеличенія одной половины языка у въ остальномъ физически и умственно нормальнаго мужчины наблюдалъ *Paulicky* ⁴⁾ при осмотрѣ рекрутовъ. Здѣсь правая половина языка была значительно объемистѣе лѣвой; на поверхности ея была масса, величиною въ горохъ, возвышеній, соотвѣтственно сосочкамъ. Движенія органа не были затруднены, только рѣчь была слегка разстроена. По словамъ больного, языкъ поврежденъ еще сильнѣе опухалъ и тогда очень мѣшалъ разговору. Отдѣленіе слюны было, повидимому, нѣсколько увеличено.

Здѣсь слѣдуетъ упомянуть и о томъ, что иногда встрѣчается второй добавочный языкъ. Подобный случай описываетъ *Hönigschmied* ⁵⁾ у новорожденнаго, у котораго къ задней стѣнкѣ глотки, какъ разъ позади язычка, на ножкѣ шириною въ 2 см. былъ прикрѣпленъ языкъ, длиною въ 6 см. и шириною въ 3½ см., который, свѣшиваясь въ глотку, мѣшалъ доступу воздуха въ гортань. Послѣ предварительной перевязки языкъ поэтому былъ срѣзанъ; кровотеченія не было, рана скоро зажила.

Больше какъ о курьезѣ упоминаемъ здѣсь и о томъ, что иногда встрѣчается врожденный, ненормально длинный языкъ. Длина этого органа

¹⁾ *Kelch*, Beiträge zu pathologischen Anatomie.

²⁾ *Maas*, von Langenbeck's Archiv, т. 13.

³⁾ *Bruck*, Ueber einen Fall von congenitaler Makroglossie, combinirt mit allgemeiner wahrer Muskelhypertrophie und Idiotie. Deutsche med. Wochenschr. 1889, № 12.

⁴⁾ *August Paulicky*, Ueber congenitale Missbildungen. Berlin. 1882. Ernst Siegfried Mittler und Sohn.

⁵⁾ *E. Hönigschmied*, Ein Kind mit zwei vollkommen ausgebildeten Zungen. Med. chirurg. Centralblatt 1898, № 28.

сама по себѣ у различныхъ людей чрезвычайно различна, также и форма, и подвижность его, вслѣдствіе чего въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, конечно, трудно рѣшить, слѣдуетъ-ли считать данный длинный языкъ еще нормальнымъ или нѣтъ. Столь длинные языки, какъ описанные *Clarke'*омъ и *Fournier*, ничѣмъ инымъ, конечно, какъ уродствомъ считать нельзя. Въ первомъ изъ этихъ случаевъ языкъ, вынутый изъ рта, свѣшивался складками надъ зубами, во второмъ кончикъ языка у молодой дѣвушки при неопущенной головѣ касался груди. Какихъ-либо неприятностей или затрудненій при разговорѣ, жеваніи и глотаніи эти больные, повидимому, не ощущали.

Врожденное расщепленіе языка (*Lingua bifida*) тоже рѣдкое явленіе. Расщепленіе это можетъ существовать на различномъ протяженіи. Большею частью расщепленъ только кончикъ языка на очень небольшомъ протяженіи въ продольномъ направленіи, иногда однако щель простирается и дальше въ спинку языка. *Richard* и *Michel* въ одномъ случаѣ обширнаго расщепленія губъ и челюстей видѣли почти полное раздвоеніе языка. Здѣсь, слѣдовательно, существуетъ аналогія съ рядомъ животныхъ, имѣющихъ расщепленный языкъ. Этимъ мы, однако, вовсе не хотимъ приводить какого-либо новаго доказательства атавистическихъ теорій. Развитие расщепленія исторіей развитія языка никоимъ образомъ объяснить нельзя, такъ какъ этотъ органъ образуется, какъ мы видѣли, не изъ двухъ рядомъ лежащихъ зародышей. Но и объясненіе *Ahlfeld'a* ¹⁾, что большинство щелей языка у въ остальномъ совершенно здоровыхъ дѣтей происходитъ отъ того, что слишкомъ короткая уздечка постоянно тербитъ языкъ, тоже насъ удовлетворить не можетъ. Чаше въ сравненіи съ простымъ расщепленіемъ встрѣчается двойное расщепленіе языка, такъ называемый трехлопастный языкъ. Незначительныя расщепленія языка большей частью никакихъ неудобствъ не вызываютъ; ради косметическаго эффекта ихъ, однако, послѣ освѣженія краевъ можно безъ всякой опасности сшить. Болѣе или менѣе сильныя кровотеченія при этомъ рѣдки.

Очень часто наблюдаются врожденныя неправильности уздечки языка; въ публикѣ въ такихъ случаяхъ говорятъ о приращеніи языка и народъ видитъ въ этой аномаліи всевозможныя опасности и ужасы. Этотъ приращеній языкъ обуславливается тѣмъ, что уздечка языка, т. е. та дупликатура слизистой оболочки, которая соединяетъ нижнюю поверхность языка съ дномъ полости рта, фиксируетъ кончикъ языка въ сагиттальномъ направленіи или, благодаря своей короткости и сильной натянутости, мѣшаетъ необходимой подвижности органа. Въ обоихъ случаяхъ это сильно мѣшаетъ ребенку сосать и глотать. Довольно часто, однако, боязливыя матери и няни безъ всякой надобности пристають къ врачу съ просьбой перерѣзать слишкомъ короткую, по ихъ мнѣнію, уздечку языка. Если въ такихъ случаяхъ кончикъ пальца можно подсухнуть подъ кончикъ языка и вытянуть

послѣдній хотя бы до альвеолярнаго края, то операція излишня. Последняя, впрочемъ, очень легка и проста. Уздечку языка захватываютъ между большимъ и указательнымъ пальцемъ лѣвой руки, приподымають ими языкъ кверху и такимъ образомъ натягиваютъ уздечку, которую затѣмъ и перерѣзають узкими ножницами до того мѣста, до котораго она еще тонка и прозрачна; вмѣсто пальцевъ для натягиванія уздечки можно употреблять и специально для этой цѣли приготовляемый широкій, посрединѣ расщепленный зондъ. Кровотеченіе при осторожномъ, т. е. не слишкомъ глубокомъ разрѣзѣ всегда совершенно незначительное и особой остановки не требуетъ. Только при очень глубокомъ разрѣзѣ можетъ появиться большое кровотеченіе, хотя перерѣзываніе *arteriae linguae* и при этомъ очень рѣдкое явленіе. Описаны, впрочемъ, случаи и смертельнаго кровотеченія, напр. *Reboul'*емъ, въ случаѣ котораго ребенокъ, по всей вѣроятности, страдалъ гемофиліей, а также *Sarkewitsch'*емъ, *Burton'*омъ и другими.

Иногда можетъ случиться, что послѣ разрѣзанія ненормальной уздечки на разрѣзѣ образуются небольшія язвочки, которыя, однако, большей частью довольно невинны и заживаютъ безъ дальнѣйшаго леченія.

Въ общемъ вполне справедливо можно утверждать, что подрѣзываніе уздечки дѣйствительно необходимо только въ очень рѣдкихъ случаяхъ, и что операція эта слишкомъ часто производится врачами даже противъ ихъ убѣжденія только потому, что они уступаютъ несправедливымъ опасеніямъ родныхъ ребенка.

У взрослыхъ, говорятъ, иногда слишкомъ короткая, неподрѣзанная въ дѣтствѣ уздечка мѣшаетъ разговору. *G. Hudson Maknen* ¹⁾ по крайней мѣрѣ описываетъ одинъ такой случай, въ которомъ совершенно неясная до операціи рѣчь больного тотчасъ послѣ подрѣзыванія уздечки стала поразительно лучше. Собственнаго опыта мы въ этомъ отношеніи не имѣемъ.

Гораздо болѣе тяжелыя явленія, чѣмъ при слишкомъ широкой или слишкомъ короткой уздечкѣ языка, могутъ появиться вслѣдствіе слишкомъ длинной уздечки или послѣ подрѣзыванія ея; говоря это, мы имѣемъ въ виду такъ называемое западеніе языка, какъ оно часто наблюдается при хлороформированіи. По наблюденіямъ нѣкоторыхъ авторовъ, изъ которыхъ назовемъ здѣсь только *Petit* и *Hennig'a*, иногда случается, что при слишкомъ длинной уздечкѣ фиксація языка спереди столь недостаточна, что языкъ при глотаніи западаетъ въ глотку и вызываетъ припадокъ задушенія. Изъ трехъ опубликованныхъ *Petit* ²⁾ случаевъ двое умерли черезъ очень короткое время послѣ подрѣзыванія уздечки при симптомахъ задушенія. Для вѣрнаго выясненія причины смерти органы полости рта и зѣва изслѣдованы были по возможности *in situ*, съ какою-либо цѣлью прорѣзана была мускулатура щекъ. И тогда въ дѣйствитель-

¹⁾ *G. Hudson Maknen*. Rapid speech development in an adult following an operation for tongue-tie. N. Y. med. journal. 1895. 20 аур.

²⁾ *Petit*, Mémoires acad. royal. des sciences. 1742, стр. 247.

¹⁾ *Ahlfeld*, Missbildungen des Menschen. 1882.

ности нашли, что задушение бесспорно было вызвано западением языка в глотку; спинка языка плотно прилегала къ задней стѣнкѣ глотки, а основание его крѣпко прижимало надгортанникъ надъ входомъ въ гортань, абсолютно не допуская доступа воздуха въ легкія. Кончикъ языка кромѣ того былъ завернуть за спинку языка. Третьяго больного *Petit*, у котораго соотношенія языка были такія же, какъ въ двухъ первыхъ случаяхъ, удалось спасти только благодаря тому, что пища давалась ребенку каждый разъ только въ очень незначительномъ количествѣ; при каждомъ угрожающемъ припадкѣ задушенія, кромѣ того, ребенку вводили палецъ въ ротъ и приводили языкъ въ его нормальное положеніе. Подобные же случаи описываетъ и *Hennig*¹⁾. Въ его случаяхъ дѣти были немного постарше, нѣсколькихъ мѣсяцевъ отъ роду; во время припадковъ коклюша они при вдыханіи, между отдѣльными кашлевыми толчками, присасывали слишкомъ подвижный языкъ въ глотку. Хотя, слѣдовательно, возможности проглатыванія языка и обусловливаемой этимъ смерти отъ задушенія въ дѣтскомъ возрастѣ совершенно отрицать нельзя, однако, болѣе чѣмъ вѣроятно, что такіе случаи чрезвычайно рѣдки и что опасностей подрѣзыванія уздечки преувеличивать не слѣдуетъ. Мы сами подобнаго случая никогда не наблюдали.

Здѣсь слѣдуетъ упомянуть и о той рѣдкой врожденной аномаліи, которую *Pluder*²⁾ называетъ акробатствомъ языка. Онъ видѣлъ двухъ больныхъ, изъ которыхъ одинъ былъ въ состояніи завернуть весь языкъ кверху и ощупать имъ все носоглоточное пространство, другой же, страдавшій эзофагизмомъ, могъ вытаскивать языкомъ куски пищи, остававшіеся въ началѣ пищевода.

Болѣе важныя функціональныя разстройства, чѣмъ слишкомъ широкой или слишкомъ короткой уздечкой языка, иногда обусловливаются врожденнымъ сращеніемъ языка съ дномъ ротовой полости или нижней челюстью. Подобныя сращения иногда находятъ у новорожденныхъ въ такомъ видѣ, что основание языка на свободныхъ краяхъ или ближе къ уздечкѣ кожными складками плотно прикрѣплено ко дну полости рта; подобнымъ же образомъ кончикъ языка иногда прикрѣпленъ къ нижней челюсти. Что все это сильно мѣшаетъ движеніямъ языка и очень затрудняетъ сосаніе и глотаніе, понятно само собою. Разъединеніе подобныхъ сращеній поэтому безусловно необходимо; къ счастью оно обыкновенно удается очень легко, такъ какъ сращения очень тонки и содержатъ мало крови. Только въ исключительныхъ случаяхъ иногда встрѣчаются крѣпкіе и плотные тяжи, разъединить которые можно только осторожнымъ перерѣзываніемъ и перевязкой кровоточащихъ сосудовъ.

Болѣе легкую степень сращеній представляютъ собою описанныя *Roser*³⁾омъ, *Routier* и другими эпителиальныя слипанія языка съ дномъ полости

¹⁾ *Hennig*, Jahrbuch der Kinderheilkunde. Neue Folge. 1887, т. XI, стр. 299.

²⁾ *F. Pluder*, Zwei Fälle von Ueberbeweglichkeit der Zunge. Fraenkel's Archiv für Laryngologie. 1900, т. X, стр. 265.

рта или небными дужками. Протяженіе этихъ слипаній тоже очень различно; иногда они поражаютъ только очень небольшіе, отдѣльные участки нижней поверхности языка, иногда болѣе обширныя части. Разъединеніе ихъ, однако, всегда легко, кровотеченіемъ не сопровождается и производится просто пальцемъ или подходящимъ зондомъ.

Советъ не рѣдкая, врожденная аномалія языка есть такъ называемый дольчатый языкъ, *lingua plicata*. Въ большинствѣ такихъ случаевъ языкъ немного, но не особенно замѣтно увеличенъ, совершенно пропорціоналенъ; на всей поверхности его масса глубокихъ бороздъ, расположенныхъ часто симметрично, иногда безъ всякаго порядка. Почти во всѣхъ случаяхъ, однако, существуетъ одна особенно глубокая борозда по срединѣ спинки языка. Весь языкъ получаетъ поэтому очень курьезный видъ и тотъ, кто видитъ такой языкъ въ первый разъ, едва можетъ повѣрить, что это только невинная игра природы. При болѣе близкомъ разсматриваніи поверхности языка можно замѣтить, что въ бороздахъ сосочковъ нѣтъ, и что на возвышенныхъ частяхъ они нормальны. Дольчатый языкъ, повидимому, чаще встрѣчается у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ. При совершенной невинности этой аномаліи всякое терапевтическое вмѣшательство, конечно, излишне.

V. Механическія, тепловыя и химическія поврежденія языка.

Механическія поврежденія языка въ общемъ переносятъ довольно хорошо; всякаго рода раны на немъ часто заживаютъ гладко и безъ всякаго вреда, какъ бы размозжены и разорваны онѣ ни были. Фактъ этотъ тѣмъ болѣе непонятенъ, что именно полость рта кишитъ различными микроорганизмами и, благодаря своей влажной теплотѣ и всегда находящемуся въ ней въ изобиліи питательному матеріалу, создаетъ самыя лучшія условія для развитія этихъ микроорганизмовъ. Чѣмъ собственно обуславливается этотъ иммунитетъ, вполне достовѣрно сказать нельзя. Прежде всего при этомъ, конечно, имѣетъ значеніе сильная защита, представляемая плотнымъ эпителиальнымъ покровомъ языка, затѣмъ его обширная сосудистая система, которою обезпечивается особенно хорошее питаніе языка и вмѣстѣ съ нимъ и большая способность сопротивленія. Кромѣ того, въ плотной соединительной ткани, которая уже сама по себѣ представляетъ нѣкоторое препятствіе проникновенію микроорганизмовъ, находится масса лейкоцитовъ, которые, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, представляютъ собою защиту противъ зараженія въ томъ смыслѣ, что химически обезвреживаютъ находящіеся въ слюнѣ зародыши. Наконецъ, и слюна есть по крайней мѣрѣ механически дѣйствующее средство для предупрежденія зараженія, такъ какъ она не только заботится объ удаленіи заразительныхъ частичекъ, но и обволакиваетъ ихъ какъ бы защищающимъ покровомъ. Все сказанное, однако, относится къ нормальному, здоровому

человѣку. Больной индивидуумъ, части тѣла котораго тѣмъ или инымъ путемъ потеряли свою способность сопротивляться, въ извѣстныхъ случаяхъ уже не можетъ представить достаточнаго сопротивленія вреду, развиваемому находящимися въ его полости рта вирулентными микроорганизмами, вслѣдствіе чего и происходитъ зараженіе.

Механическія поврежденія языка чаще всего несомнѣнно происходятъ вслѣдствіе укуса собственными зубами. Причиной такихъ поврежденій большей частью бываетъ слишкомъ быстрое жеваніе и ослабленная чувствительность языка; поврежденіе это, однако, почти никогда никакихъ дурныхъ послѣдствій не имѣетъ, кромѣ вызываемой имъ, иногда довольно сильной, боли. Что у страдающихъ кровоточивостью иногда можетъ наступить сильная геморрагія и даже со смертельнымъ исходомъ, понятно само собою, и въ литературѣ даже описаны подобные случаи. Столь же рѣдко иногда вслѣдствіе зараженія можетъ появиться септическое или гангренозное воспаленіе. Обыкновенно, однако, подобные раны отъ укусовъ заживаютъ очень быстро безъ всякаго вреда для больного. Гораздо обширнѣе и тяжелѣе бываютъ поврежденія отъ укуса языка, происходящія вслѣдствіе паденія или удара въ подбородокъ, если языкъ въ этотъ моментъ лежалъ между зубами. При такихъ условіяхъ дѣло можетъ дойти даже до полного отрыванія частей языка, обыкновенно, однако, перекусываются вполнѣ или очень глубоко только среднія части попавшаго между зубами языка, боковыя же части остаются совершенно неповрежденными или только слегка повреждаются. При этомъ можетъ случиться, что отломившіеся куски зуба иногда долгое время остаются лежать въ ткани языка. Кровотеченіе очень большимъ обыкновенно не бываетъ; если оно только паренхиматозное, то оно прекращается послѣ соединенія разорванныхъ частей языка крѣпкимъ швомъ, который вообще представляетъ наилучшее средство въ подобныхъ несчастныхъ случаяхъ. Если же оно артеріальное (*arteria ranina*), то предварительно необходимо перевязать кровоточащіе сосуды. Простые укусы, происходящіе при эпилептическихъ и иногда при апоплектическихъ припадкахъ, вообще при всѣхъ состояніяхъ, сопровождающихся судорогами языка, и поражающіе большей частью только боковые края языка, ни въ какомъ леченіи собственно не нуждаются; можно, впрочемъ, назначить какое-нибудь дезинфицирующее или вяжущее полосканіе. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, однако, изъ такого укуса языка, въ особенности если его запускаютъ, можетъ развиваться и язва, заживающая только послѣ продолжительнаго гранулированія. Въ одномъ напр. случаѣ, описанномъ *Menche*¹⁾, мальчикъ, страдавшій эрготизмомъ, во время припадковъ судорогъ такъ сильно укусилъ себя языкъ, что глубокая гранулирующая рана въ паренхимѣ языка видна была еще нѣсколько дней. Столь же безопасны и безъ всякаго значенія, какъ большинство только что описанныхъ укусовъ языка, суть и тѣ легкіе порѣзы его, которые довольно часто

происходятъ у людей, которые противъ самыхъ простыхъ правилъ приличія имѣютъ обыкновеніе совать при ѣдѣ ножъ въ ротъ. Очень рѣдко при этомъ происходятъ большіе порѣзы, которые тогда приходится зашивать по общимъ правиламъ хирургіи, легкія же поврежденія во врачебной помощи обыкновенно не нуждаются. Порѣзы, производимые хирургомъ при оперативныхъ вмѣшательствахъ, сюда не относятся. Укулы языка могутъ стать опасными вслѣдствіе того, что ими иногда повреждаются большіе сосуды въ глубинѣ органа, что можетъ вызвать сильное, даже угрожающее жизни кровотеченіе. То же самое можно сказать и о прострѣливаніяхъ языка. И они могутъ имѣть серьезные послѣдствія лишь тогда, когда пуля повреждаетъ большіе сосуды. Но кромѣ того, при прострѣливаніи въ ткань языка нерѣдко попадаютъ части сосѣднихъ тканей, зубовъ или костей челюстей; пуля сама тоже можетъ остаться въ языкѣ. Эти инородныя тѣла иногда могутъ оставаться въ паренхимѣ языка очень долгое время, не вызывая никакихъ страданій, и довольно часто даже врастаютъ безъ всякаго вреда. Обыкновенно, однако, передъ зашиваніемъ такихъ ранъ необходимо постараться удалить изъ нихъ обломки костей или пулю, чтобы добиться заживленія *per primam intentionem*.

Другое часто встрѣчающееся механическое поврежденіе языка есть проникновеніе въ него инородныхъ тѣлъ при ѣдѣ. Такимъ путемъ въ паренхиму языка иногда попадаютъ рыбныя кости или небольшіе острые кусочки другихъ костей, которые могутъ остаться въ ней, не вызывая сначала никакихъ симптомовъ. Долгое время спустя, однако, образуется небольшой гноящійся свищъ, а иногда и кровотеченіе, вызывающіе подозрѣніе о существованіи какого-нибудь инороднаго тѣла. Затѣмъ, если инородное тѣло не извлекается, вокругъ него образуется твердая ограниченная опухоль, въ которую ведетъ свищъ. Опухоль иногда можетъ нагноиться и тогда инородное тѣло, если оно не очень большое, выходитъ вмѣстѣ съ гноемъ. Въ другихъ случаяхъ оно можетъ и вросли безъ всякихъ симптомовъ, иногда вокругъ него въ паренхимѣ языка образуется твердая, но совершенно безболѣзненная опухоль. Если инородное тѣло вышло само собою или извлечено искусственно, то раны и свищи обыкновенно быстро заживаютъ. Здѣсь слѣдуетъ упомянуть еще объ одномъ инородномъ тѣлѣ, о которомъ мы подробнѣе будемъ говорить еще впоследствии, и которое своимъ проникновеніемъ въ вещество языка можетъ вызвать тяжелыя болѣзненные явленія. Мы говоримъ объ осяхъ колосцевъ хлѣбныхъ растений, которые довольно часто вызываютъ поврежденія языка, въ которыя затѣмъ можетъ попасть часто сидящій на осяхъ лучистый грибокъ, иногда вызывающій тяжелое заболѣваніе, извѣстное подъ именемъ актиномикоза.

Другія механическія поврежденія языка иногда происходятъ вслѣдствіе укуса насѣкомыхъ или пресмыкающихся, рѣже вслѣдствіе укуса попугаевъ, какаду и т. д. Подробнѣе мы объ этомъ будемъ говорить въ главѣ объ остромъ воспаленіи языка.

¹⁾ *H. Menche*, Die Ergotismusepidemie in Oberhessen seit Herbst 1879. Deutsches Archiv f. klin. Med. 233. 1883.

Термическія поврежденія языка суть ожоги и ошпариванія его. Что касается первыхъ, то языкъ подобнымъ поврежденіямъ, въ особенности болѣе легкаго характера, конечно, подверженъ очень часто при приѣмѣ пищи. Можетъ тоже случиться, что человѣкъ по разсѣянности всовываетъ себѣ сигару горящимъ концомъ въ ротъ или прикасается языкомъ къ горячей металлической доскѣ. Совершенно такія же поврежденія, какъ при ожогѣ, происходятъ и при прикосновеніи языкомъ къ холодному, какъ ледъ, металлу, напр. куску желѣза, что часто по шалости дѣлается дѣтьми. Происходящія при этомъ измѣненія столь незначительны, что едва-ли когда-либо требуютъ врачебной помощи. Они состоятъ въ болѣе или менѣе сильной краснотѣ обожженной части слизистой оболочки языка, которая на короткое время, на нѣсколько минутъ, максимум на нѣсколько часовъ, можетъ быть довольно болѣзненна. Введенная пища и питье рѣдко бываютъ столь горячими и такъ долго удерживаются во рту, чтобы вызвать образованіе пузырей, которые во всякомъ случаѣ существуютъ только очень короткое время. Они обыкновенно окружены краснымъ и опухшимъ ободкомъ слизистой оболочки, на которой иногда появляются и фибринозные налеты. Не говоря уже о томъ, что слизистая оболочка языка не очень-то чувствительна къ горячему, не слѣдуетъ вѣдь забывать, что при введеніи слишкомъ горячей пищи и питья содержимое полости рта рефлекторно тотчасъ же выбрасывается наружу. Если хотять что-нибудь назначить противъ подобнаго рода ожоговъ, то достаточно прописать какое-нибудь дезинфицирующее или вяжущее полосканіе, или смазать обожженную слизистую оболочку слабымъ воднымъ растворомъ буры, борнымъ глицериномъ или чѣмъ-либо подобнымъ. Ошпариванія языка происходятъ вслѣдствіе приѣма слишкомъ горячихъ напитковъ. *Butlin*, напр., нерѣдко наблюдалъ, что дѣти въ англійскихъ фамиліяхъ пробовали пить прямо изъ носика наполненнаго горячемъ чаемъ чайника и, конечно, сильно ошпаривались при этомъ. Происходить это не столько отъ кипящей жидкости, изъ которой въ ротъ попадаетъ только нѣсколько капель, какъ отъ горячаго пара. Языкъ болѣе или менѣе сильно опухаетъ и становится настолько чувствительнымъ, что приѣмъ пищи на нѣкоторое время значительно затрудняется. Поверхность языка очень красна и иногда покрыта пузырями. Гораздо серьезнѣе и иногда даже опасно для жизни вліяніе горячаго водяного пара на верхніе дыхательные пути, описаніе которыхъ въ нашу задачу однако не входитъ. Явленія на языкѣ обыкновенно исчезаютъ очень быстро, часто уже черезъ нѣсколько часовъ, такъ что въ большинствѣ случаевъ никакихъ терапевтическихъ мѣръ примѣнять не приходится. При желаніи что-нибудь сдѣлать можно, какъ самое простое средство, назначить холодные напитки, остуженное на льду молоко и т. д.

Химическія поврежденія языка суть ожоги его ѣдкими веществами. Чаще всего они происходятъ вслѣдствіе злоупотребленія минеральными кислотами, ѣдкими щелочами и другими химическими веществами. Подробнѣе объ этомъ мы, однако, будемъ говорить въ одной изъ слѣдующихъ главъ.

VI. Воспалительныя заболѣванія языка.

Воспалительныя заболѣванія языка суть только отчасти ему одному свойственныя болѣзни, большей же частью онъ принимаетъ очень видное участіе и при всѣхъ воспаленіяхъ полости рта. Здѣсь мы прежде всего рассмотримъ воспалительныя заболѣванія, поражающія одинъ только языкъ.

1. Поверхностное воспаление или катарръ языка. (*Glossitis superficialis simplex*).

Поверхностное воспаление языка или катарръ поверхности языка наблюдается очень часто, какъ частичное явленіе при всевозможныхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ, а въ особенности при заболѣваніяхъ желудочно-кишечнаго канала. Главный симптомъ этой болѣзни есть такъ называемый налетъ языка; въ обыденной жизни въ такихъ случаяхъ говорятъ объ обложенномъ языкѣ. Нужно, однако, имѣть въ виду, что довольно часто языкъ у самыхъ здоровыхъ людей покрытъ болѣе или менѣе сильнымъ налетомъ, занимающимъ не столько кончикъ и свободные края языка, т. е. не переднюю треть его, а большей частью середину языка, откуда онъ по направленію къ *isthmus faucium* обыкновенно еще болѣе увеличивается. Эта локализція просто объясняется тѣмъ, что налетъ съ переднихъ частей языка легко стирается треніемъ его о нѣбо и зубы. Это доказывается уже тѣмъ фактомъ, что поутру языкъ часто совершенно обложенъ, потому что во время сна органъ этотъ мало движется и налетъ вслѣдствіе этого не можетъ быть удаленъ. Налетъ обыкновенно состоитъ изъ нѣкотораго, не очень большого количества отпавшихъ съ поверхности его эпителиальныхъ клѣтокъ, отчасти въ видѣ отдѣльныхъ клѣтокъ, отчасти въ видѣ верхушекъ сосочковъ, и малѣйшихъ частичекъ пищи вмѣстѣ съ лейкоцитами и массой всевозможныхъ микроорганизмовъ, нитевидныхъ грибовъ и бактерій, попадающихъ отчасти изъ воздуха, главнымъ же образомъ изъ пищи. Главную массу этихъ бактерій образуютъ *micrococcus* и *bacillus subtilis*. Рядомъ съ нимъ видна масса и другихъ микроорганизмовъ, въ особенности вибрионовъ, *spir. chaeta plicatilis*, плѣневые и дрожжевые грибки и т. д.

Цвѣтъ налета различный, большей же частью онъ желтовато-бѣлый или свѣтло-коричневый, но понятно, что окрашивающая пища и напитки, какъ, напр., черная смородина, молоко, красное вино, шоколадъ и т. д., сильно измѣняютъ его.—Трудно опредѣлить границы, гдѣ кончается нормальный и гдѣ начинается патологическій налетъ языка, и когда, слѣдовательно, можно уже говорить о поверхностномъ воспаленіи или катаррѣ языка. Сильно выраженный налетъ, однако, во всякомъ случаѣ можетъ причинять носителю его довольно непріятныя ощущенія. Послѣднія суть большей частью вкусъ клейстера или другой ненормальный вкусъ во рту и развивающійся дурной запахъ изъ послѣдняго. На послѣдній врачамъ, къ сожалѣнію, и въ настоящее время еще обращается слишкомъ мало вниманія, не-

смотря на то, что онъ въ состояніи сдѣлать больному жизнь прямо невыносимой, въ особенности если больной нервный или предрасположенъ къ ипохондрии. Нерѣдко въ подобныхъ случаяхъ страдаетъ и супружеское сожителство, и семейное счастье. Ни діететическія предписанія, ни полосканія, ни средства, старающіяся своими пахучими веществами заглушить запахъ изо рта, при этомъ никакой пользы не приносятъ; къ цѣли ведетъ только и единственно механическое удаление налета. Последнее слѣдуетъ производить аккуратно, въ тяжелыхъ случаяхъ даже нѣсколько разъ въ день лучше всего послѣ большихъ приѣмовъ пищи. Для этого употребляютъ такъ называемые скребни для языка, состоящіе изъ длинныхъ, узкихъ, тонкихъ и гнущихся полосокъ изъ целлюлоида или черепахи. Мы, однако, нашли, что этимъ скребнемъ не вполне удастся удалить налетъ съ языка въ особенности съ основанія его, и недавно поэтому заказали инструментъ, скребень языка ¹⁾, состоящій изъ соответственно изогнутой металлической ручки, на концѣ которой находится круглая или овальная, легко снимающаяся и такъ же легко вновь надѣвающаяся щетка, которую можно прокипятить и щетину которой, смотря по надобности, можно брать твердую или мягкую. Многократные опыты съ этимъ скребнемъ до сихъ поръ дали благоприятные результаты. Послѣ механическаго удаленія налета рекомендуется еще смазать поверхность языка растворомъ борной кислоты, слабымъ растворомъ азотнокислаго серебра или перекиси водорода. При употребленіи раствора азотнокислаго серебра не слѣдуетъ забывать тотчасъ послѣ смазыванія дать выполоскать ротъ растворомъ поваренной соли, чтобы предупредить черную окраску слизистой оболочки языка.

2. Хроническое поверхностное воспаление языка. (Glossodynia exfoliativa). Glossitis superficialis Möller'a.

Эта своеобразная, впервые описанная профессоромъ Möller'омъ ²⁾ въ 1851 г. и по его имени названная рѣдкая болѣзнь языка характеризуется хроническими ссадинами на поверхности языка въ видѣ неправильныхъ, ограниченныхъ, яркочерныхъ пятенъ. Эпителій надъ этими пятнами или совершенно спалъ, или во всякомъ случаѣ очень утонченъ, сосочки же опухши, гиперемизированы и ясно выдаются надъ поверхностью языка. Измѣненія эти не выказываютъ склонности ни къ распространенію въ глубину, ни по поверхности. Характеръ ихъ, однако, очень упорный и хроническій. Большей частью они появляются на кончикѣ языка и на свободныхъ краяхъ, рѣже на нижней поверхности его. По Michelson'у ³⁾, ссадины иногда находятся и на заднихъ частяхъ спинки языка. Этотъ авторъ видѣлъ также между покраснѣвшими мѣстами быстро вновь нече-

¹⁾ H. Pfau, Berlin.

²⁾ Klinische Bemerkungen über einige weniger bekannte Krankheiten der Zunge, Götschen's Deutsche Klinik. т. 3. 1851, стр. 273.

³⁾ Michelson, P., Ueber einige seltene Zungenkrankheiten. Berl. klin. Wochenschrift. 1890. № 46—47.

зающіе бѣлые, мутные узелки, величиною въ булавочную головку, не оставляющіе никакихъ послѣдствій.

Микроскопически болѣзнь оказывается воспаленіемъ въ подэпителиальной ткани съ утонченіемъ или потерей покровнаго эпителия (*S. Askapazy*). Страданія, причиняемыя описанной болѣзью, довольно значительныя. Прежде всего ссадины очень болѣзненны и часто вызываютъ столь сильное жженіе, что больные даже при хорошемъ аппетитѣ, боясь усиленія болей при ѣдѣ, по возможности отказываются отъ пищи и въ короткое время вслѣдствіе этого значительно худѣютъ. Одновременно съ этимъ страдаютъ вкусовое ощущеніе и подвижность языка. Болѣзнь поражаетъ большей частью женщинъ и всегда только взрослыхъ. Слабые и похуѣвшіе субъекты, повидимому, особенно предрасположены къ ней. Достойно вниманія также констатированное Michelson'омъ совпаденіе glossitidis Möller'a съ существованіемъ глистовъ, но изъ этого совпаденія дѣлать прямое заключеніе о происхожденіи болѣзни, конечно, нельзя.

Что касается леченія, то оно кажется совершенно безсильно. Прежде всего слѣдуетъ устранить глисты, если онѣ имѣются, и другія болѣзни желудочно-кишечнаго канала. Измѣненныя части языка можно затѣмъ прижигать 2 — 4 % -ными растворами азотнокислаго серебра, молочной кислотой (*Joseph*) или 5 % -нымъ растворомъ хромовой кислоты; все это обыкновенно даетъ только временное улучшеніе, но не излеченіе. Въ послѣднее время *Preuss* ¹⁾ предложилъ полосканія отваромъ черной смородины, но и это, кажется, продолжительнаго улучшенія не даетъ. На нѣкоторое время получается небольшое облегченіе при всякомъ леченіи, но затѣмъ вновь появляются рецидивы и ухудшенія болѣзни, которая, оставаясь въ тѣхъ же границахъ, можетъ длиться годы.

3. Ландкартообразный языкъ. (Lingua geographica, Glossitis areata exfoliativa, Annulus migrans).

Съ только что описаннымъ Möller'овскимъ воспаленіемъ языка нѣкоторое сходство имѣетъ ландкартообразный языкъ въ своихъ внѣшнихъ проявленіяхъ, но только въ нихъ. Здѣсь и тамъ появляются хроническія, пятнами расположенныя ссадины большей частью на верхней поверхности языка, изрѣдка только на нижней сторонѣ его, которыя имѣютъ красный цвѣтъ и покрыты увеличенными сосочками. Въ противоположность этому сходству ссадины при ландкартообразномъ языкѣ покрыты утолщеннымъ эпителиемъ, красная поверхность ихъ поэтому покрыта какъ бы бѣлыми или желтыми крапинками. Пятна большей частью круглыя, но вслѣдствіе сліянія круговъ часто также съ неправильными контурами, иногда расположены концентрически и обыкновенно окружены валикообразной бѣловато-сѣрой каемкой, которая иногда имѣетъ двойные контуры. Валикъ состоитъ изъ расширенныхъ, покрытыхъ утолщеннымъ эпителиемъ, ните-

¹⁾ Preuss, Centralblatt für Chirurgie 1893, стр. 203.

видныхъ сосочковъ. Если валика нѣтъ, то больныя части слизистой оболочки языка все-таки довольно ясно отдѣляются отъ здоровыхъ рѣзкой, хотя и плоской границей. Но что особенно отличаетъ данное страданіе отъ всѣхъ похожихъ на него, это его теченіе. Описанныя ссадины появляются совершенно внезапно, измѣняются въ своемъ объемѣ часто въ очень короткое время и столь же быстро могутъ исчезнуть, чтобы дать мѣсто новымъ. Иногда даже можно наблюдать совершенно опредѣленный переходъ пятенъ обыкновенно сзади напередъ. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, пятна остаются недѣли и даже мѣсяцы и, наконецъ, по исчезаніи окружающаго ихъ валика, понемногу возвращаются къ нормѣ. Непораженные части слизистой оболочки, языка большей частью покрыты налетомъ и на нихъ также видны утолщенные, нитевидные и грибовидные сосочки, которые обыкновенно отличаются своимъ яркимъ цвѣтомъ. Иногда весь языкъ вълѣдствіе этого имѣетъ видъ шагрени.

Иногда, по наблюденіямъ *Schech'a* ¹⁾, появляется опухоль сосѣднихъ лимфатическихъ железъ, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ ссадины вълѣдствіе сильнаго куренія или механическаго тренія о больныя зубы постоянно раздражаются. У женщинъ иногда передъ наступленіемъ регулы наступаетъ значительное ухудшеніе болѣзни.

Микроскопически, по наблюденіямъ *Spehlmann'a*, при этомъ заболѣваніи происходитъ поверхностное шелушеніе эпителиальныхъ клѣтокъ, вмѣсто которыхъ появляется поверхностный же экссудатъ, состоящій изъ свернувшихся бѣлка, лейкоцитовъ и распавшихся эпителиальныхъ клѣтокъ. Глубже лежащіе слои эпителия также измѣнены, они сильно набухши и мутны. Другіе авторы, напротивъ, какъ *Parrot* и *Guinon* ²⁾, получили при своихъ изслѣдованіяхъ совершенно иные результаты. Первый нашелъ патологическія измѣненія менѣе выраженными на поверхности, а гораздо болѣе въ глубинѣ, послѣдній же въ соединительнотканыхъ частяхъ слизистой оболочки вообще никакихъ измѣненій не нашелъ. Болѣзнь обыкновенно поражаетъ маленькихъ дѣтей въ возрастѣ 1—4 лѣтъ и нерѣдко не оставляетъ ихъ на всю жизнь. Но это бываетъ не всегда, такъ какъ *lingua geographica* можетъ развиваться въ любомъ возрастѣ. Женщины поражаются ею несомнѣнно чаще мужчинъ.

Субъективныхъ явленій при ландкартообразномъ языкѣ почти не бываетъ. Только очень рѣдко больныя жалуются на легкія боли или на зудъ. Очень прѣзная или кислая, а также горячая пища, куреніе и неосторожныя прикосновенія къ языку, напротивъ, довольно часто вызываютъ боли. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь сопровождается общимъ стоматитомъ съ обильнымъ слюноотеченіемъ, вызывающимъ различныя неудобства, но и они обыкновенно остаются умѣренными. Измѣненій вкуса и осязанія не наблюдается. О причинѣ происхожденія *linguae geographicae* ничего

опредѣленнаго еще неизвѣстно. Съ сифилисомъ во всякомъ случаѣ она ничего общаго не имѣетъ. Нѣкоторую роль въ происхожденіи ея, можетъ быть, играетъ общая слабость организма. Многократно наблюдалась также наслѣдственность. О нервной или паразитарной этиологіи болѣзни, напротивъ, и рѣчи быть не можетъ. Прорѣзываніе зубовъ тоже никакой этиологической роли не играетъ, такъ какъ ландкартообразный языкъ появляется у дѣтей и до этого періода.

Такъ какъ болѣзнь доброкачественная, склонности къ болѣе глубокимъ измѣненіямъ никогда не имѣетъ и никакихъ значительныхъ страданій не вызываетъ, то и леченіе въ большинствѣ случаевъ излишне. Примѣнявшіеся до сихъ поръ мѣстныя средства къ тому же мало или ничего не помогали. Большое вниманіе, напротивъ, слѣдуетъ обращать на поднятіе общаго питанія больныхъ соответствующей діетой и укрѣпляющими средствами, такъ какъ страдающіе этой болѣзью пациенты большей частью люди слабые. Если желательно или необходимо примѣнить мѣстное леченіе, то пятна можно смазывать растворомъ квасцовъ, танина, азотно-кислаго серебра, буры, хромовой кислоты и т. д. Послѣдняя особенно рекомендуется *Feibes'омъ* ¹⁾ и *Seifert'омъ* ²⁾, но съ тѣмъ, чтобы послѣ примѣненія концентрированнаго раствора нѣсколько минутъ полоскать ротъ растворомъ уксуснокислаго глинозема. По словамъ *Unna* ³⁾, наилучшіе результаты получаются отъ слѣдующаго полосканія: Aq. subsulf., Aq. menth. pip. aa 100,0, Flor. sulf., syr. simpl. aa 20,0, Gumm. Tragac. 2,0. Этимъ растворомъ послѣ предварительнаго очищенія полости рта необходимо три раза въ день хорошенько полоскать въ продолженіе пяти минутъ. При сильныхъ боляхъ, наконецъ, которыя наблюдаются очень рѣдко, *Kaposi* рекомендуетъ смазывать пятна кокаиномъ.

4. Glossitis papulosa acuta.

Подъ именемъ *glossitis papulosa acuta* *Michelson* ⁴⁾ описываетъ очень рѣдкую болѣзнь поверхности языка, которая состоитъ въ томъ, что у въ остальномъ совершенно здоровыхъ людей безъ всякихъ предвѣстниковъ при общихъ явленіяхъ лихорадки, какъ разбитость, головныя боли и отсутствіе аппетита, на поверхности языка появляются бѣловатыя, выдающіяся надъ поверхностью папулы, величиною приблизительно въ булавочную головку, которыя въ очень короткое время (12—24 часа) увеличиваются до двойного размѣра. Папулы эти кругообразны, выдаются надъ слизистой оболочкой языка на $2\frac{1}{2}$ —3 мм., окружность ихъ яркоредаго цвѣта. Въ дальнѣйшемъ теченіи въ серединѣ папулы вначалѣ образуется плоское углубленіе, которое скоро становится неяснымъ и вмѣсто него появляются коричневыя крапинки съ красноватыми краями. Этотъ стадій есть уже пе-

¹⁾ *Feibes*, Therapeutische Monatshefte. 1891.

²⁾ *O. Seifert*, Penzoldt's Handbuch. VI. Abtheilung.

³⁾ *Unna*, Vierteljahresschrift für Dermatologie Wien 1881, стр. 295.

⁴⁾ *Michelson*, Ueber einige seltene Zungenkrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. 1890. № 46, 47, 48.

¹⁾ *Ph. Schech*, Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.

²⁾ *Parrot*, Progrès médical. 1881, стр. 191.

Guinon, Revue mensuelle des maladies de l'enfance. 1887, стр. 385.

реходъ къ излеченію, которое ясно проявляется уже тѣмъ, что окружающая слизистая оболочка теряетъ свой яркочерный цвѣтъ и опять возвращается къ нормѣ. Одновременно папула становится все болѣе плоской и уступаетъ мѣсто покрытой гноемъ эрозіи, которая черезъ нѣсколько дней заживаетъ. Этимъ процессъ бы и заканчивался, если бы вскорѣ не появлялись новыя папулы, вслѣдствіе чего одновременно можно наблюдать рядомъ различные стадіи ихъ развитія. Но, несмотря на это, болѣзнь все-таки длится только 8—10 дней. Кромѣ мѣстныхъ явленій на языкѣ наблюдается еще общее воспаленіе десенъ съ умѣреннымъ запахомъ изо рта. Большія папулы могутъ послѣ заживленія оставлять на слизистой оболочкѣ языка плоскія потери ткани. Совершенно аналогичный случай описалъ и *Miculicz*, который, однако, протекалъ безъ всякихъ общихъ явленій.

Микроскопическія изслѣдованія *Michelson's* показали, что при болѣзни этой въ *tunica propria*, а въ меньшей степени и въ подслизистой ткани, происходитъ воспалительный процессъ, вслѣдствіе котораго эпителий разрыхляется и слущивается. Въ особенности въ верхнихъ слояхъ эпителия находятся многочисленные микроорганизмы, кокки и бактеріи, но не специфическіе.

Субъективныя страданія, обусловливаемые *glossitis papulosa*, не особенно сильны. Они ограничиваются жгучими болями на пораженныхъ папулами частяхъ языка. Къ этому присоединяются еще неудобства, вызываемыя сопровождающимъ болѣзнь воспаленіемъ десенъ, которыя проявляются особенно при жеваніи въ видѣ очень тягостнаго жженія.

Что касается этиологіи болѣзни, то она еще совершенно темна. *Schech*¹⁾ полагаетъ, что весь процессъ есть оспа слизистой оболочки языка и основываетъ это мнѣніе, съ одной стороны, на образующихся въ папулахъ углубленіяхъ, а кромѣ того на томъ, установленномъ имъ на самомъ себѣ фактѣ, что оспа безъ одновременнаго высыпанія на наружныхъ покровахъ можетъ локализоваться въ одной только полости рта и зѣва. Противъ этого однако можно возразить, что въ данномъ случаѣ пораженъ былъ одинъ только языкъ, остальная же полость рта и зѣва была совершенно свободна. Не было также и никакихъ предвѣстниковъ, полное отсутствіе которыхъ при оспѣ никогда не наблюдается, наконецъ и реактивный процессъ, и образование рубцовъ были гораздо слабѣе, чѣмъ при оспѣ. Нѣкотораго сходства съ афтами, напротивъ, отрицать нельзя, но здѣсь важнымъ отличительнымъ признакомъ служить то, что сыпь при этой болѣзни никогда не выдается надъ поверхностью и, слѣдовательно, никогда не появляется въ видѣ папулъ. Остается, слѣдовательно, считать и разсматривать *glossitis papulosa* какъ особую болѣзнь.

¹⁾ Ph. Schech, Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Vierte neu bearbeitete Auflage. 1892.

4 a. Papillitis linguae.

Въ дополненіе къ только что описанной *glossitis papulosa acuta* слѣдуетъ упомянуть о болѣзни языка, описанной *Duplaix*¹⁾ и названной имъ *papillitis lingualis*. Больные жалуются на сильныя жгучія боли на всей поверхности языка или на болѣе или менѣе обширныхъ частяхъ его. При поверхностномъ осмотрѣ никакихъ измѣненій на языкѣ не замѣтно, которыя могли бы объяснить столь сильную болѣзненность. При изслѣдованіи, напротивъ, черезъ лупу преимущественно на кончикѣ языка и на боковыхъ краяхъ его видны поверхностно изъязвленные нитевидные сосочки, въ видѣ красныхъ выдающихся надъ поверхностью точекъ. Терапевтически противъ этой болѣзни рекомендуютъ гальванокаустическое прижиганіе этихъ сосочковъ подъ лупой.

5. Черный языкъ. Волосатый языкъ. (*Lingua nigra. Melanotrichia linguae. Hyperkeratosis Nigrities linguae*).

Такъ называемый волосатый языкъ есть столь же рѣдкая, какъ интересная и по происхожденію своему темная болѣзнь. Уже *Amatus Lucitanus* (1557) сообщаетъ въ своихъ «*Curationum medicinalium medici physici praestantissimi centuriae quatuor etc.*» (Obs. 65) о лицахъ, у которыхъ были волосы на языкѣ. Были-ли въ этихъ случаяхъ дѣйствительные волосы, конечно, установить нельзя, по ученію о перемѣщеніи эмбриональных зародышей это, однако, возможно. Въ настоящее время мы подъ вышеупомянутой болѣзнью понимаемъ своеобразную симметричную окраску той части спинки языка, которая лежитъ передъ *papillae circumvallatae*. Только изрѣдка она локализуется асимметрично на передней части языка. Окраска эта, однако, вовсе не однородная, а различная какъ по интенсивности, такъ и по виду своему. Въ большинствѣ всѣхъ описанныхъ случаевъ окраска была черная, откуда и названіе болѣзни, но она можетъ быть и желтой (*Dinkler*), коричневой и зеленой (*Mourek*). Окрашенная часть спинки языка—края и верхушка его обыкновенно остаются чистыми—имѣетъ продолговато-овальную, круглую или треугольную форму; границы, однако, обыкновенно не очень рѣзкіи и переходъ съ больной къ здоровой части слизистой оболочки часто очень постепенный. Само пятно иногда гладко, по большей части волосисто, а именно вслѣдствіе утолщенія и значительнаго удлиненія нитевидныхъ сосочковъ. Удлиненіе это иногда очень большое и наблюдали случаи, въ которыхъ сосочки были длиною въ 0,5 см. и болѣе. Въ одномъ случаѣ, описанномъ *Reinecke*²⁾, они имѣли въ длину даже больше 1 см. Направлены удлинненные сосочки спереди назадъ, и при поглаживаніи въ противоположномъ направленіи становятся дыбомъ. Относительно причины своеобразной окраски утолщенныхъ и удлинненныхъ сосочковъ мы и се-

¹⁾ Duplaix, Gazette des hôpitaux 1893.

²⁾ Georg Reinecke, Ueber einige Fälle von schwarzer Zunge. Deutsch. Arch. f. klin. Med. т. 70, тетрадь 5—6.

годня еще ничего определенного не знаемъ. Старые (*Dessois*), но и многіе новѣйшіе авторы, какъ *Ciaglinski*, *Hewelke*, *Sendziak* и другіе, объясняютъ ее присутствіемъ растительныхъ паразитовъ. Изъ послѣднихъ главную роль играетъ плѣсневой грибокъ, относящійся къ виду *muscor* (*muscor niger*), такъ какъ гонидіи этого грибка покрыты черными спорами. Этотъ грибокъ многократно былъ культивированъ на соответствующихъ питательныхъ средахъ и образовывалъ на нихъ темныя, черныя колоніи. Кромѣ того причиной окраски считали еще черныя грибки, относящіеся къ классу *hyphomycetes*, чистыя разводки которыхъ получены были *Schmiegelow*'омъ¹⁾. Нѣкоторые авторы, напр. *W. Roth*, причиной чернаго языка считаютъ обыкновенные грибки, находящіеся въ большомъ количествѣ въ полости рта; по мнѣнію *W. Roth*'а, именно эти грибки и обуславливаютъ увеличеніе и утолщеніе нитевидныхъ сосочковъ. Едва-ли однако можно предположить, что окраска обуславливается приведенными причинами, такъ какъ во вполне выраженныхъ случаяхъ *linguae nigrae* вышеупомянутыхъ грибовъ не находили. По мнѣнію *Roth*'а неосновательно, такъ какъ въ противномъ случаѣ удлиненные и утолщенные сосочки на поверхности языка находили бы гораздо чаще, потому что между эпителиемъ нормальныхъ сосочковъ всегда находится масса всевозможныхъ кокковъ. Гораздо вѣроятнѣе мнѣніе *Brosius*'а, *Mourek*'а, *Schech*'а и другихъ, что при сильномъ ростѣ эпителиальныхъ клѣтокъ одновременно происходитъ размноженіе существующей уже въ нормальныхъ роговыхъ клѣткахъ роговой краски. *Vollmer*²⁾ на основаніи своихъ гистологическихъ изслѣдованій тоже считаетъ болѣзнь гиперкератозомъ слизистой оболочки языка. Въ единичныхъ случаяхъ иногда, можетъ быть, бываетъ и искусственная окраска пищей или химическими веществами, но эти случаи, конечно, съ *nigrities linguae*, какъ таковой, ничего общаго не имѣютъ. Относительно зеленаго волосатаго языка *Mourek*'а слѣдуетъ еще замѣтить, что и здѣсь зеленую, отчасти также темнокоричневую окраску тоже вызывали измѣненные нитевидные сосочки. По мнѣнію *Mourek*'а³⁾, болѣзнь вызывается не паразитами, а есть первичный гипертрофическій процессъ. Что касается страданій, причиняемыхъ чернымъ языкомъ, то таковыхъ въ большей части случаевъ вообще не бываетъ. Въ иныхъ случаяхъ больные жалуются на чувство войлочности и на ослабленіе вкусового ощущенія, а иногда и на дурной запахъ изо рта. Только немногіе пациенты ощущаютъ сильную сухость во рту, чувство клейстера и жалуются на щекотаніе въ горлѣ по утрамъ, доходящее иногда до рвоты. Все это, однако, исключенія и большинство больныхъ открываютъ ненормальность своего языка только совершенно случайно въ зеркалѣ, или

¹⁾ *Schmiegelow*, Beitrag zur Pathogenese der sogenannten schwarzen Zunge. *Fraenkel's Archiv für Laryng. und Rhinol.* 1896.

²⁾ *Vollmer* (Kreuznach), Histologische Bemerkungen zu einem Falle von schwarzer Haarzunge. *Arch. f. Dermat.* 46 т., I. тетрадь. 1898.

³⁾ *Mourek*, Ueber die grüne Haarzunge. (Aus der Klinik des Prof. Janowsky) *Arch. f. Dermat. u. Syphilis* XXIX, стр. 369.

врачъ обращаетъ ихъ вниманіе на нее при какомъ-либо другомъ случайномъ изслѣдованіи. Продолжительность болѣзни чрезвычайно различна. Иногда она длится всего нѣсколько дней, а въ другихъ случаяхъ мѣсяцы и даже годы. Часто болѣзнь за все это время нѣсколько не мѣняется или дѣлаетъ повременамъ болѣе или менѣе сильныя послабленія.

Объ этиологіи болѣзни ничего абсолютно вѣрнаго сказать нельзя. О причинѣ черной окраски мы кое-что уже сказали. Другими этиологическими моментами различные авторы считаютъ: раздраженія слизистой оболочки языка, въ особенности табакомъ, разстройства пищеваренія, въ особенности кислотность ротовой жидкости (*Гундобинъ*), диабетъ (*Horand Weill*), скарлатину, трофическія разстройства центральнаго и общаго происхожденія (*Lannois*). Нерѣдко болѣзнь встрѣчается въ острой формѣ у сифилитиковъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи окрашенныхъ сосочковъ *Reinecke* нашелъ у нихъ во многихъ эпителиальныхъ клѣткахъ темнокоричневый, крупный и мелкій пигментъ, другія клѣтки его не содержали, а въ иныхъ была разлитая коричневая или темнокоричневая окраска. Этотъ пигментъ онъ считаетъ поэтому первичной причиной окраски; растворяясь, онъ диффундируетъ въ сосѣднія эпителиальныя клѣтки. Возможно, однако, что описываемый авторомъ пигментъ были осадки ртути, что тѣмъ болѣе вѣроятно, что *Hiller*¹⁾ въ коричневомъ налетѣ на зубахъ больныхъ, леченныхъ ртутью, нашелъ значительное количество этого металла. Черный волосатый языкъ наблюдается большей частью у мужчинъ, но можетъ встрѣчаться и у женщинъ, и у дѣтей.

Распознаваніе очень легко. Отъ окраски языка всевозможной пищей болѣзнь отличается безъ всякаго труда, благодаря существованію удлиненныхъ и утолщенныхъ нитевидныхъ сосочковъ. Едва-ли возможно также смѣшать болѣзнь съ коричневыми пятнами, наблюдаемыми при *morbus Addisonii*.

Леченія во многихъ случаяхъ, въ которыхъ болѣзнь никакихъ неудобствъ больнымъ не причиняетъ, никакого не нужно. Въ противномъ случаѣ налеты можно удалять механически и затѣмъ, какъ это дѣлаетъ *Brosin*, прижигать сосочки. Другіе авторы, какъ, напр., *Unna*, смазываютъ пораженные мѣста 5 %-нымъ растворомъ салициловой кислоты или 10 %-нымъ растворомъ резорцина въ эфирѣ съ прибавленіемъ 5 % коллодія и затѣмъ обтираютъ перекисью водорода. Последняя растворяетъ роговую ткань, вслѣдствіе чего черная роговая краска становится болѣе блѣдной. Иногда рекомендуется также примѣнять 10 %-ный растворъ сулемы. Но одновременно во всѣхъ случаяхъ необходимо производить методическую тщательную очистку всей полости рта.

6. Острое воспаление языка. Glossitis acuta superficialis. Glossitis acuta profunda. Флегмона. Нарывы языка.

Въ общемъ языкъ не особенно склоненъ къ воспалительнымъ процессамъ и раны его обыкновенно паразитально быстро заживаютъ боль-

¹⁾ *Hiller*, Untersuchungen über Zahnbeläge. *Verh. der deutsch. odontologischen Gesellschaft* т. 5.

шей частью *per primam intentionem*. Фактъ этотъ тѣмъ болѣе удивителенъ, что все анатомическое строеніе языка, его обиліе кровью, богатство лимфатическими сосудами и расположеніе мышечныхъ волоконъ очень благоприятны для быстрого распространенія флегмоны или развитія нарывовъ. Къ этому присоединяются еще частые удобные случаи для всевозможныхъ поврежденій, которымъ подверженъ языкъ при его многообразной физиологической дѣятельности. Почему, несмотря на это, острья воспаленія языка, какъ показываетъ опытъ, все-таки не особенно часты, этого мы точно не знаемъ.

Острыя воспаленія могутъ поражать поверхность языка или всю массу его, или только отдѣльныя ограниченныя части его паренхимы.

Что касается болѣе поверхностныхъ острыхъ воспаленій, то они часто вызываются инфекционными причинами. Сюда относятся укулы насѣкомыхъ, какъ пчелы, осы и другія, затѣмъ укусы змѣй, въ особенности ужей; укусы попугаевъ, гадкое цѣлованіе которыхъ, къ сожалѣнію, столь сильно распространено, и не только у дамъ, тоже нерѣдко вызываютъ поверхностное воспаленіе языка.

Далѣе сюда относятся воспалительныя заболѣванія поверхности языка, наблюдаемыя въ теченіе инфекционныхъ болѣзней, какъ, напр., при рождѣ, если она переходитъ на полость рта, и различныхъ другихъ болѣзняхъ, какъ скарлатина, оспа, тифъ. Сюда относятся наконецъ и ожоги.

Мѣстныя явленія при поверхностномъ воспаленіи языка суть краснота и опухоль, интенсивность которыхъ чрезвычайно различна. Последняя можетъ оставаться въ умѣренныхъ границахъ и тогда затрудняетъ только разговоръ и глотаніе, но можетъ также, и иногда въ очень короткое время, принять такіе размѣры, что происходитъ задушеніе. Эта колоссальная опухоль является послѣдствіемъ послѣдовательнаго остраго отека, обусловливаемаго большимъ количествомъ лимфатическихъ сосудовъ языка и массой промежуточныхъ пространствъ между различными мышечными слоями этого органа. Появленіе столь обширныхъ опуханій всегда сопровождается болѣе или мѣнѣе сильными болями, локализирующимися не только на самомъ языкѣ, но часто и въ окрестности его, преимущественно въ *regio submaxillaris* и въ мускулатурѣ шеи. Опухшій языкъ, поверхность котораго покрыта бѣловатымъ или грязнымъ, дурно пахнущимъ, скоро засыхающимъ на воздухѣ налетомъ, ущемленъ между раскрытыми зубами или даже немного свѣшивается изо рта. Если удалить налетъ, то поверхность языка оказывается фиолетовою или синева-краснаго цвѣта, иногда также вслѣдствіе отека сильно набухшей. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ поверхность языка вслѣдствіе кровоподтековъ подъ слизистую оболочку выглядит синева-черной (*glossitis acuta haemorrhagica*), что иногда наблюдается у пьяницъ. Выдѣленіе слюны чрезвычайно усилено и она постоянно каплетъ съ угловъ рта. Вся слизистая оболочка рта воспалена, а подчелюстные, а иногда и слюнные железы опухши. Температура обыкновенно не очень высока и колеблется болѣею частью около 39°. Больные

производить поэтому очень жалкое впечатлѣніе. Только что упомянутые симптомы сопровождаютъ и глубокіе флегмонозные процессы, *glossitis acuta profunda*, поражающіе всю массу языка. Вообще строгаго раздѣленія между поверхностнымъ и глубокимъ воспаленіемъ проводить нельзя, такъ какъ довольно часто послѣдній образуется изъ первой. Кромѣ причинъ, вызывающихъ поверхностное воспаленіе языка, флегмонозные процессы могутъ вызывать еще и другія. Глубокая флегмона языка иногда напр. является послѣдствіемъ тяжелыхъ стоматитовъ, въ особенности тѣхъ, которые обусловливаются введеніемъ въ организмъ ртути, затѣмъ какъ осложненіе ящура (*Aphthenseuche* по *John Siegel*) или сибирской язвы и, наконецъ, чаще всего проникновеніемъ въ языкъ твердыхъ тѣлъ, какъ рыбныя и другія кости, ости колосьевъ и т. д. Такъ какъ лимфатическіе сосуды зѣва находятся въ тѣсной связи съ лимфатическими сосудами языка, то, по наблюденіямъ *Schech'a*¹⁾, гнойныя, дифтерійныя и некротическія ангины иногда могутъ вызывать флегмону языка. Существуетъ, однако, несомнѣнно и первичная форма глубокаго флегмонознаго воспаленія языка, появляющаяся безъ какой-либо видимой причины и ведущая болѣею частью къ нарывамъ, гораздо рѣже къ гангренозному разрушенію языка. Въ такихъ случаяхъ опухоль языка и сопровождающій ее отекъ развиваются чрезвычайно быстро и вслѣдствіе перехода отека на гортань, спеціально на черпаловидно-надгортанныя складки, иногда ведетъ къ очень сильной асфиксіи и задушенію, если тотчасъ же на мѣстѣ не оказывается необходимой помощи. При флегмонозномъ воспаленіи языка наблюдали уже и общую, неудержимо къ смерти ведущую инфекцію всего организма, а также появленіе тоже смертельной пневмоніи. Большей частью, однако, опухоль, къ счастью, уменьшается и тогда на какомъ-нибудь мѣстѣ языка развивается нарывъ, или флегмона уже съ самаго начала ограничивается одной стороною языка, въ которой затѣмъ образуется ограниченное нагноеніе. Найти гнойникъ иногда чрезвычайно трудно, потому что нарывы обыкновенно образуются въ глубинѣ языка, покрыты толстымъ мышечнымъ слоемъ и яснаго зыбленія поэтому не получается. Поэтому, если больной является къ врачу уже по исчезновеніи воспалительныхъ угрожающихъ симптомовъ, то при недостаточномъ вниманіи къ анамнезу опухоль легко можно принять за новообразованіе языка, въ особенности за новообразованіе сифилитическаго происхожденія. Въ такихъ случаяхъ, въ особенности когда и анамнезъ никакихъ ясныхъ указаній не даетъ, хорошо попробовать сначала давать іодистый кали.

Очень рѣдкая локализція флегмоны есть флегмона на нижней поверхности языка, извѣстная подъ именемъ *phlegmonae sublingualis*. Страдающіе ею больные жалуются главнымъ образомъ на сильныя боли подъ кончикомъ языка, которыя въ нѣсколько часовъ достигаютъ очень высокой степени и сильно затрудняютъ функцію органа, такъ что разговоръ

¹⁾ *Schech, Ph., Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. IV. Auflage. 1892.*

и глотание почти невозможны. Причиной тому происходящее при этой болезни воспаление рыхлой клетчатки вокруг *glandulae sublingualis*, последствием чего бывает опухание и болезненность всего дна полости рта. Такое же участие въ болезни принимают и область нижней челюсти, и нижняя поверхность языка, верхняя же поверхность его большей частью остается свободной. При ощупывании опухшей части обыкновенно оказываются тѣстоватыми и отечными. Температура повышается до 39—40° С. При этомъ бываетъ сильное слюнотечение. Опухоль иногда расходитса сама или переходитъ въ нагноение. Что касается этиологии *phlegmonae sublingualis*, то она еще довольно неопредѣленная; возможно, что она является послѣдствиемъ зараженія черезъ кариозный зубъ или предшествовавшей гнойной ангины.

Лечение острого воспаления языка, когда оно поражаетъ только поверхностныя части органа и въ умѣренной степени, состоитъ въ энергичномъ примѣненіи противовоспалительныхъ средствъ. Больному даютъ глотать ледъ и полоскать ротъ холодными дезинфицирующими жидкостями, какъ 2%-ный растворъ уксуснокислаго глинозема, растворъ квасцовъ и т. п. Хорошо также назначать холодный компрессъ со льдомъ вокругъ шеи.

При глубокой флегмонѣ языка многіе еще рекомендуютъ смазыванія іодной настойкой (1:8) послѣ предварительной очистки поверхности языка и паренхиматозныя впрыскиванія раствора карболовой кислоты. Наилучшее и самое вѣрное лечение, однако, есть чисто хирургическое вмѣшательство, т. е. глубокая скарификація языка или энергичное вскрытіе найденнаго гнойника. Кровотечение при этомъ обыкновенно бываетъ довольно сильное, но длится недолго и поэтому сравнительно безопасно. Послѣ разрѣза раневую полость выполняютъ іодоформной или ксероформной марлей. Если при очень быстромъ опуханіи появляется асфиксія, то можетъ понадобиться трахеотомія, подобная необходимость, однако, является довольно рѣдко. Свищи, остающіеся иногда послѣ вскрытія нарыва языка и ведущіе въ затвердѣлыя части его, необходимо лечить по общимъ хирургическимъ правиламъ. Иногда они, однако, не поддаются долгое время никакому лечению и бываетъ даже, что остается продолжительное затвердѣніе всего языка. Выше мы уже вкратцѣ упомянули о томъ, что глубокая флегмона языка часто развивается только на одной сторонѣ его. Предполагали, что это происходитъ вслѣдствіе нервныхъ вліяній, но такое предположеніе едва-ли вѣрно. Если вѣрно, какъ утверждаютъ многіе авторы, что въ этихъ случаяхъ больною большей частью оказывается лѣвая сторона языка, то это, можетъ быть, происходитъ оттого, что большинство людей вводитъ въ ротъ ложки, вилки и т. д. правой рукой и, слѣдовательно, скорѣе можетъ повредить и заразить этими инструментами лѣвую половину языка. Течение этой болезни, называемой «*hemiglossitis*», конечно такое же, но болѣе легкое, чѣмъ при общемъ воспаленіи языка. Лечение то же, что и при послѣднемъ.

Перейдемъ теперь къ описанію тѣхъ нарывовъ языка, которые явля-

ются послѣдствиемъ не общей флегмоны всего языка, а первично. Полагаютъ, что нарывы эти развиваются такимъ же образомъ, какъ чирьи наружныхъ покрововъ. При послѣднихъ заразное начало проникаетъ черезъ выводные протоки слюнныхъ железъ и волосяныхъ мѣшечковъ, а при первыхъ черезъ выводные протоки слизистыхъ железъ языка. Благоприятствующимъ такому зараженію моментомъ является то обстоятельство, что и нормальная полость рта почти всегда содержитъ массу болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ. Развитію этихъ нарывовъ можетъ быть благоприятствуютъ и легкія поврежденія слизистой оболочки языка, столь часто случающіяся при ѣдѣ. Течение этой болезни большей частью довольно медленное и совсѣмъ, слѣдовательно, не соответствуетъ теченію чирьевъ наружныхъ покрововъ. Воспалительныя явленія обыкновенно умѣренны, боли только въ исключительныхъ случаяхъ очень сильны. Больные поэтому приходятъ къ врачу большей частью лишь тогда, когда нарывъ достигъ уже довольно большой величины. Нагноеніе почти всегда развивается только на одной сторонѣ языка и только изрѣдка переходитъ за среднюю линію. Опуханіе пораженной части языка довольно сильное и значительно затрудняетъ разговоръ и глотаніе. Далеко нерѣдко наблюдается переходъ на лежащую подъ нарывомъ часть полости рта. Самостоятельное вскрытіе нарыва происходитъ только въ очень немногихъ случаяхъ. Распознаваніе болезни обыкновенно никакихъ затрудненій не представляетъ, такъ какъ отъ размягченныхъ гуммозныхъ узловъ и кистъ языка, съ которыми ее можно было бы смѣшать, болѣзнь отличается, съ одной стороны, ясно выраженной болезненностью, а съ другой — своимъ происхожденіемъ. Лечение, конечно, можетъ быть только чисто оперативное, т. е. вскрытіе и опорожненіе нарыва.

Въ заключеніе слѣдуетъ еще сказать, что цѣлый рядъ авторовъ, какъ *König, Albert, Weber* и другіе, наблюдали такъ называемые хроническіе нарывы языка, т. е. нарывы безъ бросающихся въ глаза воспалительныхъ явленій и съ медленнымъ теченіемъ. Причины этихъ медленно протекающихъ нагноеній неизвѣстны и могутъ представлять для діагноза большія затрудненія. По всей вѣроятности, какъ мы потомъ увидимъ, это нарывы туберкулезнаго происхожденія. Въ дополненіе къ только что описанному острымъ воспаленіямъ языка мы должны упомянуть еще о болѣзни, наблюдавшейся *Wertheimer*омъ¹⁾ и описанной имъ подъ именемъ эритематознаго воспаления краевъ языка у грудныхъ дѣтей (*glossitis marginalis erythematosus*). Она появляется сначала на кончикѣ языка, на которомъ замѣчается сильная краснота, болѣе или менѣе обширное обнаженіе отъ эпителия и ясное выступаніе сосочковъ. Черезъ короткое время упомянутыя измѣненія съ кончика языка переходятъ и на сосѣдніе края. Больныя части опухаютъ и ограничиваются отъ здоровыхъ ясно выраженнымъ краснымъ поясомъ. Уже черезъ нѣсколько дней начинается обратное развитіе, которое также исходитъ со сперва заболѣвшаго кончика

¹⁾ *Wertheimer*, Münch. med. Woch. 1894, стр. 247.

языка. На краяхъ послѣдняго тогда видны отдѣльныя красныя части, пока и онѣ, наконецъ, исчезаютъ. Весь процессъ длится не больше недѣли. Этиологіей болѣзни *Wertheimer* считаетъ механическое раздраженіе при актѣ сосанія. Лечение состоитъ въ многократномъ смазываніи 4 % -нымъ растворомъ буры и, если возможно, то въ устраненіи механическаго раздраженія употребленіемъ мягкихъ сосокъ съ широкимъ отверстіемъ.

7. Травматическія, такъ называемыя катаррально-диспептическія и нѣкоторыя болѣе рѣдкія язвы языка.

Языкъ, какъ мы уже знаемъ, склоненъ къ образованію язвъ отчасти благодаря своей структурѣ, главнымъ же образомъ влѣдствіе легкости и частоты поврежденій его. Изъ этихъ язвъ прежде всего слѣдуетъ упомянуть о тѣхъ, которыя вызываються зубами. Нерѣдко случается, что благодаря постоянному тренію края языка или кончика его о каріозный зубъ со сломанной коронкой, въ особенности о нижніе коренные зубы или о плохо сидящіе искусственные, на соответственномъ мѣстѣ поверхности языка срывается эпителий. На этомъ лишенномъ эпителия мѣстѣ впоследствии, благодаря проникновенію вызывающихъ воспаленіе микроорганизмовъ, образуется все болѣе и болѣе углубляющаяся язва, окружность которой на довольно далекомъ протяженіи хронически инфильтрована. Подобныя инфильтрованныя части нерѣдко представляютъ собою узлы, величиною въ грецкій орѣхъ. Но если они еще значительно меньше, то все-таки появляются уже неудобства при жеваніи, глотаніи и разговорѣ, на которыя больные, однако, обыкновенно не особенно жалуются. Гораздо больше ихъ пугаетъ самое существованіе узла, который они большей частью могутъ хорошо ощущать пальцемъ. При изслѣдованіи такихъ пациентовъ никогда не слѣдуетъ забывать, прежде всего, хорошенько осмотрѣть ихъ искусственные зубы. При этомъ всегда оказывается, что инфильтрованному и изъязвленному мѣсту края или кончика языка точно соответствуетъ больной, большей частью каріозный зубъ съ однимъ или нѣсколькими острыми концами и, какъ мы уже прежде сказали, большей частью нижній коренной зубъ или плохо сидящая часть искусственныхъ. Инфильтрованное мѣсто имѣетъ видъ небольшого возвышенія величиною въ расщепленный горохъ до грецкого орѣха, на верхушкѣ котораго находится маленькая воронкообразная язва съ грязнымъ налетомъ; края язвы большей частью неправильны, но рѣзко ограничены. Окружающія ткани красны, воспалены и опухши. При ощупываніи пальцемъ лежащій въ глубинѣ языка узелъ кажется твердымъ, какъ хрящъ. Сосѣднія лимфатическія железы почти никогда не опухши. Если язва и инфильтратъ существуютъ уже долгое время, то видъ ихъ часто иной, чѣмъ только что описанный. Чисто воспалительныя явленія тогда все болѣе и болѣе уменьшаются, гнойный, грязный налетъ язвы исчезаетъ, края ея теряютъ свои рѣзкіе контуры и окружающія ткани болѣе приближаются къ нормѣ. Индурация, напротивъ, усиливается. Во всѣхъ слу-

чаяхъ окружность язвы обыкновенно покрыта толстымъ налетомъ и издаетъ неприятный запахъ.

Совершенно своеобразный случай язвы отъ пролежня, влѣдствіе давленія протеза верхней челюсти, описываетъ *Hugenschmidt* ¹⁾. У 60-лѣтней женщины на спинкѣ языка, нѣсколько слѣва отъ середины, уже съ $\frac{1}{2}$ года была язва, выглядѣвшая совсѣмъ какъ ракъ. Попытки залечить язву прижиганіями адскимъ камнемъ не удались, язва, напротивъ, все болѣе и болѣе увеличивалась и, наконецъ, сдѣлалась длиною въ $2\frac{1}{2}$ см. при глубинѣ приблизительно въ одинъ см. Дно язвы было покрыто гнойнымъ налетомъ и легко кровоточащими грануляциями. Окружность язвы была очень уплотнена, а подчелюстные железы съ лѣвой стороны опухши. При изслѣдованіи сначала нельзя было найти никакой причины для этого своеобразнаго изъязвленія, въ особенности еще потому, что верхняя челюсть была совсѣмъ безъ зубовъ, а протезъ держался, повидимому, очень хорошо однимъ присасываніемъ и никакихъ неправильностей на немъ замѣтно не было. Скоро, однако, открылось, что послѣ одного своеобразнаго глотательнаго движенія больной задній край протеза верхней челюсти торчалъ какъ разъ въ язву. Такъ какъ протезъ при глотаніи и разговорѣ легко спадалъ, то пациентка привыкла приводить его въ нормальное положеніе приподыманіемъ спинкой языка. Обусловленное этимъ и постоянно повторяемое треніе и было причиной непонятнаго сначала изъязвленія. Удаленія протеза и смазываній іодной настойкой съ полосканіями растворомъ карболовой кислоты совершенно достаточно было, чтобы вполне залечить рану въ двѣ недѣли.

Paget ²⁾ полагаетъ, что появленіе этихъ язвъ, извѣстныхъ подъ именемъ декубитальныхъ, обуславливается болѣзненнымъ предрасположеніемъ пациентовъ. Съ этимъ мнѣніемъ мы согласиться не можемъ, хотя и приходится допустить, что въ общемъ крѣпкій организмъ и каждый изъ его органовъ гораздо лучше и дольше можетъ противостоятъ внѣшнимъ травматическимъ вліяніямъ, чѣмъ больной.

Распознаваніе декубитальной язвы, какъ таковой, не всегда легко. При дифференціальной діагностикѣ прежде всего слѣдуетъ имѣть въ виду начинающійся ракъ языка. Несомнѣнно, что травматическая язва не только можетъ быть совершенно похожа на начинающійся ракъ языка, но вполне доказано также, что изъ нея иногда можетъ развиться ракъ. Въ подобныхъ сомнительныхъ случаяхъ рѣшать вопросъ можетъ только успѣхъ леченія. А именно, если удалить считаеый виновнымъ зубъ или замѣняющій его, но плохо сидящій искусственный, то при дѣйствительно только невинной травматической язвѣ послѣдняя и окружающая ее инфильтрація въ короткое время, приблизительно въ 8 — 10 дней, совер-

¹⁾ *Hugenschmidt*, Ulcération linguale d'apparence épithéliomateuse due à un appareil prothétique du maxillaire supérieur. Journ. des connaissances méd. 1892. 28 мая.

²⁾ *Paget*, Med. times and gazette. Vol. I. 1858, стр. 500.

шенно или почти совершенно исчезаетъ, въ другихъ же случаяхъ удаленіе раздраженія хотя даетъ незначительное улучшеніе, но замѣтнаго измѣненія всей картины болѣзни никогда не получается. Отъ смѣшенія съ сифилитическими и туберкулезными язвами кромѣ анамнеза предохраняетъ также тщательное изслѣдованіе всего организма и присутствіе каріознаго зуба и т. д. какъ-разъ противъ язвы. Противъ туберкулезнаго характера болѣзни, кромѣ того, говоритъ въ особенности быстрое развитіе язвы и чрезвычайная рѣдкость первичной туберкулезной язвы языка. Если возможно, то, конечно, въ каждомъ сомнительномъ случаѣ для постановки вѣрнаго діагноза необходимо сдѣлать микроскопическое изслѣдованіе соскобленнаго или срѣзаннаго куска язвы. Лечение декубитальной язвы требуетъ, какъ мы уже раньше указали, прежде всего устраненія раздраженія. Больной зубъ поэтому извлекаютъ или спиливаютъ, если это достаточно, его торчащіе концы и края. Если причиной раздраженія служитъ плохо сидящій или мѣстами шероховатый протезъ, то его, конечно, удаляютъ. Послѣ этого дѣлать обыкновенно больше ничего не приходится и язва въ 8—14 дней заживаетъ сама собою. Рекомендуются, однако, всегда назначать какое-нибудь дезинфицирующее полосканіе, лучше всего слабый растворъ борной кислоты, а тамъ, гдѣ существуетъ дурной запахъ изъ рта, растворъ *kalii hypermanganici*; при назначеніи послѣдняго слѣдуетъ всегда заботиться о томъ, чтобы онъ употреблялся только въ очень слабомъ растворѣ, такъ какъ въ противномъ случаѣ скоро появляется коричневая окраска слизистой оболочки рта.

Въ терапевтическомъ отношеніи интересенъ еще случай, опубликованный *M. Meyer* о¹⁾. Его больная при родахъ раскусала себѣ языкъ и вызвала этимъ нѣсколько очень болѣзненныхъ язвъ, которыя въ продолженіе 9 лѣтъ не поддавались никакому леченію. Полное излеченіе наступило, наконецъ, только благодаря тому, что въ продолженіе 1½ лѣтъ сдѣлано было 190 сеансовъ электризаціи постояннымъ токомъ такимъ образомъ, что анодъ ставили на языкъ, а катодъ на руку, а силу тока доводили до явной чувствительности, но не до болѣзненности.

Кромѣ травматическихъ нерѣдко наблюдаются небольшія, не имѣющія большого значенія изъязвленія на поверхности языка, называемыя диспептическими или катарральными. Болѣзнь обыкновенно начинается съ того, что часть поверхности языка, а именно съ кончика до середины спинки его, сильно краснѣетъ; на этихъ покраснѣвшихъ частяхъ затѣмъ появляются многочисленныя ссадины и изъязвленія, вслѣдствіе которыхъ пораженная часть имѣетъ видъ сплошной язвы. Изъязвленія очень поверхностны и ничего характернаго не представляютъ. Непораженные части поверхности языка вокругъ язвочекъ большей частью покрыты толстымъ налетомъ. Вызываемыя язвочками страданія почти всегда легкія. Въ другихъ случаяхъ появляются большей частью только на кончикѣ языка

¹⁾ *M. Meyer*, Ein Fall von Heilung 9 Jahre bestehender Zungengeschwüre durch den galvanischen Strom. Berl. klin. Woch. 1885. № 50.

небольшіе пузырьки, которые лопаются и оставляютъ за собою очень маленькія, поверхностныя, круглыя язвы съ довольно острыми краями. Дно ихъ часто покрыто небольшимъ количествомъ жидкаго гноя или совершенно чисто. Несмотря на незначительную величину—отъ булавочной головки до чечевицы—язвочки причиняютъ больнымъ довольно сильныя страданія, что главнымъ образомъ обуславливается ихъ положеніемъ на кончикѣ языка, благодаря чему онѣ находятся въ постоянномъ соприкосновеніи съ зубами. Характерны для этихъ язвъ ихъ частые возвраты, благодаря чему онѣ прямо отравляютъ жизнь больнымъ. И подѣ языкомъ, съ обѣихъ сторонъ уздечки, иногда тоже наблюдаются подобныя язвочки, чаще у дѣтей, чѣмъ у взрослыхъ. Въ нѣкоторыхъ семьяхъ существуетъ предрасположеніе къ образованію такихъ поверхностныхъ ссадинъ и язвочекъ безъ того, чтобы причиной тому была какая-нибудь конституціональная болѣзнь (*W. Hack*) ¹⁾.

Что касается причины образованія всѣхъ этихъ язвъ, извѣстныхъ подѣ именемъ катаррально-диспептическихъ, то все-таки еще сомнительно, находятся-ли онѣ въ дѣйствительности въ связи съ диспепсіею или катаррами верхнихъ дыхательныхъ путей. При нѣкоторыхъ изъ нихъ это, правда, не подлежитъ никакому сомнѣнію, но при другихъ никакихъ признаковъ такой зависимости найти нельзя. *Butlin* ²⁾ полагаетъ, что при нѣкоторыхъ изъязвленіяхъ, образующихся на спинкѣ языка, причиной ихъ появленія служитъ привычка постоянно сосать твердое небо и около зубовъ. Несомнѣнно, однако, что главную роль при этомъ играетъ общее слабое сложеніе и плохое питаніе больныхъ; у такихъ лицъ мы довольно часто видѣли описанныя формы изъязвленій языка.

Приведемъ еще нѣкоторые рѣдкіе случаи образованія язвъ на языкѣ. *Frank* ³⁾ наблюдалъ язвы на нижней поверхности языка послѣ употребленія антипирина. Послѣ приѣма этого средства у его больныхъ каждый разъ появлялись поверхностныя изъязвленія, которыя безъ всякаго особаго леченія скоро исчезали. *Déberder* ⁴⁾ описываетъ случай, въ которомъ къ выраженной невралгіи языка присоединились очень болѣзненные язвы, которыя отъ прижиганія ухудшились и зажили только послѣ приѣмовъ хинина въ 0,75. Къ послѣднему лекарству прибѣгли лишь тогда, когда предположили связь между страданіемъ языка и маляріей. По *Comby* ⁵⁾, кромѣ того, у маленькихъ дѣтей на нижней поверхности языка часто встрѣчаются изъязвленія, очень похожія на коклюшныя; съ коклю-

¹⁾ *W. Hack*, Ueber oberflächliche Excoriationen an der Zunge. Monatshefte für prakt. Dermatologie 1882. Апрель.

²⁾ *Butlin*, Krankheiten der Zunge. Deutsch von Dr. Julius Beregszászy. Wien 1887.

³⁾ *Frank*, Na antipyrine gebruik ulceratie onder de tong. Weekbl. voor Geneesk. 1892. Июль.

⁴⁾ *Déberder*, Neuralgie paludique de la langue avec ulcération. Journal de Lucas-Championnière 1891. Мартъ.

⁵⁾ *Comby*, Ulcération sublinguale indépendante de la coqueluche. France médicale 1890. 21 февр.

шмъ они ничего общаго не имѣютъ, а происходятъ вслѣдствіе тренія языка объ острые, но совершенно нормальные рѣзцы. Они сидятъ передъ уздечкой языка, большей частью величиною въ чечевицу, бѣловатаго цвѣта и съ выраженной индурацией. Въ леченіи эти язвы не нуждаются, а только въ тщательной чистотѣ.

Здѣсь уместно упомянуть еще объ одномъ наблюденіи, сдѣланномъ нами многократно у женщинъ во время менструаціи. Въ это время у нихъ иногда большей частью на кончикѣ языка образуются небольшіе пузырьки величиною въ булавочную головку, которые лопаются и оставляютъ за собою небольшое круглое изъязвленіе, которое при соприкосновеніи съ зубами довольно болѣзненно. Окружность этихъ маленькихъ язвъ совершенно нормальна, длятся онѣ всего 2—3 дня. Причина образования ихъ хотя еще неизвѣстна, но связи съ менструаціей во многихъ случаяхъ отрицать нельзя.

VII. Языкъ при острыхъ и хроническихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ.

Верхніе дыхательные пути, полость рта, носа и носоглоточнаго пространства, а вмѣстѣ съ ними и языкъ принимаютъ болѣе или менѣе видное участіе при очень многихъ заболѣваніяхъ. Особенно видное участіе они принимаютъ при острыхъ и хроническихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Разсмотримъ теперь, насколько въ нихъ участвуетъ языкъ.

1. Корь и краснуха.

Явленія со стороны носа, рта и зѣва при кори, какъ извѣстно, очень важны и довольно часто по нимъ еще до появленія сыпи можно поставить вѣрный діагнозъ болѣзни, явленія же со стороны языка при ней въ громадномъ большинствѣ случаевъ очень незначительны. Въ противоположность скарлатинѣ, о которой мы сейчасъ будемъ говорить, при кори со стороны языка большей частью ничего характернаго не наблюдается. Во всѣхъ случаяхъ существуетъ только обыкновенный налетъ, а иногда немного опухаютъ сосочки, которые вслѣдствіе этого нѣсколько болѣе обыкновеннаго выдаются надъ поверхностью языка. Существуютъ, однако, и хорошо прослѣженные при нѣкоторыхъ эпидеміяхъ случаи, въ которыхъ появлялось поверхностное воспаленіе языка, отчасти переходившее на другія части слизистой оболочки рта и имѣвшее вслѣдствіе причиняемой боли и затрудненія пріема пищи довольно сильное вліяніе на весь ходъ болѣзни. Подобные случаи наблюдалъ *Henoch*¹⁾; въ своихъ лекціяхъ по дѣтскимъ болѣзнямъ онъ сообщаетъ объ одной 1½-годовалой дѣвчкѣ, у которой слизистая оболочка губъ,

щеки и языка были очень разрыхлены, красны, при прикосновеніи легко кровоточили и мѣстами были покрыты желтовато-сѣрыми бляшками. При этомъ ребенокъ страдалъ сильнымъ слюнотеченіемъ. Явленія на языкѣ и слизистой оболочкѣ рта при смазываніяхъ растворомъ *zinci sulf.* 0,5:30 постепенно исчезли и ребенокъ совершенно выздоровѣлъ, хотя и проболѣлъ дольше обыкновеннаго. Въ связи съ другими параличами послѣ кори иногда наблюдается и параличъ рѣчи, который можетъ сопровождаться двигательными расстройствами языка и обусловливается большей частью энцефалитомъ. — О краснухѣ (*rubeola*), какъ извѣстно, до сихъ поръ общаго мнѣнія еще не существуетъ; одни считаютъ ее самостоятельной болѣзью, которая можетъ появляться даже эндемически и эпидемически, другіе — легкими и безъ лихорадки протекающими случаями кори и скарлатины. Первые авторы при краснухѣ часто наблюдали бѣлый налетъ на языкѣ и припухлость сосочковъ, преимущественно на кончикѣ его. Мы сами подобныхъ, болѣе или менѣе характерныхъ признаковъ на языкѣ въ нѣсколькихъ случаяхъ краснухи не видѣли; кромѣ обыкновеннаго, по интенсивности и виду различнаго, налета мы въ этихъ случаяхъ ничего особеннаго не наблюдали.

Здѣсь мы должны упомянуть объ одной болѣзни, которая сама по себѣ очень рѣдко, но чаще всего сравнительно встрѣчается послѣ кори, а именно о номѣ (гангрена щеки, водяной ракъ, гангренозный стоматитъ). Она можетъ, хотя и гораздо рѣже, появляться послѣ различнѣйшихъ острыхъ и хроническихъ инфекціонныхъ болѣзней, а также при рахитѣ и геморрагическомъ діатезѣ. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ номы поражается и языкъ. Характерно для этой болѣзни то, что она поражаетъ только или почти только дѣтей и только такихъ, которые уже значительно ослаблены предшествующими болѣзнями. Многіе полагали, что нома — инфекціонная болѣзнь, безспорнаго возбудителя ея, однако, до сихъ поръ найти не удалось, хотя *Schimmelbusch*¹⁾ въ одномъ случаѣ номы и нашелъ патогенныя палочки, прививка которыхъ, однако, характерной картины болѣзни не дала. Последняя состоитъ вначалѣ въ простомъ распространенномъ стоматитѣ, къ которому, однако, скоро присоединяются опухоли и поразительная блѣдность щеки; послѣднія суть послѣдствія гангренознаго разрушенія частей полости рта, почти всегда начинающагося между угломъ рта и отверстіемъ *ducti stenoniani*. Одновременно развивается страшная вонь изо рта, характеризовать которую очень трудно, но вѣрнѣе всего можно сравнить съ сильнымъ запахомъ падали. Гангренозный процессъ на слизистой оболочкѣ щеки прогрессируетъ, наружная опухоль распространяется и усиливается, вслѣдствіе чего щека сильно инфильтрируется и становится твердой, какъ доска. Наконецъ происходитъ прободеніе наружу, въ тяжелыхъ же случаяхъ въ полости рта разрушаются твердое и мягкое небо и языкъ.

¹⁾ *Eduard Henoch*, Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin 1889. 4-е изданіе.

¹⁾ *Schimmelbusch*, Deutsche med. Wochenschrift 1899, стр. 516.

2. Скарлатина.

При скарлатинѣ языкъ играетъ немаловажную роль въ патологiи органовъ полости рта и зѣва, хотя многіе авторы, въ особенности *Gerhardt* ¹⁾, *Eichhorst* ²⁾, *von Jürgensen* ³⁾ и другіе это все еще отрицаютъ. Исслѣдованія *Neumann*'а ⁴⁾ о скарлатинозномъ языкѣ, однако, не оставляютъ никакого сомнѣнія въ томъ, что измѣненіе это вполнѣ характерно для данной болѣзни. Уже въ началѣ болѣзни на языкѣ появляются измѣненія, которыя *Neumann* называетъ періодомъ опуханія всей слизистой оболочки и помутнѣнія эпителия. Измѣненія эти суть: обусловливаемый помутнѣніемъ эпителия, большей частью довольно обширный, свѣтлосѣрый или желтовато-бѣлый налетъ, изъ-подъ котораго выдаются умѣренно опухшіе, увеличенные и утолщенные грибовидные сосочки въ видѣ яркокрасныхъ бугорковъ, часто окруженныхъ бѣлымъ краемъ; кромѣ того вся слизистая оболочка языка опухши, что проявляется преимущественно образованіемъ продольныхъ складокъ и углубленій и оттисками зубовъ на боковыхъ краяхъ языка. Вскорѣ послѣ этого края и кончикъ языка краснѣютъ. На второй или третій день болѣзни начинается отдѣленіе налета и верхнихъ слоевъ эпителия всей слизистой оболочки, вслѣдствіе чего языкъ на всемъ своемъ протяженіи выглядитъ яркокраснымъ. (Періодъ шелушенія). На яркокрасной, лишенной всякаго налета поверхности теперь ясно выступаютъ вышеупомянутые бугорки, но уже безъ каймы, представляющіе собою болѣе или менѣе опухшіе грибовидные сосочки. Въ этомъ состояніи языкъ имѣетъ очень выраженное сходство съ малиной, вслѣдствіе котораго скарлатинозный языкъ нерѣдко называютъ и малиновымъ. Не всегда, однако, видъ языка при скарлатинѣ столь выраженный, какъ мы только что описали. Иногда, напротивъ, случается, что налетъ въ теченіе всей болѣзни не исчезаетъ совершенно, а остается преимущественно на заднихъ частяхъ спинки языка, передняя же часть его имѣетъ или характерный малинообразный видъ, или на ней вообще ничего особеннаго незамѣтно, такъ что языкъ выглядитъ такъ же, какъ при многихъ другихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ. Случается это, однако, рѣдко и, несмотря на подобныя отклоненія, скарлатинозный языкъ все-таки имѣетъ діагностическое значеніе для этой инфекціонной болѣзни, хотя несомнѣнно также, что подобный видъ языка иногда можетъ наблюдаться и у дѣтей, не страдающихъ скарлатиной. Въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины съ высокой и продолжительной лихорадкой и сильными мозговыми симптомами языкъ большей частью сухой, но все-таки сохра-

¹⁾ *Gerhardt*, Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 4. Aufl. Tübingen 1881.

²⁾ *Eichhorst*, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Wien und Leipzig 1884.

³⁾ *von Jürgensen*, Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Leipzig 1890.

⁴⁾ *Neumann, A.*, Zur Entwicklung und klinischen Bedeutung der Scharlachzunge. Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. 47, стр. 379.

няетъ при этомъ свою характерную малиновую красноту. На спинкѣ и краяхъ его тогда нерѣдко образуются болѣзненные, то поверхностные, то болѣе глубокія ссадины и трещины. Наблюдали также и цѣлый рядъ другихъ отклоненій отъ типичнаго вида скарлатинознаго языка. *Neumann*, напр., многократно наблюдалъ случаи, въ которыхъ помутнѣнія эпителия вовсе не было, а прямо наступало очень сильное шелушеніе, поражавшее не только поверхностные, но и глубокіе слои эпителия; больные жаловались на сильное жженіе и чувство изъязвленности языка. Въ случаяхъ скарлатины съ ненормальной сыпью на наружныхъ покровахъ, какъ, напр., при *scarlatina miliaris*, при которой на красной кожѣ существуютъ и рѣзко ограниченные пузырьки величиною въ просяное зерно, на спинкѣ языка иногда наблюдаются такіе же пузырьки. Послѣдніе развиваются на верхушкахъ опухшихъ грибовидныхъ сосочковъ и содержатъ водянистую или мутную, сыровоточно-гнойную жидкость. Въ первомъ случаѣ *Betz* ¹⁾ ихъ сравниваетъ съ каплями росы. Если въ тяжелыхъ случаяхъ къ скарлатинѣ присоединяется некротическое воспаленіе верхнихъ дыхательныхъ путей, что, къ сожалѣнію, случается нерѣдко, то процессъ этотъ можетъ перейти и на языкъ. На послѣднемъ тогда въ нѣкоторыхъ мѣстахъ появляются инфильтрованные части, покрытыя бѣловато-сѣрыми или желтовато-сѣрыми бляшками. Къ этому большей частью присоединяются столь сильныя боли, что дѣти не въ состояніи высунуть языка и съ большимъ трудомъ могутъ принимать пищу, что, конечно, сильно ухудшаетъ предсказаніе въ подобныхъ случаяхъ. При ѣдѣ иногда появляются болѣе или менѣе сильныя кровотеченія изъ языка, которыя могутъ стать столь сильными, что угрожаютъ даже жизни уже изъ безъ того очень ослабленныхъ пациентовъ. Когда потомъ упомянутыя бляшки на языкѣ вслѣдствіе некротическаго процесса отпадаютъ, то остаются рубцы въ видѣ довольно сильныхъ зарубокъ преимущественно на краяхъ языка. Что касается обратнаго развитія явленій скарлатинознаго языка, то вмѣстѣ съ исчезаніемъ сыпи на наружныхъ покровахъ обыкновенно блѣднѣетъ и краснота слизистой оболочки языка, который покрывается новымъ эпителиальнымъ слоемъ. Опухоль грибовидныхъ сосочковъ понемногу проходитъ и они вновь получаютъ свою нормальную форму. Одновременно снова появляется небольшой налетъ. Время, когда начинается это обратное развитіе, очень различно. Только въ одной трети 48 случаевъ *Neumann*'а скарлатинозныя явленія на языкѣ исчезли до и къ концу первой недѣли болѣзни, въ другой трети они оставались и всю вторую недѣлю, а въ послѣдней трети они ясно замѣтны были и послѣ второй недѣли. Соотвѣтствія между явленіями на наружныхъ покровахъ и явленіями на языкѣ въ общемъ обыкновенно не наблюдается, за исключеніемъ вышеупомянутаго появленія пузырьковъ на языкѣ при просивидной скарлатинозной сыпи на наружныхъ покровахъ. При скарлатинѣ у взрослыхъ, какъ

¹⁾ *Betz*, Journal für Kinderkrankheiten. 16, стр. 386.

мы многократно въ этомъ убѣждались, дѣло часто не доходить до явлений скарлатинознаго языка, хотя полного отсутствія ихъ никогда не бываетъ.

Что касается леченія, то кромѣ столь необходимой во всѣхъ случаяхъ чистоты полости рта больше ничего обыкновенно и не нужно. Только при кровотеченияхъ и изъязвленіяхъ, которыя могутъ встрѣчаться въ случаяхъ скарлатины, осложняющихся некрозомъ верхнихъ дыхательныхъ путей, необходимо, конечно, прежде всего позаботиться объ остановкѣ кровотечения. Производится это лучше всего сжиманіемъ кровоточащихъ мѣстъ тампонами, смоченными въ полуторохлористомъ желѣзѣ. При поверхностныхъ изъязвленіяхъ *Henoch* получалъ хорошіе результаты отъ смазыванія растворомъ *zinci sulfurici* 0,5 на 30 воды нѣсколько разъ въ день. Послѣ скарлатины иногда появляются параличи, большей частью спинальнаго характера. Наблюдали также потерю рѣчи, но такъ какъ она двигательными расстройствами языка не сопровождается, то она въ рамки нашей книги не входитъ.

3. Вѣтряная оспа (Varicella).

Участіе языка при вѣтряной оспѣ (*varicella*) всѣмъ извѣстно, хотя и не особенно сильное. Подобно наружнымъ покровамъ и на слизистой оболочкѣ рта, и преимущественно на языкѣ, при появленіи сыпи очень часто развиваются единичные пузырьки. Однако, въ видѣ пузырьковъ наблюдать ихъ удается не часто, такъ какъ вслѣдствіе быстраго отпаденія верхнихъ слоевъ эпителия со слизистой оболочки языка пузырьки, какъ таковые, скоро исчезаютъ и оставляютъ за собою небольшія круглыя ссадины и трещины, покрытыя большей частью очень поверхностнымъ бѣловатымъ или желтовато-сѣрымъ налетомъ. Слизистая оболочка вокругъ этихъ небольшихъ потерь вещества всегда болѣе или менѣе инъецирована и образуетъ вокругъ нихъ ясную красную каемку. Страданій эти измѣненія почти никогда не вызываютъ и только изрѣдка немного затрудняютъ пріемъ пищи. Черезъ нѣсколько дней они большей частью совершенно исчезаютъ и слизистая оболочка языка становится вполне нормальной. Такъ какъ вѣтряная оспа въ громадномъ большинствѣ никакого леченія не требуетъ и лечится только выжидательно, то и о леченіи сопровождающихъ ее явленій на языкѣ рѣчи быть не можетъ.

4. Оспа (Variola).

Измѣненія языка при настоящей оспѣ гораздо сильнѣе и важнѣе измѣненій его при вѣтряной оспѣ. Одновременно съ появленіемъ оспинокъ на наружныхъ покровахъ тѣла, или нѣсколько позже, на различныхъ слизистыхъ оболочкахъ, между прочимъ и на языкѣ, на которомъ уже съ самаго начала болѣзни образуется большей частью довольно сильный налетъ, развиваются болѣе или менѣе многочисленные оспенныя пустулы, которыя, однако, очень скоро лопаются вслѣдствіе быстрой мацерации ихъ

оболочки. Въмѣсто нихъ тогда появляются небольшія, круглыя, вначалѣ большей частью только поверхностныя язвы, нерѣдко однако сливающіяся въ большія язвенныя поверхности. Онѣ причиняютъ тогда жалкимъ пациентамъ довольно сильныя страданія, такъ какъ онѣ при жеваніи, глотаніи и разговорѣ очень болѣзненны. Что при этомъ еще болѣе должно страдать и питаніе больныхъ, которое уже само по себѣ очень затруднительно, понятно само собою. Удивительно, однако, то, что иногда, несмотря на пораженіе всей полости рта, на языкѣ никакой оспенной сыпи не бываетъ. Подобные случаи, однако, рѣдки. Еще рѣже поверхностныя вначалѣ язвы проникаютъ въ глубину, инфильтрируютъ глубокія части языка, которыя затѣмъ становятся флегмонозными, вслѣдствіе чего весь языкъ сильно опухаетъ (*glossitis variolosa*). Сравнительно чаще всего это наблюдается при тяжелой формѣ оспы, называемой *variola confluens*. Въ другихъ случаяхъ дѣло до образованія пустулъ не доходитъ, а появляется болѣе или менѣе обширная инфильтрація эпителиальнаго слоя, вслѣдствіе чего иногда довольно большія части поверхности языка лишаются своего эпителия. При геморрагической оспѣ иногда наблюдается геморрагическая сыпь и на слизистой оболочкѣ языка. У плохо упитанныхъ и слабыхъ больныхъ дѣло можетъ дойти даже до болѣе или менѣе сильныхъ кровотеченій изъ слизистой оболочки языка, а именно не только при геморрагической оспѣ, но и, хотя гораздо рѣже, при обыкновенной формѣ этой болѣзни. Напротивъ, при *variolois*, которая, какъ извѣстно, представляетъ собою только менѣе продолжительную и легче протекающую форму оспы, и явленія на слизистой оболочкѣ обыкновенно тоже протекаютъ въ болѣе легкой и слабой формѣ. Анатомически оспенныя пустулы на слизистой оболочкѣ языка совершенно тождественны съ пустулами на наружныхъ покровахъ. Многіе это оспаривали и называли гнойнички на языкѣ ложными пустулами; однако это ложное предположеніе основано только на измѣненіяхъ пустулъ, обусловливаемыхъ быстрой мацерацией верхнихъ эпителиальныхъ слоевъ слизистой оболочки, которыя мы уже описали.

Что касается леченія измѣненій языка при оспѣ, то прежде всего слѣдуетъ обращать вниманіе на то, чтобы при кормленіи больныхъ давать имъ твердую и жидкую пищу только въ абсолютно не раздражающей формѣ. Поэтому слѣдуетъ давать главнымъ образомъ слизистую и кашцеобразную пищу. Кромѣ того слѣдуетъ часто полоскать ротъ очень слабыми растворами антисептическихъ или вяжущихъ средствъ. Изъ нихъ лучше всего употреблять буру, бертолетовую соль, *kali hypermanganicum* или карболовую кислоту въ количествѣ 5 на 300 воды. Многіе рекомендуютъ также непосредственное смазываніе ссадинъ слизистой оболочки языка легкими растворами іода и полуторохлористаго желѣза. Въ послѣднее время, кромѣ того, сдѣланы были опыты съ распыленіемъ перекиси водорода съ послѣдующимъ опыленіемъ борной кислотой и тому подобными средствами.

5. Коклюшъ. *Tussis convulsiva*.

Общей извѣстностью и вполне заслуженнымъ вниманіемъ пользуются измѣненія, которыя могутъ произойти на языкѣ при коклюшѣ. Они извѣстны уже съ сороковыхъ годовъ прошлаго столѣтія и представляютъ собою или поверхностную ссадину, или болѣе глубокое изъязвленіе на уздечкѣ языка, которыя довольно часто наблюдаются при долго длящемся коклюшѣ. Изъязвленіе при извѣстныхъ условіяхъ можетъ стать столь сильнымъ, что часть уздечки языка или вся она совершенно уничтожается. Измѣненія эти не всегда бываютъ на одной только уздечкѣ, а иногда и около нея, и на кончикѣ языка. Причина ссадинъ и язвъ несомнѣнно травматическая. Вслѣдствіе сильныхъ и частыхъ кашлевыхъ толчковъ при коклюшѣ кончикъ языка часто съ силой выталкивается изъ полости рта и ударяется о нижніе средніе рѣзцы. О нихъ и повреждается уздечка, сначала только поверхностно и большей частью у ея нижняго прикрѣпленія, на которомъ прежде всего уничтожается эпителий; на этомъ лишенномъ эпителия и все вновь раздражаемомъ мѣстѣ впослѣдствіи и развивается маленькая поверхностная, большей частью круглая или овальная язва съ немного приподнятыми краями и желтовато-сѣрымъ налетомъ; часто она покрыта также маленькими бугорочками сѣраго, бѣловатаго или перламутроваго цвѣта. Очень рѣдко при этомъ развивается и опухоль подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ. Что язвы при коклюшѣ дѣйствительно травматическія, доказываетъ уже то, что ихъ находятъ почти исключительно у дѣтей, которыя имѣютъ уже нижніе рѣзцы. Но изъ этого вовсе не слѣдуетъ, что язва или ссадина при существованіи нижнихъ рѣзцовъ всегда должны образоваться. Большую роль при этомъ играютъ главнымъ образомъ частота и сила кашлевыхъ припадковъ. Кромѣ того въ этомъ отношеніи очень важно, повидимому, и состояніе самой уздечки. Если она длинная и слабая, то поврежденія могутъ произойти легче, чѣмъ если она туго натянута и коротка, такъ какъ она въ послѣднемъ случаѣ мѣшаетъ проталкиванію языка черезъ рѣзцы. Происхожденіе язвы уздечки языка въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, въ которыхъ она наблюдалась у дѣтей еще до прорѣзыванія зубовъ, что, слѣдовательно, говорило какъ бы противъ травматической причины, *Bouffiers* объясняетъ тѣмъ, что, по всей вѣроятности, матери, стремясь удалить скопляющіяся во время припадковъ массы слизи изо рта своихъ дѣтей, пальцемъ повреждаютъ уздечку. Кромѣ упомянутыхъ мѣстъ, уздечки языка и ея ближайшаго сосѣдства, *Henoch* ¹⁾ иногда наблюдалъ описанныя язвы и на спинкѣ языка и полагаетъ, что онѣ происходятъ вслѣдствіе тренія органа о верхніе рѣзцы. Въ противоположность всему вышеизложенному нѣкоторые авторы, какъ, напр.,

¹⁾ *E. Henoch*, Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin 1899. IV. Aufl. Verlag von Aug. Hirschwald.

Butlin ¹⁾, полагаютъ, что язвы вообще никакого специфическаго значенія для коклюша не имѣютъ и представляютъ собою не что иное, какъ афтозные язвы, довольно часто наблюдаемыя уже въ катарральномъ періодѣ болѣзни, въ которомъ о поврежденіяхъ языка о зубы еще и рѣчи быть не можетъ. По нашимъ наблюденіямъ, мы съ этимъ согласиться не можемъ, хотя и подтверждаемъ, что очень часто не находили этихъ изъязвленій даже въ тяжелыхъ случаяхъ коклюша у дѣтей, имѣвшихъ уже зубы. Лечение обыкновенно излишне, такъ какъ съ ослабленіемъ кашля язвочки всегда сами заживаютъ съ образованіемъ рубцовъ или безъ оныхъ. Рубцы, если они и появляются, никогда не мѣшаютъ подвижности языка. Если хотятъ что-нибудь сдѣлать, то язвочки лучше всего прижечь хромовой кислотой.

Совсѣмъ къ другой области, чѣмъ только что описанная, относятся патологическія измѣненія языка, иногда наблюдаемыя при коклюшѣ или послѣ него. Мы говоримъ о параличахъ мускулатуры языка и вызываемой ими афазіи или другихъ разстройствъ рѣчи. Они могутъ встрѣчаться вмѣстѣ съ односторонними или, хотя и гораздо рѣже, съ двусторонними параличами конечностей и черезъ нѣкоторое время обыкновенно исчезаютъ. Причина ихъ не совсѣмъ ясна. Можетъ быть, они обуславливаются кровоизліяніями въ вещество мозга, вполне понятными при часто очень сильныхъ кашлевыхъ припадкахъ, при которыхъ дѣло иногда доходитъ до разрыва сосудовъ и на другихъ мѣстахъ. Но можетъ быть также, что они являются послѣдствіемъ заболѣванія мозга на почвѣ извѣстныхъ токсическихъ вліяній.

6. Дифтеритъ.

При дифтеритѣ явленія со стороны языка различны въ зависимости отъ тяжести даннаго случая. Въ легкихъ формахъ болѣзни съ едва повышенной температурой и рыхлыми пленками въ видѣ крупознаго экссудата, ограничивающимися миндалинами и краемъ мягкаго неба и языка, на языкѣ при вполне нормальномъ аппетитѣ или вовсе никакихъ патологическихъ явленій не бываетъ, или существуетъ только умѣренный сѣровато-бѣлый налетъ. Иначе дѣло обстоитъ въ случаяхъ средней силы съ умѣренной лихорадкой и обширными салными дифтерійными пленками, которыя кромѣ упомянутыхъ частей зѣва тогда иногда находятъ и на задней стѣнкѣ его. Въ этихъ случаяхъ при значительномъ разстройствѣ общаго состоянія и большей частью плохомъ аппетитѣ часто наблюдается обширный толстый сѣровато-желтый налетъ на поверхности языка, который въ большинствѣ случаевъ очень сухой. Рѣже налета этого не бываетъ и весь языкъ имѣетъ яркочерный цвѣтъ, а на кончикѣ его видны выдающіеся сосочки. Иногда красны только кончикъ и край языка, середина же его сохраняетъ вышеупомянутый налетъ. Въ очень тяжелыхъ септическихъ случаяхъ дифтерита, поверхность языка обыкно-

¹⁾ *Butlin*, H. T., Krankheiten der Zunge. Herausgegeben von J. Beregszászy. Wien 1887.

венно покрыта толстымъ, желтовато-сѣрымъ или болѣе темнымъ налетомъ, который быстро засыхаетъ и образуетъ корки, потому что больные при всегда въ такихъ случаяхъ существующемъ сильномъ насморкѣ вынуждены постоянно дышать ртомъ. Въ этихъ случаяхъ уже при малѣйшемъ прикосновеніи часто происходятъ кровотеченія изъ языка. Къ этому присоединяются еще сильный запахъ изо рта и обильное слюноотеченіе. Иногда подъ толстымъ эпителиальнымъ налетомъ на корнѣ языка видны сосочки въ видѣ бѣлыхъ мозговатыхъ узловъ величиною отъ коноплянаго зерна до миндаля.

Очень рѣдко случается, что дифтеритъ зѣва переходитъ на корень языка и отсюда распространяется на всю слизистую оболочку этого органа или по крайней мѣрѣ на значительную часть ея. Въ такихъ случаяхъ болѣзнь поражаетъ большей частью всю полость рта. На слизистой оболочкѣ языка тогда видны характерныя дифтерійныя пленки, переходящія непосредственно съ переднихъ дужекъ на корень языка. При этомъ существуетъ сильный запахъ изо рта и значительное затрудненіе жеванія и глотанія. Если удалить пленки съ поверхности языка, то лежащая подъ ними слизистая оболочка оказывается изъязвленной и легко кровоточитъ. Особого леченія не нужно.

Еще рѣже наблюдается первичный дифтеритъ языка; болѣзнь тогда вызывается прививкой дифтерійнаго яда въ случайныя раны этого органа грязными инструментами и по симптомамъ своимъ совершенно похожа на дифтеритъ, распространяющійся съ зѣва. Иногда можетъ также случиться, что сдѣланная при операциіи рана языка вслѣдствіе зараженія становится дифтерійной, если вблизи оперированнаго лежатъ или лежали больные дифтеритомъ. Всѣ эти случайности, однако, чрезвычайно рѣдки. Упомянуть здѣсь слѣдуетъ еще о случаѣ *Sendziak'a* ¹⁾, въ которомъ настоящій дифтеритъ гортани по картинѣ болѣзни былъ очень похожъ на нарывъ миндалинъ языка. У 34-лѣтняго пациента въ первый день его заболѣванія на основаніи языка, соотвѣтственно положенію миндалинъ его, видна была ограниченная опухоль со слизистымъ красноватымъ налетомъ, производившая полное впечатлѣніе развивающагося нарыва; дальнѣйшее теченіе болѣзни съ высокой лихорадкой, дифтерійными налетами въ зѣвѣ и гортани и летальнымъ исходомъ, однако, показало, что объ истинномъ характерѣ ея не могло быть никакого сомнѣнія.

Въ наблюдаемыхъ часто при дифтеритѣ и послѣ него параличахъ языкъ иногда тоже принимаетъ участіе. Одновременно съ параличемъ глотки или вскорѣ послѣ наступленія его иногда наблюдается расстройство вкуса и чувствительности языка. Последнее обнаруживается сначала большей частью чувствомъ ципанія, за которымъ потомъ слѣдуетъ болѣе или менѣе выраженное пониженіе чувствительности. Иногда больные жа-

луются также на чувство напряженія и припухлости языка. Къ этому, хотя и рѣдко, присоединяются дѣйствительные двигательные параличи въ легкой степени, вслѣдствіе которыхъ движенія органа медленны и дрожательны; расстройства чувствительности, однако, всегда болѣе выражены и во всякомъ случаѣ гораздо чаще. Интересно въ этомъ отношеніи наблюденіе, которое *Hansemann* ¹⁾ сдѣлалъ на самомъ себѣ. Параличъ сначала поразилъ правую половину небной занавѣски, больной въ общемъ чувствовалъ себя хорошо и вполне здоровымъ, но 6 дней спустя замѣтилъ постепенно усиливающееся чувство зуда на кончикѣ языка, какъ будто бы онъ выпилъ что-нибудь слишкомъ горячее. Когда чувство это распространилось до середины языка, то появилось объективно замѣтное пониженіе чувствительности и ослабленіе силы и подвижности всего органа. При этомъ значительно ослабленъ былъ и вкусъ. Только очень пріятная, соленая, кислая и горькая пища еще ощущалась какъ таковая, но при закрытыхъ глазахъ кусокъ мяса, напр., не могъ быть отличенъ отъ куска картофеля. Слюна отдѣлялась въ очень небольшомъ количествѣ. Цѣлый рядъ движеній языка, въ особенности повертываніе кончика черезъ спинку и приподыманіе краевъ кверху, было совершенно невозможно, прямое же высовываніе языка удавалось только отчасти и съ большимъ трудомъ. Фибриллярныхъ подергиваній не наблюдалось. При жеваніи, которое тоже было затруднено, нерѣдко происходили поврежденія языка. Голосъ былъ гнусливый, лепечущій и плохо понятный въ особенности при язычныхъ звукахъ. Интересно и другое наблюденіе *Hansemann'a*, что и параличу другихъ частей тѣла всегда предшествовалъ зудъ. Параличныя явленія на языкѣ исчезли сравнительно быстро, двигательные же параличи конечностей держались еще долгое время.—На только что описанный случай похожъ и случай, сообщенный *Weber'омъ* ²⁾ изъ нѣмецкаго госпиталя въ Лондонѣ. У его больного, 19-лѣтняго юноши, на девятый день выздоровленія появился параличъ небной занавѣски и зѣва, сопровождавшійся почти полной потерей чувствительности языка и ослабленіемъ вкуса, а потомъ и параличами конечностей. И въ этомъ случаѣ явленія паралича языка исчезли сравнительно быстро и вполне. Несомнѣнно поэтому, что дифтерійный ядъ можетъ распространяться сначала по лимфатическимъ и кровеноснымъ сосудамъ, но потомъ и по нервамъ центробѣжно и центростремительно; сначала онъ, повидимому, распространяется на нервы, ближайшіе къ первичному очагу болѣзни, какъ черепные нервы: *trigeminus*, *glossopharyngeus* и *olfactorius*, а затѣмъ только на дальше лежащіе нервы мускулатуры зѣва. За это говоритъ порядокъ, въ которомъ поражаются нервы въ большинствѣ подобныхъ случаевъ. Анатомическій процессъ соотвѣтствуетъ тому, который извѣстенъ подъ именемъ паренхиматознаго

¹⁾ *David Hansemann*, Ausgedehnte Lähmungen nach Diphtherie. *Virchow's Archiv*. 115, стр. 534.

²⁾ *Hermann Weber*, Ueber die Lähmungen nach Diphtherie. *Virchow's Archiv*. 25, стр. 114.

¹⁾ *J. Sendziak*, Przypadek błonicy krtani, symulujacej ropień migdacha przykrowgo. *Kronika lekarska* 1900. №№ 11—12.

неврита. Прямое терапевтическое воздействие невозможно, влияние же лечения сывороткой на паралич языка, повидимому, не более благоприятное, чѣмъ на параличи вообще.

7. Erysipelas. Рожа.

При рождѣ языкъ никакихъ характерныхъ измѣненій обыкновенно не представляетъ. Такъ какъ болѣзнь почти всегда сопровождается тяжелыми расстройствами всего пищеварительнаго аппарата, то и языкъ въ большинствѣ случаевъ покрытъ толстымъ, бѣловатымъ или желтовато-бѣлымъ налетомъ, который въ дальнѣйшемъ теченіи при продолжающейся лихорадкѣ все болѣе и болѣе засыхаетъ и при этомъ засыханіи постепенно теряетъ свой яркій цвѣтъ и наконецъ становится совсѣмъ чернымъ. При этомъ на поверхности языка нерѣдко существуютъ засохшія корки тоже чернаго цвѣта. Эти явленія почти всегда сопровождаются довольно неприятнымъ вкусомъ клейстера во рту, полнымъ отсутствіемъ аппетита и сильнымъ запахомъ изо рта. Когда температура падаетъ и больной начинаетъ лучше принимать пищу, то корки, черная окраска и наконецъ и сухость языка постепенно исчезаютъ безъ всякаго терапевтическаго вмѣшательства. Иначе дѣло обстоитъ, когда, что хотя и очень рѣдко бываетъ, рожа переходитъ на полость рта и вмѣстѣ съ тѣмъ и на языкъ. Въ этихъ случаяхъ слизистая оболочка языка очень красна и суха, а весь органъ чрезвычайно болѣзненъ. Боль особенно ощущается при приемѣ пищи, глотаніи и разговорѣ. Иногда воспаленіе съ поверхности слизистой оболочки переходитъ на болѣе глубокіе слои тканей языка. Тогда весь органъ сильно опухаетъ, что, конечно, еще болѣе усиливаетъ страданія больныхъ. Что касается леченія, то, если глотаніе кусочковъ льда пользы не приноситъ, иногда приходится дѣлать глубокія надрѣзки; при сильномъ опуханіи языка иногда можетъ понадобиться даже трахеотомія.

8. Инфлуэнца.

При инфлуэнцѣ, точное изслѣдованіе которой начато только въ послѣднее время, хотя и бываютъ случаи съ преобладающими симптомами со стороны пищеварительнаго аппарата, но и при этихъ обстоятельствахъ языкъ большей частью никакой особенной роли не играетъ. При общемъ покраснѣніи и опуханіи всей слизистой оболочки рта, включая и миндалины, въ которыхъ принимаетъ участіе и языкъ, на послѣднемъ можетъ быть обширный, толстый, но не характерный налетъ, который, какъ всегда, вызываетъ чувство клейстера во рту и можетъ служить важной причиной отсутствія аппетита. Явленія эти исчезаютъ вмѣстѣ съ ослабленіемъ всѣхъ другихъ симптомовъ, въ особенности лихорадки, безъ всякаго особаго леченія языка. Въ другихъ случаяхъ, въ которыхъ желудочно-кишечныхъ симптомовъ не бываетъ, налетъ на языкъ обыкновенно слабый, кончикъ же и края его очень красны. Никогда, однако, при

простой инфлуэнцѣ языкъ не бываетъ такимъ сухимъ и растресканнымъ, какъ при тифѣ.

Чего-либо характернаго для гриппознаго языка, какъ объ этомъ сообщаютъ нѣкоторые авторы, напр. *J. Terry*¹⁾, мы никогда не видѣли. Иногда дѣло доходитъ до общаго сильнаго покраснѣнія всего языка — общей glossitis.

При тифозной формѣ инфлуэнцы и языкъ можетъ представлять такіе же симптомы, какъ настоящій тифозный, въ особенности если лихорадка продолжительная и сильная; языкъ становится сухимъ, растресканнымъ и фулигинознымъ.

Здѣсь полноты ради мы хотимъ сказать еще нѣсколько словъ о лихорадочной болѣзни Dengue; этимъ мы, однако, вовсе не думаемъ вызывать предположенія, что лихорадка эта представляетъ разновидность инфлуэнцы въ тропическихъ странахъ, какъ это утверждаютъ нѣкоторые авторы, хотя объ болѣзни и имѣютъ много общихъ характерныхъ чертъ. Болѣзнь эта есть специфическая инфекціонная болѣзнь и съ инфлуэнцой ничего общаго не имѣетъ. Въ ея первомъ, лихорадочномъ періодѣ на первомъ планѣ стоятъ симптомы со стороны желудка и вслѣдствіе этого постоянно наблюдаются выраженные явленія и со стороны языка. Языкъ очень сильно обложенъ и съ толстаго налета его распространяется очень дурной запахъ изо рта. При этомъ полное отсутствіе аппетита, неприятный вкусъ клейстера и гнили во рту, а также сильная жажда.

9. Typhus abdominalis. Брюшной тифъ.

Уже съ самаго начала легко предположить, что при брюшномъ тифѣ, главная локализція котораго есть пищеварительный трактъ, языкъ долженъ принимать довольно видное участіе. И это въ дѣйствительности такъ и есть. Уже въ началѣ лихорадочнаго періода болѣзни, который, какъ извѣстно, начинается обыкновенно частымъ познабливаніемъ, до того совершенно влажный языкъ покрывается по срединѣ довольно толстымъ, желтовато-бѣлымъ или коричневатымъ налетомъ; края его сильно краснѣютъ и немного опухаютъ, такъ что на нихъ ясно видны оттиски зубовъ; весь языкъ становится липкимъ, сухимъ и трескается. На немъ образуются корки, иногда и легко кровоточащія ссадины и трещины. Такой налетъ называютъ фулигинознымъ. Подобное же состояніе, хотя и въ меньшей степени, наблюдается и на всей слизистой оболочкѣ рта и губъ. Всѣ эти явленія сопровождаются сильной потерей аппетита и неутолимой жаждой. Упомянутая сухость языка въ этомъ періодѣ обыкновенно только вечеромъ и ночью становится сильной, днемъ же онъ можетъ быть еще сравнительно влажнымъ. Такимъ приблизительно состояніе языка остается 1—1½ недѣли. Въ концѣ второй недѣли, напротивъ, состояніе его совершенно иное. Вслѣдствіе полнаго отторженія эпителия вмѣстѣ съ лежащимъ на

¹⁾ *J. Terry, Zunge und Rachen. Lancet. 1885.*

немъ налетомъ и корками объемъ языка становится меньше и уже, поверхность его гладкой, сухой и красной. Отторженіе эпителия начинается почти всегда съ кончика языка въ видѣ треугольника и затѣмъ съ краевъ его переходитъ на всю поверхность языка. При высовываніи языкъ теперь замѣтно дрожитъ. Несмотря на сильную сухость, поражающую всю полость рта и дрящуюся теперь равномерно и днемъ, и ночью, больные въ этомъ періодѣ вслѣдствіе своей сильной сонливости потребности въ приѣмѣ жидкости не ощущаютъ. Въ періодѣ постепеннаго паденія температуры уже болѣе или менѣе очистившаяся поверхность языка начинаетъ становиться влажной, одновременно появляется аппетитъ и жажда. Скоро языкъ опять становится нормальнымъ, такъ что большей частью уже въ началѣ выздоровленія налетомъ покрыты только середина и заднія части его, кончикъ же и свободные края его въ это время обыкновенно уже влажны и нормальной красноты. Но и послѣ полного очищенія языкъ еще болѣе или менѣе продолжительное время выглядитъ узкимъ и тонкимъ, а поверхность его болѣе гладкой, чѣмъ у совершенно здоровыхъ людей. Причиной сравнительно тяжелыхъ и всегда характерныхъ явленій на языкѣ при брюшномъ тифѣ прежде всего служитъ значительное уменьшеніе отдѣленія какъ слюнныхъ железъ, такъ и находящихся въ слизистой оболочкѣ полости рта слюнистыхъ железъ. Кромѣ того въ этомъ отношеніи нѣкоторую роль играетъ и высокая температура крови, а также высыхание полости рта вслѣдствіе быстрого испаренія, такъ какъ больные, благодаря почти всегда существующей закупоркѣ носа, вынуждены постоянно дышать открытымъ ртомъ.

Только что описанное теченіе измѣненій языка при брюшномъ тифѣ есть правильное въ тяжелыхъ, неосложненныхъ случаяхъ. Но понятно само собою, что при чрезвычайно разнообразной картинѣ этой болѣзни и патологическія измѣненія языка не всегда бываютъ одни и тѣ же. *Eichhorst* ¹⁾, напр., описалъ нѣсколько случаевъ правильнаго брюшного тифа, въ теченіе котораго языкъ рѣшительно никакихъ патологическихъ измѣненій не представлялъ и состояніе его все время было совершенно здоровое, нормальное. Съ другой стороны, напротивъ, ему пришлось наблюдать сильное дрожаніе языка иногда уже съ самаго начала болѣзни, въ то время какъ обыкновенно этотъ симптомъ, какъ мы выше упомянули, появляется только въ концѣ второй или въ началѣ третьей недѣли болѣзни. Случается также иногда, что уже въ первую недѣлю болѣзни налетъ не ограничивается, какъ обыкновенно, средними частями языка, а покрываетъ всю поверхность его въ видѣ толстой фулгинозной массы. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ столь необходимый тщательный уходъ и чистота полости рта, и въ особенности языка, проводится недостаточно внимательно, дѣло можетъ дойти до сильнаго стоматита и язвочекъ на

¹⁾ *Hermann Eichhorst*, Die Typhusepidemie in Zürich, während des Sommers 1884. Deutsches Archiv für klinische Medizin, т. XXXIX, стр. 271.

краяхъ языка, остающихся большей частью поверхностными. Иногда во время брюшного тифа наблюдается также появленіе молочницы на языкѣ и всей слизистой оболочкѣ рта, какъ это между прочими описалъ и *Leube* ¹⁾. Послѣднему многократно удавалось устранить молочницу очень энергичной терапевтической мѣрой, а именно сильнымъ прижиганіемъ пораженныхъ мѣстъ растворомъ карболовой кислоты въ равныхъ частяхъ алкоголя. Прижиганіе это тотчасъ повторялось, какъ только замѣчался новый налетъ молочницы. Съ отпаденіемъ струнцевъ обыкновенно исчезали и слои молочницы.

Послѣдствіемъ тифа въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ быть и острое воспаленіе языка. *Thomson* ²⁾, напр., описываетъ случай, въ которомъ у страдавшей брюшнымъ тифомъ, 34-лѣтней женщины только за 8 часовъ до смерти начали пухнуть сначала лѣвая, а затѣмъ и правая половина языка. Гнойника найдено не было, а только двѣ поверхностныя язвы, которыя авторъ считаетъ вторичной локализацией тифознаго зараженія.

Иногда во время тифа подвергается измѣненіямъ даже надгортанникъ; измѣненія эти суть сильная инфильтрація и образованіе глубокихъ язвъ, залечивающихся плотными венозными рубцами. Измѣненія эти наблюдаются только на высотѣ развитія тифа. По существованію подобныхъ язвъ можно дѣлать заключеніе о перенесенномъ тифѣ. Подобныя наблюденія въ послѣднее время опубликовалъ *Kobler* ³⁾.

Особенно интересны наблюдавшіяся въ рѣдкихъ случаяхъ послѣ брюшного тифа разстройства рѣчи, обусловливаемые двигательными разстройствами языка. *Ebstein* ⁴⁾, напр., описываетъ подобный случай, касающійся 44-лѣтняго рабочаго, у котораго въ періодѣ выздоровленія отъ брюшного тифа рѣчь стала неясной, съ плохой артикуляціей, монотонной, но не скандированной, причемъ особенно неясны были язычные звуки. Самъ больной причиной разстройства рѣчи считалъ тугоподвижность языка, объективно доказать ее вначалѣ, однако, не могли. Очень интеллигентному больному только не удавалось коснуться нижней поверхностью языка передней поверхности нижней губы. При подробномъ ощупываніи органа на 1 см. позади кончика его найдено было одно мѣсто, въ равной степени принадлежавшее обѣмъ половинамъ языка, діаметромъ въ 1,5 см., на которомъ мускулатура была очень истончена. Это замѣтно было уже на поверхности языка по углубленію въ 3 — 4 мм., надъ которымъ обыкновенно коричневатая слизистая оболочка была бѣловатой. При высовываніи языка въ высунутой части его замѣтны были фибриллярныя по-

¹⁾ *W. O. Leube*, Mitt. über die Typhusepidemie in der Festung Ulm im Winter 1870—71 und über ihre Behandlung im dortigen Barackenspitale. Arch. f. klin. Med., т. VIII, стр. 583.

²⁾ *H. Thomson*, Acute Glossitis complicating a case of typhoid fever. Lancet 1900, 23 июня.

³⁾ *G. Kobler*, Die diagnostische Bedeutung der Epiglottisaffection beim Abdominaltyphus. Wien. klin. Rundschau 1899. № 17. The laryngoscop 1899. июль.

⁴⁾ *Wilhelm Epstein*, Sprach- und Coordinationsstörungen in Armen und Beinen in Folge von Typhus abdominalis. Deutsch. Arch. f. klin. Med., т. IX, стр. 528.

дергивания. Разстройства вкусового ощущения никакого не было. При этомъ были еще разстройства координаціи въ рукахъ и ногахъ. Въ этомъ случаѣ былъ несомнѣнно не настоящій параличъ языка, а только разстройство въ координаціи и ассоціаціи, вызванное какимъ-то центральнымъ поражениемъ подъязычныхъ нервовъ, сущность котораго осталась невыясненной. *Leyden* ¹⁾ полагаетъ, что по крайней мѣрѣ часть подобныхъ случаевъ по аналогіи съ другими острыми болѣзнями слѣдуетъ объяснить энцефалитомъ. Такія же разстройства рѣчи нерѣдко встрѣчаются въ особенности у дѣтей. *Friedrich* ²⁾, напр., сообщаетъ объ одномъ случаѣ, касающемся 9-лѣтняго мальчика, у котораго на второй недѣлѣ тифа одновременно съ неподвижностью сгибателей появилась невозможность высунуть языкъ. Недѣлю спустя наступила полная афазія, которая, какъ и параличъ языка, черезъ двѣ недѣли совершенно исчезла. Случаи афазии и дисфазии при брюшномъ тифѣ, впрочемъ, далеко не рѣдки, подвижность языка при нихъ обыкновенно не нарушена.

Что касается леченія языка во время брюшного тифа, то прежде всего слѣдуетъ обращать вниманіе на чистоту и содержаніе его во влажномъ состояніи. Всю полость рта, языкъ, зубы и губы слѣдуетъ часто и тщательно очищать растворомъ борной кислоты, *kali hypermanganici* и т. п. Въ особенности это необходимо дѣлать послѣ каждого приема пищи. Такимъ образомъ и частымъ смачиваніемъ языка удастся не только устранить столь тягостную сухость органа, но и всегда можно предупредить образованіе фулигинознаго налета съ его несприятными послѣдствіями. У непонятливыхъ дѣтей такое очищеніе часто, конечно, представляетъ большія затрудненія, но обращать на нихъ вниманія никогда не слѣдуетъ. Если появляются изъязвленія на языкѣ, то ихъ необходимо особенно тщательно очищать, а затѣмъ смазывать легкимъ растворомъ дезинфицирующей или вяжущей жидкости. Леченіе брюшного тифа ваннами, которыя по возможности всегда слѣдуетъ примѣнять, дѣйствуютъ несомнѣнно благотворно и на языкъ. *Scholz* ³⁾ утверждаетъ, что у больныхъ, леченныхъ ваннами, сухость языка держалась часто не болѣе 24 часовъ, чернаго же, растресканнаго языка съ фулигинознымъ налетомъ ему никогда наблюдать не приходилось.

10. Сыпной тифъ. *Typhus exanthematicus*.

Явленія на языкѣ при сыпномъ тифѣ похожи на тѣ, съ которыми мы только что познакомились при брюшномъ тифѣ. Въ началѣ болѣзни языкъ обыкновенно покрытъ только умѣреннымъ, грязнымъ, свѣтлоричневымъ налетомъ, нѣсколько сухъ и при движеніяхъ немного дрожить. На кончикѣ его большей частью еще виденъ красный треугольникъ, ко-

торый обыкновенно только медленно исчезаетъ въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни. При этомъ бываетъ мучительная жажда. Впослѣдствіи налетъ становится болѣе толстымъ, только края языка большей частью остаются свободными. Поверхность его иногда гладка, иногда и шероховата въ слѣдствіе раздраженія сосочковъ. Цвѣтъ налета—очень различный и обыкновенно бываетъ свѣтлоричневымъ, но можетъ быть и болѣе темнымъ въ слѣдствіе примѣси измѣненной крови, выступившей изъ легко кровоточащей слизистой оболочки; яркочерные края, напротивъ, всегда остаются свободными отъ налета. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ налетъ съ языка рано спадаетъ и тогда поверхность его оказывается гладкой, блестящей и покрытой какъ-бы краснымъ лакомъ, объемъ же языка кажется значительно меньше прежняго. Весь языкъ поэтому выглядит очень тонкимъ, узкимъ и острымъ. При высовываніи онъ, въ особенности кончикъ и края его, замѣтно дрожитъ. Если больные находятся въ безсознательномъ состояніи, то языкъ по требованію врача высовывается лишь съ трудомъ и медленно, и то только не дальше, чѣмъ черезъ нижній рядъ зубовъ, и такъ же медленно и толчками всовывается обратно. Шероховатость и твердость языка, гдѣ онъ существуетъ, часто невозможно устранить даже тщательнымъ уходомъ и постояннымъ смачиваніемъ его. Съ паденіемъ температуры сухой до того языкъ снова становится влажнымъ, существующій еще налетъ спадаетъ, а ссадины и легко кровоточащія трещины заживаютъ. Дрожаніе при высовываніи прекращается и языкъ опять становится нормальнымъ. Одновременно, по крайней мѣрѣ въ неосложненныхъ случаяхъ, появляется сильный аппетитъ, который въ подходящей, конечно, формѣ можно вполне утолять, такъ какъ при сыпномъ тифѣ извѣ въ кишечникѣ вѣдь не бываетъ.

11. Возвратный тифъ. *Typhus recurrens. Febris recurrens*.

Въ противоположность брюшному и сыпному тифу языкъ при возвратномъ тифѣ почти никогда не имѣетъ свойственнаго этимъ болѣзнямъ вида, а другой характерный видъ, на основаніи котораго вполне можно говорить о рекуррентномъ языкѣ. За немногими исключениями онъ при этой болѣзни, кромѣ краевъ и кончика, остающихся красными, до корня покрытъ равномернымъ, довольно толстымъ, бѣловатымъ или бѣловато-желтымъ налетомъ, немного припухшій и сравнительно влажный. Если соскоблить влажный налетъ, то онъ черезъ короткое время опять появляется. Только изрѣдка языкъ высыхаетъ, но никогда такъ сильно, какъ это обыкновенно бываетъ при брюшномъ тифѣ. Въ рѣдкихъ, очень тяжелыхъ случаяхъ языкъ, правда, похожъ на настоящій тифозный языкъ, но и тогда почти никогда не бываетъ выраженной растресканности и фулигинознаго состоянія. При эпидеміи возвратнаго тифа, которую *Girgensohn* ⁴⁾

¹⁾ *Ernst Leyden*, Klinik der Rückenmarkskrankheiten. Berlin 1875.

²⁾ *Friedrich*, Journal für Kinderkrankheiten. 1865. т. 44. стр. 331.

³⁾ *Scholz*, Bericht über die Resultate der Kaltwasser-Behandlung des Unterleibstypus in der Krankenanstalt zu Bremen. Deutsch. Arch. f. klin. Med., т. IX, стр. 176.

⁴⁾ *Girgensohn*, Die Recurrensepидеміе in Riga in den Jahren 1865 bis 1875. Deutsch. Arch. f. klin. Med., т. XIX, стр. 246.

наблюдать въ Ригѣ въ 1865—1875 гг., видъ языка, похожій на тифозный, былъ только въ 8% всѣхъ случаевъ. При этомъ, какъ и при брюшномъ тифѣ, бываетъ сильная, часто мучительная жажда. Съ паденіемъ температуры, что, какъ извѣстно, обыкновенно бываетъ черезъ 5—7 дней, патологическія явленія съ языка быстро исчезаютъ. Слизистая оболочка быстро очищается, остается только незначительный налетъ и легкая припухлость; одновременно опять появляется аппетитъ, а жажда прекращается. Съ новымъ припадкомъ, который обыкновенно появляется въ среднемъ черезъ 6—7 дней и начинается ознобомъ, на языкѣ снова показываются прежнія явленія точно въ такой же формѣ; только краснота на кончикѣ и краяхъ иногда бываетъ сильнѣе. Короткая продолжительность каждаго отдѣльнаго припадка достаточно объясняетъ, почему симптомы со стороны языка остаются въ сравнительно узкихъ границахъ.

12. Meningitis cerebro-spinalis epidemica.

Въ классическихъ случаяхъ эпидемическаго менингита на языкѣ замѣчается мало характернаго. Въ началѣ болѣзни онъ еще влаженъ и большей частью покрытъ свѣтложелтымъ налетомъ; на 3—5 день онъ становится сухимъ и трескается. При этомъ полное отсутствіе аппетита. Если наступаетъ выздоровленіе, что большей частью бываетъ черезъ 10—15 дней, но часто и позже, то языкъ опять очищается, становится влажнымъ, а одновременно появляется и аппетитъ. Въ abortивно протекающихъ случаяхъ, распознаваніе которыхъ легко только тогда, если они наблюдаются не спорадически, а во время эпидеміи, языкъ остается влажнымъ и покрытъ не характернымъ налетомъ. То же самое наблюдается и при той формѣ церебро-спинальнаго менингита, которая называется перемежающейся, при которой бываютъ правильно повторяющіеся припадки лихорадки по опредѣленному типу. При meningitis epidemica typhoides, напротивъ, при которой послѣ нѣкоторое время длящагося менингита появляется тифозное состояніе, языкъ имѣетъ всѣ характерные признаки тифознаго языка. Въ этихъ случаяхъ онъ очень сухъ, трескается, дрожитъ и покрытъ уже извѣстнымъ намъ фуллигинознымъ налетомъ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ послѣдствіемъ эпидемическаго менингита бываютъ параличи языка, результатомъ чего бываютъ разстройства артикуляціи, какъ это два раза наблюдалъ Hirsch¹⁾. Въ обоихъ случаяхъ больныя были дѣвочки 5 и 6 лѣтъ. Рѣчь ихъ была очень непонятна и похожа на лепетъ. Въ одномъ изъ этихъ двухъ случаевъ одновременно съ этимъ параличемъ языка былъ и параличъ зрѣнія и слуха.

13. Кровавый поносъ. Dysenteria.

Такъ какъ кровавый поносъ есть болѣзнь, поражающая главнымъ образомъ толстую кишку, то а priori можно было предполагать, что при

¹⁾ A. Hirsch, Bericht über die im Regierungsbezirk Danzig während des Winters und Frühlings 1866 herrschend gewesene Epidemie von Meningitis cerebro-spinalis. Verh. d. med. Gesellsch. Berlin 1867.

ней явленія на языкѣ должны были бы быть особенно характерны. Этого, однако, не бываетъ. Въ началѣ болѣзни, когда большей частью бываетъ только простой поносъ, языкъ обыкновенно чистъ и влаженъ, иногда также покрытъ бѣловатымъ налетомъ; аппетитъ въ это время тоже только рѣдко теряется. Впослѣдствіи, когда испражненія становятся болѣе частыми и появляются мучительные тенезмы, языкъ часто бываетъ гладкимъ и блестящимъ, а въ тяжелыхъ случаяхъ, въ которыхъ дѣло доходитъ до коллапсовъ, онъ можетъ быть сухимъ, растресканнымъ и фуллигинознымъ, подобно тифозному языку, при почти совершенно отсутствующемъ слюноотеченіи. Въ отдѣльныхъ эпидеміяхъ иногда бываетъ также, что языкъ уже съ самаго начала кроваваго поноса покрытъ толстымъ, грязнымъ, желтовато-сѣрымъ налетомъ, который потомъ въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни отпадаетъ. Можетъ быть, это тѣ случаи, въ которыхъ уже съ самаго начала болѣзни бываетъ и поразительное отсутствіе аппетита. Въ общемъ, какъ уже сказано, наблюдаемыя при кровавомъ поносѣ анатомическія измѣненія слизистой оболочки языка не особенно характерны и не разнообразны. Что касается леченія, то, конечно, прежде всего необходимо методическое, аккуратное очищеніе полости рта и языка, какъ мы подробно описали уже его при брюшномъ тифѣ. — Какъ къ большинству всѣхъ острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, и къ кровавому поносу могутъ присоединиться тяжелыя нервныя разстройства, въ которыхъ участвуетъ и языкъ. Lehnhartz¹⁾, напр., описываетъ случай остраго разстройства координаціи, афазіи и атаксіи у 8-лѣтняго мальчика, у котораго всѣ эти разстройства исчезли только черезъ нѣсколько мѣсяцевъ. Въ началѣ болѣзни мальчикъ былъ очень апатиченъ и высовывалъ языкъ только послѣ многократнаго громкаго требованія. Высовываніе тогда производилось довольно быстро, причемъ языкъ замѣтно отклонялся въ правую сторону.

14. Cholera asiatica.

Явленія со стороны языка при холерѣ характернѣе, чѣмъ при кровавомъ поносѣ; наиболѣе выражены они при настоящей тяжелой формѣ холеры, нѣсколько менѣе при холерномъ поносѣ и холеринѣ, каковыя три формы, какъ извѣстно, отличаются другъ отъ друга только своей интенсивностью, этиологія же ихъ одна и та же. При простомъ холерномъ поносѣ, который, какъ таковой, можетъ быть распознанъ только въ виду существованія эпидеміи, языкъ всегда покрытъ толстымъ, различнаго цвѣта налетомъ, большей частью сѣровато-бѣлымъ или коричневатымъ. При этомъ наблюдается и непріятный, горькій вкусъ во рту. Аппетитъ ослабленъ, жажда повышена. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ языкъ на-ощупь холодный. При холеринѣ явленія тѣ же. Совершенно иное наблюдается при тяжелой формѣ болѣзни. Въ началѣ тяжелаго припадка холеры почти всегда по-

¹⁾ Hermann Lehnhartz, Beitrag zur Kenntniss der acuten Coordinationsstörungen nach acuten Erkrankungen (Ruhr). Berlin. klin. Woch. 1883, стр. 312.

является чрезвычайно мучительная, сильная жажда. Язык большей частью покрытъ бѣловатымъ налетомъ, съ трудомъ высовывается изъ рта и дрожить. У болѣе старыхъ людей и въ быстро смертельно протекающихъ случаяхъ языкъ очень скоро становится сухимъ. Съ паденіемъ температуры, въ *stadium algidum*, языкъ часто дѣлается поразительно холоднымъ. Въ другихъ случаяхъ онъ въ этомъ періодѣ болѣзни влажный, безъ налета, свинцоваго цвѣта и холодный. При быстромъ выздоровленіи упомянутыя явленія столь же быстро и безъ задержки исчезаютъ. Языкъ, если онъ былъ обложенъ, очищается, становится опять теплымъ, а движенія его увѣренными и спокойными. Снова появляется аппетитъ. Выздоровленіе это не всегда однако бываетъ полнымъ, быстрымъ и окончательнымъ. При этихъ условіяхъ и обратное развитіе явленій на языкѣ тоже происходитъ медленно. При томъ теченіи болѣзни, которое извѣстно подъ именемъ холернаго тифоида, на поверхности языка всегда существуетъ толстый, желтоватый налетъ; въ тяжелыхъ случаяхъ, сопровождающихся сильной сонливостью, поверхность языка суха, трескается и покрыта струпами, вслѣдствіе чего языкъ становится очень похожимъ на тифозный. При выздоровленіи состояніе слизистой оболочки языка скоро дѣлается нормальнымъ. Параличи послѣ холеры въ общемъ очень рѣдки; во время холерной эпидеміи въ Прагѣ въ 1866 г., однако, наблюдался одинъ случай паралича мускулатуры языка и неба.

15. Маларійныя зараженія.

Еще до наступленія настоящаго лихорадочнаго приступа, въ періодѣ предвѣстниковъ простой перемежающейся лихорадки, на языкѣ больного иногда замѣчаются нѣкоторыя, довольно существенныя измѣненія. Въ однихъ случаяхъ предвѣстники совершенно или почти совершенно отсутствуютъ, въ другихъ они, напротивъ, довольно сильны. Больные жалуются на прѣсный, иногда горькій или металлическій, изрѣдка также на кислый вкусъ во рту, тошноту, склонность къ рвотѣ; часто ихъ довольно сильно рветъ. Языкъ тогда большей частью покрытъ толстымъ, слизистымъ налетомъ, который на краяхъ чаще бѣлый, а на другихъ частяхъ желтоватый или свѣтло-коричневый. Упомянутыя явленія сопровождаются отсутствіемъ аппетита, отвращеніемъ къ нѣкоторой пищѣ, въ особенности къ мясу, мучительной жаждой и довольно сильнымъ запахомъ изо рта. Когда начинается настоящій приступъ перемежающейся лихорадки и прежде всего, слѣдовательно, періодъ ознобовъ, то на языкѣ въ это время большей частью остаются тѣ же явленія; изрѣдка только можно наблюдать нѣкоторую сухость обложенной поверхности языка. Въ періодѣ сухого жара, начинающагося въ среднемъ черезъ 1 — 2 часа послѣ ознобовъ, полость рта и языкъ становятся болѣе или менѣе сухими и горячими, какъ и наружные покровы. Въ періодѣ, наконецъ, потѣнія, наступающемъ черезъ 3—5 часовъ послѣ жара, языкъ съ паденіемъ температуры тѣла постепенно теряетъ свою сухость, но налетъ,

отсутствіе аппетита и плохой вкусъ во рту большей частью остаются и въ слѣдующемъ затѣмъ безлихорадочномъ періодѣ.

При *злокачественной перемежающейся лихорадкѣ*, той опасной, нерѣдко смертельно протекающей формѣ маларійной инфекции, поражающей преимущественно дѣтей въ маларійныхъ мѣстностяхъ, различаютъ нѣсколько формъ, смотря по тому, превалируютъ-ли симптомы со стороны нервной системы, желудочно-кишечнаго канала или дыхательныхъ органовъ. Періодъ предвѣстниковъ злокачественной перемежающейся лихорадки обыкновенно ничѣмъ не отличается отъ періода предвѣстниковъ типичной маларіи; соответственно съ этимъ и явленія на языкѣ тѣ же, что и при послѣдней. Разсмотримъ теперь сначала тѣ формы маларіи, въ которыхъ превалируютъ симптомы со стороны нервной системы. Наиболѣе частая форма коматозная. При ней больные лежатъ въ болѣе или менѣе безсознательномъ состояніи, рѣчь ихъ вначалѣ часто прерывается, а затѣмъ они вообще не отвѣчаютъ больше на вопросы. Слизистая оболочка языка при этомъ очень суха, иногда съ трещинами и часто покрыта толстымъ, фулигинознымъ налетомъ. Языкъ начинаетъ дрожать и высовывается съ трудомъ. Когда приступъ черезъ 10 — 24 часа при сильномъ потѣ благополучно проходитъ, то языкъ опять становится влажнымъ, но налетъ исчезаетъ не такъ скоро. Рѣчь тоже на нѣкоторое время, а въ тяжелыхъ случаяхъ и навсегда, остается запинаящейся. Подобные случаи паралича рѣчи вслѣдствіе маларіи описаны уже много разъ. Въ случаѣ, сообщенномъ *Macario*¹⁾, у больного былъ полный параличъ всѣхъ мышцъ тѣла и почти непонятная рѣчь при трудной подвижности языка. Въ случаѣ, описанномъ *Marchiafava* и *Bignami*, рѣчь больного съ лѣвостороннимъ параличемъ лицевого нерва и яснымъ отклоненіемъ языка влево была запинаящейся, затрудненной и скандированной; скандированной она осталась и послѣ выздоровленія больного.

При той формѣ перемежающейся лихорадки, при которой преобладаютъ желудочно-кишечные симптомы, и которую довольно справедливо сравниваютъ съ алгиднымъ періодомъ холеры, языкъ во время самаго лихорадочнаго приступа сухъ; затѣмъ, когда все тѣло становится холоднымъ, какъ мраморъ, языкъ дѣлается гладкимъ, безъ всякаго налета, блѣднымъ или свинцоваго цвѣта и холоднымъ, какъ ледъ. Если больной выздоравливаетъ, то поправленіе его начинается такъ же, какъ и при холерѣ. Иногда болѣзнь, какъ при послѣдней, переходитъ въ тифозное состояніе, при которомъ языкъ тоже можетъ получить форму тифознаго. При тоже относящейся сюда *febris perniciosa cardialgica*, проявляющейся главнымъ образомъ сильными болями въ области желудка, тошнотой и рвотой во время приступа лихорадки, поверхность языка очень красна, безъ налета или очень мало обложена и суха. При *intermittens perniciosa*

¹⁾ *Macario*, Gazette médicale. 1857.

biliaris, выражающейся обильной рвотой съ желчью, часто также желчным поносомъ, легкой желтушной окраской соединительной оболочки глазъ и болью въ области печени, языкъ почти всегда сухой съ толстымъ, бѣловатымъ или желтоватымъ налетомъ. Иногда налета не бываетъ и тогда на красномъ, сухомъ языкѣ, преимущественно на кончикѣ его, видны единичныя трещины. При этомъ бываетъ сильная, мучительная жажда.

Febris biliaris haemoglobinurica или желчная лихорадка, главные симптомы которой суть haemoglobinuria, желтуха и лихорадка, въ своихъ тяжелыхъ формахъ представляетъ выраженные симптомы со стороны желудочно-кишечнаго канала, въ особенности продолжительную тошноту и неукротимую рвоту желчью. При этомъ наблюдаются характерныя явления на языкѣ. Послѣдній всегда покрытъ толстымъ, грязнокоричневымъ, часто даже совсѣмъ чернымъ налетомъ, цвѣтъ котораго есть послѣдствіе рвоты желчью.

Сопровождающіяся легочными явлениями формы злокачественной перемежающейся лихорадки въ общемъ очень рѣдки и со стороны языка никакихъ характерныхъ явленій не представляютъ, за исключеніемъ тѣхъ, которыя болѣе или менѣе свойственны всѣмъ болѣзнямъ, сопровождающимся лихорадкой.

Хроническая мalarійная инфекция, мalarійная кахексія, тоже представляетъ характерныя измѣненія со стороны желудочно-кишечнаго канала, и въ особенности на языкѣ. Обыкновенно наблюдаются отсутствіе аппетита, давленіе въ желудкѣ послѣ приѣма пищи, превратный, часто металлическій вкусъ во рту, отрыжка газами, тошнота и склонность къ рвотѣ, сильная сухость всей полости рта и языка; послѣдній въ средней и задней части своей обыкновенно покрытъ желтовато-бѣлымъ налетомъ, кончикъ же и края большей частью красны и гладки. Другихъ, менѣе частыхъ формъ мalarійной инфекции мы можемъ здѣсь не приводить, такъ какъ онѣ никакихъ характерныхъ симптомовъ со стороны языка не представляютъ. Лечение всѣхъ упомянутыхъ патологическихъ состояній языка можетъ быть, конечно, только чисто симптоматическимъ, такъ какъ оно въ виду тяжести общаго заболѣванія, конечно, должно отступать на задній планъ.

16. Перелой.

При широко распространенномъ перелоеъ языкъ, какъ часть полости рта, иногда тоже пораженъ. Здѣсь мы должны различать между перелоемъ полости рта у взрослыхъ, приобретеннымъ благодаря противоестественному половому сношенію, и перелоемъ полости рта, иногда наблюдаемымъ у новорожденныхъ. Что касается перваго, то не подлежитъ никакому сомнѣнію, что coitus per os можетъ вызывать обусловливаемое гонококкомъ воспаленіе полости рта и ея содержимаго, хотя подобную возможность долгое время и отрицали. Выяснить этотъ вопросъ воз-

можно было, конечно, только благодаря открытію Neisser'овскаго гонококка. Симптомы перелойнаго стоматита суть симптомы перепончатозъвеннаго воспаленія рта, въ которомъ языкъ нерѣдко принимаетъ очень большое участіе. Онъ всегда довольно сильно припухши, болѣзненъ и вслѣдствіе увеличеннаго объема очень мѣшается при разговорѣ и жеваніи. Высываніе языка затруднено и болѣзненно. На поверхности его иногда находятъ нѣсколько болѣе или менѣе широкихъ круглыхъ язвъ, дно которыхъ покрыто желтоватымъ густымъ гноемъ. Подобный интересный случай описываетъ Colombini ¹⁾. Его больная была 42-лѣтняя проститутка, очень часто позволявшая coitus per os. У нея развилось очень болѣзненное воспаленіе рта, проявившееся вначалѣ только сухостью и чувствомъ жара во рту, впоследствии однакъ появилось сильное гнойное отдѣленіе, слюнотеченіе и foetor ex ore. Особенно пораженъ былъ тоже языкъ, двѣ переднія трети котораго были опухши, красны и легко кровоточили. На красной слизистой оболочкѣ его видны были сѣровато-бѣлыя пятна величиною въ расщепленный горохъ, окруженныя красной каемкой. Подчелюстныя железы были опухши и при давленіи очень болѣзненны, гонококковъ найдена была масса. Лечение состояло главнымъ образомъ, въ смазываніяхъ $\frac{1}{2}$ % -нымъ растворомъ argenti nitr. Черезъ 8 дней больная выздоровѣла.

Въ общемъ вполне можно утверждать, что воспримчивость слизистой оболочки рта къ гонорройной инфекціи у взрослыхъ не особенно сильная, во всякомъ случаѣ, какъ мы сейчасъ увидимъ, гораздо меньшая, чѣмъ у новорожденныхъ. Фактъ этотъ вполне согласуется съ тѣмъ, что и слизистая оболочка наружныхъ женскихъ половыхъ органовъ и соединительная оболочка глазъ у молодыхъ субъектовъ гораздо легче заражаются гонорреей, чѣмъ у взрослыхъ. Теченіе перелойнаго стоматита сравнительно легкое; глубокія поврежденія тканей или метастазы во всякомъ случаѣ никогда не наблюдались. Общее состояніе при немъ тоже не особенно страдаетъ. Распознаваніе можно легко поставить на основаніи анамнеза и бактериологическаго изслѣдованія. Относительно леченія сказать что-нибудь опредѣленное, въ виду рѣдкости болѣзни, трудно. Если руководствоваться опытомъ, приобретеннымъ при леченіи основнаго страданія, то въ каждомъ случаѣ хорошо было бы примѣнять соли серебра и въ особенности argentum nitricum. Смазыванія $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —2 % растворами этого средства давали самыя благопріятныя результаты. Что при этомъ слѣдуетъ заботиться о тщательномъ очищеніи всей полости рта различными полосканіями, повѣстно само собою.

Сравнительно чаще встрѣчается и болѣе изученъ врожденный перелойный стоматитъ у новорожденныхъ. Часть подробнаго выясненія этой болѣзни принадлежитъ Rosinsk'ому ²⁾. Зараженіе новорожденнаго про-

¹⁾ Colombini, Un caso di stomatite gonorroica. Riforma med. 1900. № 87—89.

²⁾ Rosinski, Deutsche med. Wochenschr. 1891. № 18.—Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynäcologie. 1891, т. XXII.—New-Jork. med. rev. 1893 г. 4 февраля

исходить, конечно, при прохождении головки через страдающее перелоем влагалище. Попадают ли гонококки прямо в полость рта, или заносятся туда пальцами плода при уже существующей бленноррее конъюнктивы, или переходят в рот через слезно-носовый канал и носовую полость, определенно, конечно, решить нельзя. Возможен каждый из этих путей. Так как перелойные явления во рту наступают уже через 1—2 дня после рождения, то инкубационный период надо считать очень коротким; нужно, однако, при этом иметь еще в виду, что болѣзненные явления на слизистой оболочке рта констатировать гораздо легче, чѣм на других мѣстах. Гонорройное заболѣвание рта проявляется въ общемъ въ видѣ разлитого стоматита съ желтовато-бѣлыми налетами на различныхъ мѣстахъ полости рта. Что касается языка, то въ болѣзненномъ процессѣ принимаютъ участіе преимущественно его двѣ переднія трети. На синевато-красной слизистой оболочке его, сосочки которой впоследствии болѣе или менѣе сильно опухаютъ, появляются характерные, желтовато-бѣлые налеты, которые суть не что иное, какъ экссудаты подъ неповрежденнымъ эпителиальнымъ покровомъ, образовавшіеся подъ влияніемъ гонококковъ. Лишь нѣсколько дней спустя эпителиальный слой исчезаетъ, экссудатъ выходитъ на поверхность и налеты получаютъ болѣе насыщенный желтый цвѣтъ. Одновременно они значительно выступаютъ надъ поверхностью языка и еще черезъ нѣсколько дней окружаются воспалительнымъ ободкомъ шириною въ 1—3 мм., чѣмъ и начинается обратное развитіе налетовъ, которые съ этого ободка постепенно покрываются новой кожей. При стирании съ налетовъ желтого слоя, состоящаго изъ эпителиальныхъ клѣтокъ и гнойныхъ тѣлецъ, лежащая подъ ними, довольно гладкая слизистая оболочка слегка кровоточитъ. Заживленіе обыкновенно бываетъ быстрымъ и полнымъ, такъ что ни рубцовъ, ни измѣненія цвѣта слизистой оболочки не остается. При микроскопическомъ изслѣдованіи больной слизистой оболочки въ налетахъ по *Rosinsk'ому* и *Ahlfeld'у* ¹⁾ находятъ гонококки, характеръ которыхъ не подлежитъ никакому сомнѣнію. Такимъ образомъ устраняется всякое сомнѣніе относительно перелойнаго характера заболѣванія. Метастатическихъ прецессовъ до сихъ поръ еще не наблюдалось. Симптомы болѣзни довольно незначительные, что при обширности и характерѣ болѣзненного процесса удивительно. Болей у этихъ маленькихъ пациентовъ, повидимому, вовсе не бываетъ или только очень незначительныя, на питаніе и на приемъ пищи болѣзнь никакого неблагоприятнаго влияния тоже не оказываетъ.

Только въ рѣдкихъ случаяхъ, въ особенности если присоединяется молочница, довольно сильно страдаетъ и общее состояніе больныхъ вследствие хотя и слабыхъ лихорадочныхъ явленій, поноса и затрудненія приема пищи, послѣдствіемъ которыхъ можетъ быть выраженное и

¹⁾ *Ahlfeld*, Demonstration im ärztlichen Verein in Marburg. 1896. 8 июля.

быстрое паденіе вѣса тѣла. Подобные случаи, однако, составляютъ только исключеніе.

Распознаваніе не трудно. Прежде всего въ этомъ отношеніи важно доказать существованіе перелойнаго заболѣванія половыхъ органовъ у матери. Кромѣ того распознаваніе часто облегчается благодаря существующему осложненію болѣзни перелойнымъ пораженіемъ другихъ органовъ, напр. соединительной оболочки глазъ. Вѣрно решить вопросъ можно, конечно, только бактериологическимъ изслѣдованіемъ, которое въ дѣйствительности никакихъ трудностей не представляетъ.

При леченіи наилучшіе результаты даютъ смазыванія пораженной слизистой оболочки 1—2 % -ными растворами *argenti nitr. Leyden* ¹⁾ recommends также растворы сулемы (1 : 7000). Abortивное леченіе примѣненіемъ болѣе крѣпкихъ прижигающихъ средствъ хотя и было многократно испробовано, но успѣха не дало и потому совершенно было оставлено.

17. Мягкій шанкръ.

Мягкій шанкръ на слизистой оболочке рта и въ особенности языка встрѣчается чрезвычайно рѣдко. Фактъ этотъ собственно заслуживаетъ удивленія, такъ какъ строеніе слизистой оболочки этихъ органовъ лишь очень мало или даже нисколько не отличается отъ строенія ея въ тѣхъ частяхъ организма, напр. влагалища и уретры, на которыхъ мягкій шанкръ наблюдается очень часто; возможность зараженія при столь частыхъ противоестественныхъ половыхъ сношеніяхъ тоже, надо полагать, представляется нерѣдко. Зависитъ это, повидимому, отъ труднаго приставанія яда мягкаго шанкра къ неповрежденной слизистой оболочке. По крайней мѣрѣ, все описанное до сихъ поръ, немногіе случаи произошли, повидимому, вследствие зараженія благодаря царапанію инфицированными пальцами у больныхъ, страдавшихъ мягкимъ шанкромъ на половыхъ органахъ. Мягкій шанкръ слизистой оболочки языка представляетъ собою язву съ рѣзко ограниченными краями и грязнымъ дномъ. На основаніи ея никакого затвердѣнія никогда не бываетъ. Сосѣднія лимфатическія железы, въ особенности подчелюстные, сильно опухаютъ и сами по себѣ, и въ особенности при давленіи очень болѣзненны. Впоследствии довольно часто наступаетъ размягченіе и нагноеніе опухшихъ железъ. Хорошо прослѣженный подобный случай, изслѣдованный и бактериологически, принадлежитъ *Emery* и *Sabouraud* и опубликованъ въ *Annales de dermatologie*, Paris. 1896 г. Описываемому ими больному привили отдѣленіе язвы языка на руку, послѣ чего на мѣстѣ прививки появился настоящій мягкій шанкръ. Въ отдѣленіи съ язвы языка нашли также такъ называемыя *Ducrey*евскія палочки, считаемыя нѣкоторыми авторами специфическими. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни развился и подчелюстный бубонъ, въ гноѣ котораго специфиче-

¹⁾ *Leyden* (Breslau), Centralblatt f. Gynäcologie. 1894. № 28.

ских микроорганизмов, однако, найти не удалось. Течение мягкого шанкра на слизистой оболочке языка такое же, как и на других слизистых оболочках. Вариации мягкого шанкра, подобно наблюдаемым на половых органах, напр. гангренозный и серпигинозный шанкр, на язык, повидимому, не встречаются. Лечение тоже такое же. О вырывании, уже вследствие локализации язвы, не может быть речи. Наилучшим средством все-таки остается простое, чистое содержание язвенной поверхности и смазывание ее дезинфицирующими или вяжущими лекарствами. Очень хорошие результаты дает также лечение йодоформом, растворенным в эфире (1:10—20), или йодолом.

18. Сифилис.

Сифилис во всех своих стадиях довольно часто локализуется на языке. Насколько важно для каждого врача точное знание именно этой болезни, понятно каждому, если только подумать, как легко эта болезнь переносится со рта на рот или предметами, употребляемыми при еде, питье и т. д. Всякая ошибка в диагнозе, а таковыя и в настоящее время еще далеко не редки, может поэтому повести к большим несчастиям. — Что касается первого стадия сифилиса, твердого шанкра, то он встречается в редких случаях только на кончике языка, главным образом на его поверхности. Из собранных *Neumann*ом¹⁾ 1613 случаев врожденных первичных склерозов 15 случаев, т. е. 0,9% наблюдались на языке. Хотя другие авторы в своих статистиках находили не столь большой процент, однако и у них процент этот еще настолько велик, чтобы оправдать наш живой интерес к сифилису языка. Относительно способа заражения мы ведь знаем, что достаточно незначительного дефекта ткани, трещины слизистой оболочки и даже небольшой потери эпителия, чтобы дать яду доступ в организм, в котором он производит свое столь разрушающее действие. И как ведь легко подобные небольшие потери вещества могут произойти именно на кончике языка, напр. при жевании и разговоре, в особенности при больных и кариозных зубах или если зубы имеют острые края и концы, а также при очищении изъеденных зубов зубочистками и т. п.

Мы уже прежде сказали, что самая частая причина заражения языка сифилисом есть употребление зараженных предметов, употребляемых при еде, питье и курении. Дурная привычка разных бродяг подымать с улицы окурки и курить их в редких случаях тоже служить причиной заражения сифилисом (*Baudouin*)²⁾. Сюда относится также возможность заражения в разных промыслах, в которых, как при выдувании стекла, инструменты быстро переходят из одного рта в другой. Несколько второстепенное значение имеет также цѣлование, в осо-

бенности в той необыденной, но часто практикуемой страстными людьми форме, при которой кончики языков цѣлующихся соприкасаются между собою. Затем следует упомянуть еще о противоестественных половых сношениях, будь то в форме *immissionis penis in os* или *cunnilingi*. Нерядкую опасность заражения представляет собою также сифилитическая мамка, о болезни соски которой может заразиться грудной ребенок; дурная привычка некоторых нянек брать в рот употребляемую ребенком соску тоже может вести к заражению сифилисом. Наконец, сифилис может быть перенесен употребляемыми для языка, недостаточно дезинфицированными врачебными инструментами и прижигающими средствами.

Если сифилитический яд проникает в лишенную эпителия или каким либо иным образом поврежденную слизистую оболочку, то на пораженном месте сначала не появляется никаких характерных явлений. Существует только поверхностное повреждение эпителия или небольшая эрадина, которая вследствие своей безболезненности большей частью совсем не замечается больным или обращает на себя очень мало внимания. Только очень боязливые пациенты, привыкшие обращать внимание на малейшие изменения на своем теле, и в особенности сифилофобы, обращаются к врачу иногда уже в это время; последний, если нет совершенно определенных анамнестических данных, конечно, еще не может высказаться окончательно о характере заболевания. Только через 3—4 недели на пораженном месте начинает показываться характерный для первого проявления сифилиса склероз. В это время на месте прививки, которых, как показали уже упомянутый нами *Baudouin*, в редких случаях может быть и несколько, развивается поверхностная язва с салым налетом, который вследствие небольших кровотечений может быть и светлорозовым; края язвы несколько приподняты в виде валика и красны, а основание твердо, как хрящ, вследствие инфильтрации ткани. Эти язвы языка вследствие частых и различных движений языка при разговоре, жевании и глотании, а также вследствие продолжительного трения о зубы, когда он сидят на боковых краях кончика языка, могут изменяться характерным образом. Вместо более поверхностных кругловатых потерь вещества тогда образуются довольно глубокия, трещинообразныя язвы, основание которых постепенно распадается, а дно покрывается омертвевшими остатками ткани. С другой стороны, иногда, хотя и довольно редко, наблюдаются первичные склерозы на слизистой оболочке языка, которые в общем совсем не имеют характера язв, а представляют собою очень поверхностныя, плоския, только до подсоскового слоя доходящая эрозия, отделяющаяся от здоровой слизистой оболочки своим более темным краем и особенным, свойственным им блеском. Вместо со склерозом появляется столь же характерное опухание соседних лимфатических желез, а именно подчелюстных и подбородочной. Эти опухания большей частью довольно обширны, отличаются некото-

¹⁾ *Neumann*, Medical news, т. XXIII.

²⁾ *G. Baudouin*, Deux chancres syphilitiques de la langue chez le même sujet. Soc. de Dermat. et de syphiligr. 1899. 9 cent.

рой твердостью и сравнительно безболѣзненны. Безболѣзненность, однако, признак не постоянный и при давленіи на железы больные иногда ощущают довольно сильную боль. *Mikulicz* и *Kümmel* полагаютъ, что это, можетъ быть, обусловливается проникновениемъ въ железы возбудителей нагноенія изъ полости рта. До нагноенія дѣло въ этихъ опухшихъ железахъ не доходитъ, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, въ которыхъ больной одновременно страдаетъ туберкулезнымъ лимфаденитомъ, что встрѣчается далеко не рѣдко. Страданія, вызываемыя первичнымъ склерозомъ на языкѣ, обыкновенно незначительныя, у нечувствительныхъ лицъ ихъ иногда и вовсе не бываетъ. Въ иныхъ случаяхъ онъ довольно сильно даетъ себя чувствовать при разговорѣ, жеваніи и глотаніи, въ особенности если онъ достигаетъ значительной величины.

Распознаваніе первичнаго склероза на языкѣ обыкновенно большихъ затрудненій не представляетъ, въ особенности если обращать вниманіе на характерное состояніе лимфатическихъ железъ. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ, какъ мы выше упомянули, настоящаго склероза не образуется, распознаваніе нѣсколько затруднительно, но и здѣсь анамнезъ и опухоль железъ почти всегда наводятъ на вѣрный путь; если же вѣрнаго діагноза вначалѣ не ставится, то появляющіяся въ послѣдствіи вторичныя явленія уже не оставляютъ никакого сомнѣнія относительно характера заболѣванія.

Когда діагнозъ поставленъ, то врачъ прежде всего долженъ объяснить больному, какой вредъ онъ можетъ причинить окружающимъ неосторожнымъ поведеніемъ. Къ сожалѣнію, всякій опытный врачъ хорошо знаетъ, какъ легкомысленно нѣкоторые пациенты относятся къ подобнымъ, даже самымъ энергичнымъ предупрежденіямъ и не обращаютъ на нихъ никакого вниманія. Тѣмъ священнѣе обязанность врача постоянно вліять на больныхъ въ этомъ отношеніи.

Что касается мѣстнаго леченія первичнаго склероза на языкѣ, то таковое возможно только въ самыхъ узкихъ границахъ. Прежде всего необходима абсолютная чистота. Нѣкоторую пользу оказываетъ также присыпка каломеля, а при глубокихъ язвахъ съ сильнымъ некрозомъ—іодоформа или іодола. О вырѣзываніи, конечно, и рѣчи быть не можетъ, во-первыхъ, потому, что цѣли оно, можетъ быть, могло бы достигнуть только при удаленіи большого куска окружающей ткани, а кромѣ того и потому, что съ подобными заболѣваніями являются къ врачу уже въ болѣе позднихъ стадіяхъ, когда вырѣзываніе уже бесполезно. Полное заживленіе вообще наступаетъ обыкновенно только при общемъ противосифилитическомъ леченіи, котораго, по мнѣнію самыхъ опытныхъ дерматологовъ, не слѣдуетъ начинать до появленія общихъ симптомовъ.

Чаще первичнаго склероза на языкѣ наблюдаются вторичныя явленія сифилиса. Излюбленнымъ мѣстомъ для послѣднихъ служить кончикъ языка, переднія части его поверхности и края, послѣдніе въ особенности тогда, когда края языка постоянно раздражаются плохими, каріозными острыми зубами. Вторичныя явленія рѣдко наблюдаются также на язычной

миндалины, преимущественно тогда, если и глотка поражена сифилисомъ (*Seifert* ¹⁾). Тотъ же фактъ констатировалъ и *Heller* ²⁾, нашедшій поврежденіе глотки въ 10—12 % всѣхъ случаевъ сифилиса. Эти вторичныя симптомы суть всѣмъ извѣстныя *plaques muqueuses*, широкія кондиломы, слизистыя папулы. Послѣднія образуются аналогично и часто также одновременно съ соответственными образованиями на наружныхъ покровахъ, но нѣсколько иначе вслѣдствіе различнаго анатомическаго строенія слизистой оболочки. Сначала на большей частью неизмѣненной слизистой оболочкѣ языка видны кругловатыя плоскія возвышенія, рѣзко ограничennыя отъ окружающей ткани и происходящія вслѣдствіе инфильтраціи подслизистаго слоя слизистой оболочки. Скоро поверхность этихъ возвышеній мутнѣетъ, а затѣмъ постепенно наступаетъ утолщеніе эпителия молочно-бѣлаго, опалесцирующаго, блестящаго цвѣта. Въ этомъ періодѣ каждая папула окружена ясно-выраженнымъ, хотя и узкимъ воспалительнымъ ободкомъ. Рѣже папулы образуются не на нормальной слизистой оболочкѣ языка; на послѣдней иногда предварительно появляется пятнистая, эритематозная краснота, похожая на ту, которую мы часто наблюдаемъ на всей слизистой оболочкѣ рта и обыкновенно называемъ сифилитическимъ катарромъ полости рта. Вполнѣ развившаяся слизистая папула языка при продолжительномъ существованіи можетъ еще сильнѣе приподняться надъ уровнемъ послѣдняго; поверхность ея вслѣдствіе разраженія сосочковъ получаетъ видъ грядковъ и на ней образуются болѣе или менѣе глубокія есадины и даже изъязвленія. Такое состояніе называютъ язвеннымъ сифилидомъ слизистой оболочки въ противоположность къ уже описанному нами папулезному сифилиду. Потери вещества при язвенномъ сифилидѣ языка, въ особенности на средней линіи его, нерѣдко имѣютъ форму болѣе или менѣе глубокихъ трещинъ, на краяхъ же языка вслѣдствіе уже упомянутого раздраженія о зубы, иногда вслѣдствіе сливанія отдѣльныхъ изъязвленій, получаютъ обширныя язвы. Послѣднія тогда большей частью окружены широкимъ воспалительнымъ ободкомъ, образующимъ валикообразнымъ утолщеніемъ эпителия. На корнѣ языка и на нижней поверхности его *plaques* большей частью остаются маленькими и не изъязвляются. Только въ рѣдкихъ случаяхъ (*Hutchinson*) какъ-разъ на корнѣ языка вблизи *papillae circumvallatae* образуются не характерныя вторичныя явленія сифилиса. Къ нимъ принадлежатъ описанныя только что упомянутымъ авторомъ папилломообразныя гипертрофіи, также инфильтраты въ видѣ узловъ величиною приблизительно въ горохъ съ гладкой поверхностью и очень красной слизистой оболочкой. Нѣчто подобное видѣлъ также *v. Lénárt* ³⁾ у больного съ типичной сифилитической язвой

¹⁾ *Seifert*, Die Syphilis der Zungentonsille. Arch. f. Dermat. und Syphilis 1898. XLIV.

²⁾ *Heller*, Sitzung der Berl. laryng. Gesellschaft. 1899. 14 июля.

³⁾ *v. Lénárt*, Sitzungsber. der Gesellschaft ungarischer Ohren- und Kehlkopfärzte. 1899. 15 октября.

на нижней губѣ. На спинкѣ языка у этого больного видны были папиллообразныя разрошенія, микроскопическая картина которыхъ вполне соответствовала этой формѣ опухолей. Что касается симптомовъ, вызываемыхъ слизистыми папулами языка, то при небольшихъ и не изъязвленныхъ таковыхъ обыкновенно вовсе не бываетъ или только незначительные. Нѣжные и чувствительные больные часто, однако, жалуются на жжение и небольшое препятствіе при разговорѣ и жеваніи. Иначе дѣло обстоитъ, когда кондиломы становятся большими и изъязвляются, въ особенности на краяхъ языка. Въ подобныхъ случаяхъ состояніе больныхъ можетъ быть очень мучительнымъ, такъ какъ боли, въ особенности при приемѣ пищи, могутъ стать столь сильными, что позволяютъ принимать только жидкую пищу. Разговоръ тоже становится очень затруднительнымъ; къ этому присоединяется еще усиленное отдѣленіе слюны, которое очень неприятно еще потому, что опухшій языкъ не даетъ вполне закрывать рта, вслѣдствіе чего слюна постоянно стекаетъ по угламъ рта.

Распознаваніе слизистыхъ папулъ языка въ общемъ не трудное. Видъ ихъ при нормальныхъ условіяхъ слишкомъ характерный, чтобы ихъ можно было смѣшать съ другими болѣзнями. Къ этому потомъ присоединяются еще измѣненія сосѣднихъ лимфатическихъ железъ: часто существуютъ также сыпи на наружныхъ покровахъ и общія явленія сифилиса, а, наконецъ и анамнезъ даютъ возможность поставить вполне вѣрный діагнозъ. Смѣшать сифилисъ при нѣкоторыхъ условіяхъ можно только съ одной болѣзью, а именно съ *leukoplacia oris*, которую долгое время считали даже проявленіемъ самого сифилиса. Но одно уже болѣе медленное теченіе заболѣванія отдѣльныхъ мѣстъ слизистой оболочки, ихъ атласно-блестящій видъ, а, наконецъ, и безуспѣшность всякаго противосифилитическаго леченія при внимательномъ наблюденіи вполне могутъ предохранить отъ ложнаго діагноза. — Изъязвленные папулы на краяхъ языка иногда, пожалуй, можно смѣшать съ уже извѣстными намъ простыми декубитальными язвами.

Леченіе слизистыхъ папулъ прежде всего должно быть противосифилитическимъ, подъ вліяніемъ котораго папулы большей частью быстро и безслѣдно исчезаютъ; верхніе некротизированные или только утолщенные слои ихъ при этомъ отпадаютъ и онѣ снова покрываются нормальной слизистой оболочкой. Въ рѣдкихъ только случаяхъ папулы оказываются очень упорными и кромѣ общаго требуютъ тогда еще и мѣстнаго леченія. Изъ всѣхъ средствъ мы предпочитаемъ хромовую кислоту и употребляемъ ее большей частью въ крѣпкихъ 15—20 % -ныхъ растворахъ, а въ упорныхъ случаяхъ даже *in substantia*, наплаывая нѣсколько кристалловъ на зондъ. Что при этомъ необходимъ тщательный уходъ за полостью рта и примѣненіе различныхъ полосканій, понятно само собою. Иногда приходится строго запрещать куреніе и употребленіе спиртныхъ напитковъ. Здѣсь мы должны упомянуть и о томъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ симптомомъ вторичнаго сифилиса можетъ быть и такъ называемый черный языкъ. Подробнѣе объ этомъ мы уже говорили при описаніи этой болѣзни.

Третичныя явленія сифилиса нерѣдко обнаруживаются на языкѣ въ довольно характерной формѣ. При этомъ удивительно, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ заболѣваютъ мужчины, женщины же поражаются не столь часто. Чтобы фактъ этотъ зависѣлъ отъ большихъ и болѣе частыхъ раздраженій языка при куреніи и употребленіи спиртныхъ напитковъ, по меньшей мѣрѣ сомнительно, такъ какъ третичныя явленія сифилиса языка наблюдаются и у мужчинъ, которые никогда не курили и не пили.

Разсмотримъ сначала самую частую форму, въ которой обнаруживается третичный сифилидъ языка, сифилему языка (*gumma*). Гуммозные узлы образуются или въ слизистой оболочкѣ этого органа и представляютъ тогда обыкновенно нѣсколько небольшихъ, большей частью величиною въ горошину, плоскихъ или бугристыхъ образований, болѣе или менѣе рѣзко ограниченныхъ отъ окружающихъ ихъ тканей, или они развиваются въ видѣ гораздо большихъ узловъ въ самомъ веществѣ языка, отчасти въ мускулатурѣ, отчасти въ интерстиціальной соединительной ткани. Здѣсь они нерѣдко достигаютъ величины грецкого орѣха. Излюбленнымъ мѣстоположеніемъ ихъ служитъ передняя часть языка, преимущественно его края и кончикъ. Но иногда они встрѣчаются и на основаніи языка. *Pellizzari*¹⁾, напр., видѣлъ три такіа опухоли величиною въ орѣхъ на основаніи языка 60-лѣтняго старика, у котораго другіе поставили діагнозъ рака языка. Обѣ формы, поверхностная и глубокая, имѣютъ склонность изъязвляться. Слизистая оболочка, покрывающая поверхностные гуммозные узлы, вначалѣ имѣетъ еще нормальную окраску, а потомъ все болѣе и болѣе краснѣетъ; гуммы на поверхности своей размягчаются, прорываются наружу и образуютъ затѣмъ соответственной величины плоскія язвы съ явно подрытыми краями и твердымъ, салынымъ, изрѣдка кровянисто окрашеннымъ дномъ. Гуммы, образующіяся въ глубинѣ языка, тоже размягчаются, всегда раньше или позже прорываются на поверхность его и образуютъ или очень глубокія язвы, въ остальномъ совершенно сходныя съ только что описанными, или на поверхности языка видны только щели и трещины, ведущія въ глубокія изъязвленные полости. Такихъ гуммъ въ рѣдкихъ случаяхъ находятъ нѣсколько, 3 — 5, большей же частью онѣ бываютъ одиночными. Весь языкъ всегда болѣе или менѣе сильно воспаленъ, вслѣдствіе чего онъ можетъ настолько увеличиться, что не находитъ достаточно мѣста въ полости рта и просовывается между верхними и нижними зубами.

Субъективныхъ страданій гуммозныя опухоли языка, даже изъязвленные, обыкновенно почти никакихъ не вызываютъ. Часто сопровождающее гуммы воспаленіе языка, напротивъ, причиняетъ довольно неприятыя ощущенія, во-первыхъ, вслѣдствіе трудной подвижности языка, мѣшающей при разговорѣ, жеваніи и глотаніи, а во-вторыхъ, вслѣдствіе часто появляю-

¹⁾ *Pellizzari, Gomme della lingua. Acad. medico-fisica Fiorent. 1898. 28 февр.*

шагося слюнотеченія. Чувствительные пациенты иногда жалуются и на боли въ самихъ язвахъ.

Распознаваніе изъязвленныхъ гуммъ языка при внимательномъ отношеніи и нѣкоторой опытности врача большихъ затрудненій представлять не можетъ. Только нѣкоторыя формы туберкулеза и злокачественныхъ новообразованій, какъ ракъ и саркома, иногда даютъ поводъ къ смѣшенію съ гуммами, что, конечно, можетъ имѣть очень дурныя послѣдствія. Относительно дифференціальной діагностики описываемой болѣзни отъ туберкулеза, о которой мы еще подробнѣе будемъ говорить при описаніи послѣдняго, слѣдуетъ замѣтить, что при бактериологическомъ изслѣдованіи отдѣленія язвъ иногда удается найти въ немъ туберкулезныя палочки и такимъ образомъ разсѣять всѣ сомнѣнія. Часто, однако, это не удается. Поэтому врачъ всегда долженъ обращать вниманіе на то, нѣтъ-ли какихъ-либо другихъ симптомовъ туберкулеза, какъ опухшія железы, которыя въ позднихъ стадіяхъ сифилиса обыкновенно бываютъ небольшими, страданія легкихъ и т. д. Но не надо опять-таки при этомъ упускать изъ вида, что обѣ болѣзни могутъ существовать одновременно.

Важныя указанія въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи иногда даетъ и общее состояніе больного, и его питаніе. Если послѣднее при не особенно сильныхъ мѣстныхъ явленіяхъ поразительно плохое, если существуетъ общее истощеніе и малокровіе, то скорѣе, конечно, можно будетъ предполагать туберкулезъ или злокачественную опухоль, чѣмъ сифилисъ.

Кромѣ гуммъ третичный сифилисъ языка проявляется и въ другой формѣ, въ формѣ такъ называемаго склерозирующаго или индуративнаго глоссита (сифилитическая мозоль). При послѣдней, въ противоположность только что описанной формѣ, сифилитическіе инфильтраты, образующіеся, какъ и тамъ, отчасти въ слизистой оболочкѣ, отчасти въ болѣе глубокихъ слояхъ языка, никогда не распадаются. Поверхностные сифилитическіе инфильтраты, исходящіе со слизистой оболочки, появляются или въ видѣ отдѣльныхъ, небольшихъ, но большей частью многочисленныхъ гнѣздъ, или представляютъ собою обширныя утолщенія, происходящія иногда вслѣдствіе слиянія первыхъ. Покрывающая ихъ слизистая оболочка совершенно лишена сосочковъ и имѣетъ поэтому своеобразно гладкій и блестящій видъ. Сами инфильтраты только немного выдаются надъ здоровой слизистой оболочкой, имѣютъ кругловатую или овальную форму и не очень рѣзкія границы, края ихъ, напротивъ, постепенно теряются въ нормальной слизистой оболочкѣ. Инфильтраты, исходящіе изъ глубокихъ слоевъ языка, похожи на поверхностные, но не выдаются или только немного выдаются надъ уровнемъ языка, потому что покрыты болѣе или менѣе толстымъ слоемъ здоровой или только мало измѣненной ткани языка. Сходство съ поверхностными инфильтратами выражается и тѣмъ, что и они покрыты лишенной сосочковъ, блестящей красной слизистой оболочкой. Частую особенность только что описанной третичной формы сифилиса составляетъ появленіе болѣе или менѣе глубокихъ тре-

щинъ въ инфильтрованной и поэтому тугоподвижной и плотной ткани языка и ссадинъ на поверхности его. Послѣднія наблюдаются большей частью на краяхъ языка, гдѣ онѣ, повидимому, появляются вслѣдствіе постоянного тренія о зубы. Легко понятно, что подобныя трещины и ссадины должны причинять больнымъ различныя неудобства и боли. Послѣднія особенно проявляются при разговорѣ и жеваніи, но преимущественно при употребленіи прѣяной пищи и напитковъ. Столь же легко понятно, что вслѣдствіе проникновенія различныхъ возбудителей воспаления въ трещины и ссадины иногда могутъ появиться осложненія въ видѣ воспаления всего языка или какой-либо части его съ припухлостью и болями, которыя еще болѣе ухудшаютъ уже и безъ того не совсѣмъ легкую картину болѣзни. Послѣ продолжительнаго существованія инфильтратовъ, какъ поверхностныхъ, такъ и глубокихъ, появляется характерное для нихъ измѣненіе, состоящее въ новообразованіи соединительной ткани и превращеніи послѣдней въ плотные рубцовые тяжи, которые, какъ и всѣ вообще рубцы, имѣютъ большую склонность сокращаться. Вслѣдствіе этого образуются обширныя, рубцовыя, пластинчатая мозоли или, при рубцовомъ стягиваніи изъ глубины, глубокія бороздки въ особенности по средней линіи языка, отъ которой обыкновенно отходитъ нѣсколько болѣе плоскихъ бороздъ въ обѣ стороны. Эти рубцовые тяжи придаютъ языку довольно характерную форму и измѣненный такимъ образомъ языкъ довольно мѣтко называютъ дольчатымъ языкомъ.

Что касается процесса заживленія третичнаго сифилиса языка, и прежде всего гуммы его, то при хорошемъ антисифилитическомъ леченіи онѣ происходитъ довольно быстро и гладко. Язвы очищаются, появляются здоровыя грануляціи и рубцеваніе совершается съ образованіемъ ямкообразнаго углубленія вслѣдствіе потери вещества. Запущенныя и не леченныя или неправильно леченныя гуммы могутъ, конечно, вслѣдствіе распространенія язвъ вширь и вглубь вызвать большія разрушенія и громадныя потери паренхимы языка. Рецидивы, однако, рѣдки и у хорошо леченныхъ пациентовъ. Нѣсколько труднѣе происходитъ заживленіе при склерозирующихъ формахъ сифилиса языка, такъ какъ при нихъ существуютъ не одни сифилитическія измѣненія, но довольно часто и осложненія послѣднихъ уже упомянутыми нами патологическими измѣненіями, обусловливаемыми воспалительнымъ процессомъ, который особенно часто даетъ рецидивы.

При леченіи прежде всего примѣняются растворы іодистаго калия, который при третичной формѣ сифилиса, какъ всѣмъ извѣстно, всегда имѣетъ очень благоприятное дѣйствіе. Если улучшенія не происходитъ, то иногда приходится прибѣгать къ втираніямъ или впрыскиваніямъ ртутныхъ препаратовъ. У плохо или совсѣмъ не леченныхъ пациентовъ, или если рецидивы быстро слѣдуютъ одинъ за другимъ, цѣлесообразно комбинировать оба способа леченія. Что у часто довольно сильно похудѣвшихъ и слабыхъ больныхъ необходимо обращать вниманіе и на хорошій уходъ,

и возможное поднятие силъ, понятно само собою. Достигается это, лучше всего, соответственной укрѣпляющей діетой и тоническими средствами. Слѣдуетъ попробовать также дѣлать подкожныя вырѣскивания іодипина, отъ которыхъ *Nobl*¹⁾ получилъ хорошіе результаты безъ всякаго не-пріятнаго побочнаго дѣйствія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ третичнаго сифилиса языка цѣлесообразно примѣнять также не содержащій ртути *decostum sarsaparillae* (*Lieven*)²⁾.

Кромѣ общаго леченія не слѣдуетъ забывать, или считать мало-важнымъ, и мѣстное. При некротизирующихъ гуммахъ иногда необходимо удалить омертвѣвшія части ткани механическимъ путемъ, острой ложечкой. Послѣ этого рану присыпаютъ іодоформомъ или іодоломъ, или примѣняютъ уже извѣстный намъ растворъ іодоформа въ эфирѣ.

Трещины при склерозирующей формѣ сифилиса языка требуютъ особенно тщательнаго мѣстнаго леченія, которое, однако, съ желательнымъ успѣхомъ можно и должно примѣнять лишь послѣ предварительнаго тщательнаго устраненія всѣхъ раздражающихъ и мѣшающихъ заживленію трещинъ аномалій зубовъ, какъ острые края и концы и т. д. Наиболѣе дѣйствительной въ подобныхъ случаяхъ оказалась хромовая кислота въ 15 — 20 % ныхъ растворахъ или въ видѣ кристалла, наплавленного на зондѣ. Другіе авторы предпочитаютъ *argentum nitricum* тоже въ растворахъ или *in substantia*. Какъ повсюду, такъ и здѣсь тщательный уходъ за полостью рта долженъ помогать мѣстному леченію.

Иногда, хотя и сравнительно рѣдко, у сифилитиковъ находятъ сочетаніе обѣихъ только что описанныхъ формъ, гуммозной и склерозирующей. Особенно характерный въ этомъ отношеніи случай описываетъ *Philippson*³⁾ изъ дерматологической лабораторіи д-ра *Unna* въ Гамбургѣ. У его больного, врача, послѣ 1½-годовалнаго существованія склерозирующаго сифилитическаго глоссита появились многочисленные гуммы на кожѣ и мышцахъ. Эти отчасти распавшіяся, отчасти еще развивающіяся опухоли покрывали не только края и спинку языка, но и нижнюю поверхность его. При этомъ была сильная гипертрофія всего языка, обильное слюноотеченіе и функція языка были довольно сильно затруднены.

Если мы здѣсь хотимъ поговорить и о такъ называемой гладкой атрофіи основанія или корня языка, то дѣлаемъ это потому, что болѣзнь эта по крайней мѣрѣ въ значительной части всѣхъ случаевъ развивается на сифилитической почвѣ. Но почва эта, какъ уже сказано, существуетъ не всегда и иногда атрофію находятъ у лицъ, никогда не страдавшихъ сифилисомъ. Несмотря на это, частая связь атрофіи съ сифилисомъ вполне оправдываетъ описаніе ея именно здѣсь.

¹⁾ *Nobl*, Gumma linguae. Wien. klin. Woch. 1899. № 47.

²⁾ *Lieven* (Aachen), Verhandl. der Gesellschaft Deutsch. Naturforscher und Aerzte. 72. Versamml. zu Aachen. 1900.

³⁾ *L. Philippson*, Ein Fall von multiplen syphilitischen Gummata der Zunge. Berl. klin. Woch. 1893. № 32.

Подъ гладкой атрофіей корня языка понимаютъ уменьшеніе на немъ эпителиальнаго покрова и исчезаніе всѣхъ мѣшеччатыхъ железъ. Исчезаніе это, однако, происходитъ постепенно. Въ началѣ болѣзни о настоящемъ исчезаніи вообще не можетъ быть рѣчи, а наблюдается только уменьшеніе количества и величины железъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи ея послѣднія совершенно исчезаютъ, но сначала только на среднихъ частяхъ корня языка, а затѣмъ только и на всемъ его протяженіи. Что касается связи этой болѣзни съ сифилисомъ, на которую впервые указалъ *Virchow*, и которую впослѣдствіи изучали въ особенности *Levin*¹⁾ и *Heller*²⁾, то всѣ эти авторы полагаютъ, что атрофія существуетъ въ половинѣ всѣхъ случаевъ приобрѣтеннаго конституціональнаго сифилиса, и что всякую другую причину можно безусловно исключить. Но это, кажется, не совсемъ вѣрно, такъ какъ по мнѣнію *Seifert*'а³⁾ и *Mracek*'а⁴⁾, гладкая атрофія корня языка можетъ быть послѣдствіемъ не только сифилиса, но и другихъ истощающихъ болѣзней, въ особенности рака и туберкулеза; по наблюденіямъ этихъ авторовъ она кромѣ того встрѣчается не только при приобрѣтенномъ, но и при наслѣдственномъ сифилисѣ. Подобныя же наблюденія сдѣлалъ и *Goldschmidt*⁵⁾ въ своихъ 200 случаяхъ. По его изслѣдованіямъ гладкую атрофію корня языка тоже нельзя считать характернымъ признакомъ третичнаго сифилиса. Довольно часто она скорѣе есть симптомъ общей дегенерации языка, который, какъ и всѣ органы человѣческаго тѣла, съ возрастомъ уменьшается въ объемъ и теряетъ часть своей функціональной способности.

*Lublinski*⁶⁾, наконецъ, тоже наблюдалъ гладкую атрофію корня языка не только какъ послѣдствіе сифилиса, но и туберкулеза, въ особенности туберкулеза, сопровождающагося тяжелой анеміей, а также при чистой анеміи, хлорозѣ. По его наблюденіямъ, атрофія, развивающаяся на почвѣ малокровія, отличается отъ сифилитической своимъ постепеннымъ развитіемъ и появленіемъ на корнѣ языка нѣжной венозной сѣти.

При микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ уменьшеніе или полное отсутствіе мѣшеччатыхъ железъ. Иногда вмѣсто нихъ видно только небольшое количество лейкоцитовъ. Удивительно, однако, то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ рядомъ съ этой, бросающейся въ глаза атрофіей нѣкоторыхъ железъ появляется гипертрофія другихъ. Одновременно сильно исчезаетъ и эпителий слизистой оболочки; мускулатура тоже явно атро-

¹⁾ *G. Lewin*, Berl. med. Ges. 1892. Bb. 7, стр. 20. Verein f. innere Med. 1892. Bd. 11. Virchow's Archiv. Bd. 138, стр. 1.

²⁾ *J. Heller*, Beiträge zur Syphilis der Zungentonsille. Berl. klin. Wochenschr. 1900, № 9.

³⁾ *O. Seifert*, Münch. med. Woch. 1893. № 6.

⁴⁾ *Mracek*, Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie. Bd. 16. Teil. 1. Abteil. 1.

⁵⁾ *A. Goldschmidt*, Ueber die glatte Atrophie der Zungenbasis bei tertiärer Syphilis. Berl. klin. Woch. 1899. № 43.

⁶⁾ *Lublinski*, Die Syphilis der Zungentonsille. Deutsch. med. Woch. 1900. № 14—15.

фируется и только слюзистыя железы всегда остаются нормальными. Страданій атрофія корня языка больному никогда не причиняетъ. Функціи языка тоже нисколько не нарушаются. Болѣзнь чаще поражаетъ женщинъ, чѣмъ мужчинъ.

Распознаваніе ставится или при помощи ощупыванія пальцемъ, причемъ не надо касаться задней стѣнки глотки, чтобы не вызвать рвоты, или осмотромъ гортаннымъ зеркаломъ. Оцѣнка осязаемаго пальцемъ или видѣннаго не очень легка и требуетъ большого навыка. Относительно терапіи говорить не приходится, такъ какъ гладкая атрофія корня языка — болѣзнь непоправимая.

Въ тѣсной связи съ только что описаннымъ измѣненіемъ корня языка находится другое измѣненіе надгортанника, на которое обратилъ вниманіе *Hanseman* ¹⁾. Можетъ именно случиться, что болѣзнь съ корня языка переходитъ на уздечку надгортанника (*ligamentum glosso-epiglotticum medium*) и распространяется до передняго края надгортанника, благодаря чему послѣдній перегибается кпереди (*anteflexio epiglottidis*). Это перегибаніе въ выраженныхъ случаяхъ можетъ быть столь сильнымъ, что край надгортанника закручивается кпереди и остается въ этомъ положеніи; загнутыя части могутъ даже сростись и тогда весь надгортанникъ болѣе или менѣе укорачивается. Въ 42 случаяхъ явнаго сифилиса *Hanseman* нашелъ эти измѣненія цѣлыхъ 25 разъ и безъ всякой натяжки дѣлаетъ изъ этого заключеніе, что *anteflexio epiglottidis*, хотя и не говоритъ окончательно за сифилисъ, но въ совокупности съ другими сифилитическими явленіями должна подтверждать подозрѣніе на сифилисъ.

Наконецъ, при сифилисѣ дѣло можетъ дойти и до полной потери надгортанника. Подобный случай, въ которомъ весь надгортанникъ вмѣстѣ съ прилегающими частями черпаловидно-надгортанныхъ связокъ выглядѣлъ какъ сбитый, демонстрировалъ *Virchow* въ засѣданіи Берлинскаго Медицинскаго Общества 11 января 1893.

19. Проказа языка.

Бугорковая форма проказы, о характерѣ которой, какъ инфекціонной болѣзни, по *Neisser* ²⁾, не можетъ быть никакого сомнѣнія, нерѣдко поражаетъ полость рта и лежащіе въ ней органы, а слѣдовательно и языкъ. Всѣ эти органы поражаются, однако, только въ послѣдствіи, когда болѣзнь появилась уже на лицѣ и на остальномъ тѣлѣ. Послѣ какого промежутка времени это обыкновенно случается, трудно рѣшить уже потому, что явленія проказы на всѣхъ слюзистыхъ оболочкахъ, а слѣдовательно и на слюзистой оболочкѣ языка, причиняютъ больнымъ только очень небольшія страданія, вслѣдствіе чего они въ противоположность

симптомамъ проказы на наружныхъ покровахъ, могутъ долгое время остаться незамѣченными. Проказа языка обыкновенно проявляется въ видѣ различной величины узловъ, которые вполнѣ-соотвѣтствуютъ лепрознымъ инфильтратамъ на наружныхъ покровахъ. Узлы эти почти всегда сидятъ на верхней поверхности языка и, по описанію *Bergengrün*'а, иногда расположены симметрично по обѣимъ сторонамъ проходящей по срединной линіи глубокой борозды; довольно часто они локализируются и на *petiolus* надгортанника. Цвѣтъ покрывающей узлы слюзистой оболочки то розовато-красный, какъ на нормальной слюзистой оболочкѣ, то нѣсколько свѣтлѣе или темнѣе, иногда также синева-красный. Консистенція узловъ плотная и твердая и при ощупываніи пальцемъ очень характерна. Отдѣльные узлы, выдающіеся надъ слюзистой оболочкой въ видѣ полушарій, въ нѣкоторыхъ случаяхъ сливаются и образуютъ такимъ образомъ плоскіе инфильтраты, въ другихъ же случаяхъ они съ самаго начала появляются въ видѣ такихъ пластинчатыхъ инфильтратовъ. Иногда отдѣльные узлы окружены краснымъ воспалительнымъ ободкомъ. Какъ узловатые, такъ и плоскіе инфильтраты при долгомъ даже существованіи всегда имѣютъ мало склонности изъязвляться, что, повидимому, характерно для проказы слюзистыхъ оболочекъ и наружныхъ покрововъ. Это тѣмъ болѣе удивительно, что какъ разъ въ полости рта, и въ особенности на языкѣ, почти всѣ новообразованія обыкновенно быстро изъязвляются, что легко объясняется различными раздраженіями, которымъ они подвержены на этихъ мѣстахъ. Но, съ другой стороны, можно было бы предполагать, что изъязвленій при проказѣ слюзистыхъ оболочекъ вообще не бываетъ. Нѣтъ, напротивъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ на узлахъ и плоскихъ инфильтратахъ, правда послѣ долговременнаго существованія ихъ, можно наблюдать поверхностныя изъязвленія покрывающей ихъ слюзистой оболочки. Но изъязвленія эти въ дѣйствительности только очень поверхностны и дно ихъ, если о такомъ при поверхностности язвъ вообще еще можно говорить, покрыто грязной, желтоватой массой. Болѣе глубокія изъязвленія, повидимому, очень рѣдки. Подобно лепрознымъ измѣненіямъ на языкѣ вообще и изъязвленія на немъ почти никогда болѣе не причиняютъ, что для данной болѣзни даже характерно. Другихъ симптомовъ, кромѣ сильно увеличеннаго слюнотеченія и болѣе или менѣе выраженнаго нарушенія функціи языка, не бываетъ. Послѣднее особенно ясно выражено тогда, когда лепрозныя измѣненія съ самаго начала появляются въ видѣ обширныхъ инфильтратовъ или при слияніи многихъ, отдѣльныхъ узловъ. Весь языкъ представляетъ тогда твердый, малоподвижный лоскутъ. Интересно въ этомъ отношеніи наблюденіе *Jakubowitsch*'а ¹⁾, который у казака, страдавшаго проказой, констатировалъ частичный параличъ вкусового ощущенія; горькаго и кислаго больной совсѣмъ не ощущалъ, сладкое же и соленое, напротивъ, очень хо-

¹⁾ *D. v. Hanseman*, Ueber eine häufig bei Syphilis vorkommende Veränderung an der Epiglottis. Verhandl. d. med. Ges. Bd. XXVII, стр. 77.

²⁾ Mitteilungen und Verhandlungen der internationalen wissenschaftlichen Lepra-Conferenz zu Berlin im October 1897. № II.

¹⁾ *Jakubowitsch*, *Hofmann* und *Schwalbe*, Jahresbericht für Anatomie und Physiologie. 1872.

рошо. Болѣе подробныхъ данныхъ объ этомъ въ работѣ, къ сожалѣнію, не имѣется.

Въ гистологическомъ отношеніи лепрозные очаги болѣзни на языкѣ вполне соответствуютъ таковымъ же на наружныхъ покровахъ. Лепрозныя палочки въ нихъ, однако, гораздо многочисленнѣе, чѣмъ при всѣхъ другихъ явленіяхъ проказы; фактъ этотъ достоинъ вниманія уже потому, что благодаря ему значительно усиливается возможность распространенія заразы. Mikulicz¹⁾, напр., нашелъ, что больные, страдающіе проказой полости рта, въ теченіе нѣсколькихъ секундъ при разговорѣ и поперхиваніи вмѣстѣ со слюною могутъ распространить нѣсколько тысячъ лепрозныхъ палочекъ на разстояніе 1½ метровъ. Несмотря на это, опасность все-таки не очень велика, такъ какъ факты показываютъ, что, несмотря на очень частую возможность зараженія, по крайней мѣрѣ въ европейскихъ странахъ, оно все-таки происходитъ сравнительно рѣдко.

Распознаваніе проказы языка никогда собственно не можетъ представлять никакихъ затрудненій, потому что она, какъ мы уже видѣли, всегда появляется только, какъ вторичное явленіе. Въ этихъ случаяхъ характерный видъ наружныхъ покрововъ предохраняетъ отъ всякихъ ошибокъ. Кромѣ того легко также доказать и присутствіе лепрозныхъ палочекъ. Окрашиваніе послѣднихъ производится такъ же, какъ и туберкулезныхъ палочекъ. Только въ одномъ единственномъ случаѣ распознаваніе проказы можетъ быть очень труднымъ, а именно, если вмѣстѣ съ нею существуетъ и сифилисъ. Третичныя явленія сифилиса на языкѣ чрезвычайно похожи на проказу. Но и здѣсь ошибки въ каждомъ случаѣ можно избѣгнуть доказательствомъ присутствія лепрозныхъ палочекъ. Лечение довольно ограниченное. При незначительности вызываемыхъ болѣзью страданій часто вообще не приходится лечить особо проказу языка. Изъязвленные узлы или инфильтраты цѣлесообразно каутеризировать какимъ-либо прижигающимъ средствомъ.

20. Склерома языка.

Склерома по мѣсту происхожденія ея, съ носа, по примѣру Hebra, впервые описавшаго эту болѣзнь въ 1870 году, большей частью называется риносклеромой и только въ очень рѣдкихъ случаяхъ переходитъ на языкъ. Переходъ этотъ совершается изъ носа черезъ хоаны на мягкое небо, оттуда на заднюю стѣнку глотки и, наконецъ, и на корень языка. Въ немногихъ, до сихъ поръ описанныхъ, случаяхъ пораженъ былъ только одинъ корень языка. Явленія склеромы на слизистой оболочкѣ корня языка въ общемъ тѣ же, что и на другихъ слизистыхъ оболочкахъ. Сначала появляются болѣе или менѣе обширныя инфильтрованные мѣста, покрытыя нормальной или синевато-красной слизистой оболочкой. На этихъ инфильтрованныхъ мѣстахъ вскорѣ образуются отчасти разлитые, отчасти

ограниченные, то плоскіе, то болѣе возвышенные узлы, придающіе пораженной части языка бугристый видъ. Узлы эти чрезвычайно твердой консистенціи. Самостоятельной болѣзненности въ большинствѣ случаевъ не бываетъ, но при давленіи появляются довольно сильныя боли, которыя при извѣстныхъ условіяхъ могутъ еще значительно усиливаться вслѣдствіе многочисленныхъ раздраженій внутри полости рта. Склероматозные узлы имѣютъ поразительно мало склонности къ регрессивному метаморфозу; гнойнаго распада въ нихъ поэтому почти никогда не наступаетъ; въ худшемъ случаѣ появляются только поверхностныя изъязвленія, покрытыя большей частью сѣровато-желтымъ налетомъ и иногда кровоточащія при прикосновеніи. Въ одномъ случаѣ, наблюдавшемся Welander'омъ, болѣзнь не ограничилась корнемъ языка, а перешла на всю переднюю половину его и кромѣ уже упомянутыхъ симптомовъ вызвала сильную опухоль языка. Анатомически склерома состоитъ изъ богатаго кѣлками и кровеносными сосудами верхняго слоя и нижняго слоя, главныя составныя части котораго образуютъ очень плотные соединительнотканые тяжи, обуславливающіе упомянутую, очень твердую консистенцію склероматозныхъ узловъ. Въ строеніи этомъ нельзя отрицать нѣкотораго сходства со строеніемъ круглокѣточной саркомы.

Распознаваніе склеромы языка иногда можетъ представлять большія затрудненія. Видъ ея имѣетъ большое сходство съ сифилитическими, волчаночными и раковыми опухолями до изъязвленія ихъ. При болѣе продолжительномъ наблюденіи, однако, всегда удается поставить вѣрный діагнозъ, если имѣть въ виду, что склероматозные узлы чрезвычайно тверды и не изъязвляются. Вполнѣ неоспоримымъ распознаваніе становится, конечно, при нахожденіи палочекъ склеромы, очень похожихъ на палочки пневмоніи Friedlaender'a, но отличающихся отъ нихъ тѣмъ, что окрашиваются легко не только анилиновыми красками, но и карминомъ, и гематоксилиномъ, и по способу Gram'a; другое отличіе состоитъ въ томъ, что головки культуръ на желатинѣ при уколахъ палочками склеромы сѣровато-бѣлыя и прозрачныя, при Friedlaender'овскихъ же палочкахъ онѣ имѣютъ насыщенный бѣлый цвѣтъ.

Лечение склеромы языка, внутреннее и оперативное, совершенно бесполезно. Что при хирургическомъ леченіи вырѣзываніемъ или разрушеніемъ узловъ прижигающими средствами или термокаутеромъ можно добиться временнаго успѣха, отрицать нельзя. На подобное леченіе, однако, при сравнительной безболѣзненности страданія не слѣдуетъ рѣшаться слишкомъ легко, такъ какъ почти всегда появляются рецидивы.

21. Туберкулезъ языка.

Туберкулезъ языка, какъ извѣстно, сравнительно не частая болѣзнь. Фактъ этотъ тѣмъ болѣе удивителенъ, что именно на языкѣ возможность зараженія слѣдовало бы считать особенно легкой. Если принять во вниманіе, какъ часто особенно на слизистой оболочкѣ языка образуются не-

¹⁾ J. Mikulicz und W. Kummel, Die Krankheiten des Mundes. 1898. Jena.

большия, незначительныя поврежденія, напр. разрывы эпителия, и какъ часто послѣднія приходятъ въ тѣсное соприкосновеніе съ богатой туберкулезными палочками мокротой при откашливаніи ея, то, конечно, очень удивительно, какъ мало чахоточные страдаютъ туберкулезомъ языка. Зараженіе, однако, можетъ произойти и другимъ путемъ, напр. черезъ содержащія туберкулезныя палочки пищевые продукты, черезъ вдыхаемый воздухъ или при прямой прививкѣ при противоестественныхъ половыхъ сношеніяхъ. *Dobberstein*¹⁾, наконецъ, полагаетъ, что въ наблюдавшемся имъ случаѣ туберкулеза на кончикѣ языка причиной болѣзни было то, что больная ежедневно смачивала языкомъ массу почтовыхъ марокъ для наклейки на письма. Изъ всего этого мы видимъ, что туберкулезъ языка можетъ быть первичнымъ и послѣдовательнымъ. Но такъ какъ мѣстныя явленія его почти всегда одни и тѣ же, то различія въ этомъ отношеніи мы дѣлать не будемъ; замѣтитъ, однако, слѣдуетъ, что первичный туберкулезъ языка представляетъ очень рѣдкое явленіе. Наиболѣе частыя формы, въ которыхъ проявляется туберкулезъ языка, суть ограниченныя, болѣе или менѣе глубоко лежащія опухоли (туберкуломы), изъ которыхъ въ послѣдствіи развиваются язвы, и разсѣянный туберкулезъ. Рѣже наблюдается появленіе туберкулезныхъ разрывовъ, такъ называемыхъ трещинъ или ссадинъ. Что касается опухолей, то узлы могутъ появляться одиночными или множественными и сидятъ преимущественно на краяхъ и кончикѣ языка, но могутъ встрѣчаться и на всѣхъ другихъ частяхъ его, въ особенности на спинкѣ языка. Если удастся наблюдать появленіе подобнаго узелка, что случается далеко не часто, то на одномъ изъ упомянутыхъ мѣстъ видно маленькое, кругловатое возвышеніе величиною отъ булавочной головки до горошины, довольно твердой консистенціи, лежащее непосредственно подъ эпителиальнымъ покровомъ. Иногда узелокъ желтоватаго цвѣта и рѣзко отличается тогда отъ окружающей его красной ткани. Въ дальнѣйшемъ ростѣ узелокъ начинаетъ распадаться и рѣдко достигаетъ болѣе или менѣе значительной величины безъ того, чтобы отчасти не разрушиться. Изъ него тогда образуется туберкулезная язва языка, которая вначалѣ имѣетъ чрезвычайно различную величину, смотря по развитію узла, изъ котораго она образовалась. Встрѣчаются язвы величиною въ расщепленный горохъ или бобъ, въ пятифенниговую монету и еще больше. Форма ихъ, какъ и величина, чрезвычайно различна; часто онѣ овальны или продолговаты, большей частью, однако, несмотря на ихъ очень неправильныя очертанія, вполне можно узнать, что онѣ образовались изъ кругловатаго узла. Глубина язвы тоже очень различна и на различныхъ мѣстахъ язвы можетъ быть не одинаково выражена въ зависимости отъ интенсивности туберкулезнаго процесса на различныхъ частяхъ ея. Дно большей частью блѣдное, дряблое и по-

¹⁾ *Dobberstein*, Beitrag zur Casuistik der localen Tuberkulose. Dissertation. Königsberg 1896.

крыто плохими грануляціями, а часто и грязной слизью. Что касается краевъ язвы, то они почти всегда подрыты, остры и нѣсколько краснѣе окружающей ткани, въ которой большого затвердѣнія обыкновенно не бываетъ. Иногда затвердѣнія окружающей ткани вовсе не бываетъ. На краяхъ язвы, часто еще и нѣсколько дальше видны очень маленькіе, просовидные узелки или пятнышки величиною отъ просяного зерна до булавочной головки бѣловатаго или сѣровато-желтаго цвѣта, а иногда и очень маленькія, плоскія, точечныя язвочки. Въ такомъ видѣ состояніе иногда остается безъ измѣненій и безъ леченія. *Treitel*¹⁾, напр., наблюдалъ подобный случай, въ которомъ туберкулезная язва въ продолженіе болѣе пяти мѣсяцевъ нисколько не измѣнилась, хотя и была совершенно предоставлена самой себѣ. Съ другой стороны, язва, по сообщенію того же автора, можетъ развиваться и въ теченіе нѣсколькихъ дней. Только что описанная форма туберкулезной язвы языка есть наиболѣе часто встрѣчающаяся. Кромѣ нея встрѣчается и другая форма, но обыкновенно только у больныхъ съ далеко прогрессированной чахоткой легкихъ, отличающаяся отъ первой преимущественно своимъ теченіемъ. Первая часто имѣетъ хроническое теченіе, можетъ временно улучшаться и даже зажить, послѣдняя же протекаетъ гораздо быстрѣе и тяжелѣе. При первой объ инфильтраціи окружающихъ язву тканей языка едва-ли можно говорить, при послѣдней же язва образуется на обширной, глубокой инфильтраціи паренхимы. Окружность ея обильно усыяна вышеописанными просовидными туберкулезными узелками, которые въ видѣ бѣловато-желтыхъ, бѣловато-сѣрыхъ или совсѣмъ желтыхъ точекъ рѣзко отличаются отъ окружающихъ ихъ темнокрасныхъ тканей. Часть этихъ просовидныхъ бугорковъ вслѣдствіе потери покрывающаго ихъ эпителия всегда уже превращена въ очень маленькія язвочки. По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, выраженная сильная инфильтрація дна язвы и его окружности обуславливается присутствіемъ многочисленныхъ такихъ просовидныхъ узелковъ въ глубинѣ ткани, чего однако вполне утверждать нельзя. Эти злокачественныя изъязвленія, встрѣчающіяся не только на кончикѣ, на краяхъ и спинкѣ языка, но нерѣдко и на нижней поверхности его, отличаются чрезвычайно быстрымъ распадомъ ткани и быстрымъ вслѣдствіе этого распространеніемъ. Наибольшая опасность, однако, заключается въ развитіи многочисленныхъ внутреннихъ узелковъ въ ближайшей и дальнѣйшей окружности язвы, изъ которыхъ въ короткое время послѣ выдѣленія творожистаго, желтоватаго содержимаго образуются сначала поверхностныя язвочки величиною приблизительно въ чечевицу съ изъѣденными краями и дномъ, покрытымъ умереннымъ количествомъ жидкаго, сѣровато-желтаго, дурно пахнущаго гноя. Нерѣдко на днѣ язвы появляются плохія, блѣдныя грануляціи. Съ теченіемъ времени эти язвочки все болѣе и болѣе увеличиваются такимъ образомъ, что на краяхъ ихъ появляются другіе просовидные узелки, которые, въ свою очередь, послѣ

¹⁾ *Treitel*, Verhandl. der Berl. med. Gesellschaft 11 янв. 1893.

кратковременнаго существованія изъязвляются. Это есть характерная картина такъ называемаго разсѣяннаго туберкулеза языка.

Сравнительно рѣдко туберкулезная язва языка имѣетъ форму трещины или ссадины. Подобно другимъ туберкулезнымъ изъязвленіямъ онѣ сидятъ преимущественно на кончикѣ и краяхъ языка, но иногда встрѣчаются и на спинкѣ его. Но въ то время какъ описанныя до сихъ поръ язвы имѣютъ склонность распространяться по поверхности, туберкулезныя ссадины и трещины увеличиваются главнымъ образомъ вглубь, такъ что при первомъ взглядѣ на нихъ можно думать, что имѣешь передъ собою простой разрывъ слизистой оболочки. Если, однако, оттянуть другъ отъ друга края трещины, то тогда только видишь, какъ далеко проникъ процессъ, поразившій, можетъ быть, уже и мускулатуру языка. Подобныя язвы большей частью появляются одиночными. По формѣ своей онѣ обыкновенно развѣтвлены совершенно неправильно, часто, однако, онѣ имѣютъ форму звѣзды. На болѣе или менѣе глубоко лежащемъ днѣ трещинъ видно появленіе блѣдныхъ грануляцій. Форму эту трещины могутъ сохранять долгое время, но, наконецъ, и онѣ обыкновенно начинаютъ распространяться больше по поверхности; въ окружности ихъ появляются уже многократно описанныя, частью неповрежденные, частью уже изъязвленные узелки, такъ что образующаяся изъ нихъ язва въ концѣ-концовъ ничѣмъ не отличается отъ другихъ туберкулезныхъ изъязвленій.

Наконецъ, еще одна очень рѣдкая форма туберкулеза языка описана *Malherbe* 'омъ ¹⁾ подъ именемъ туберкулидовъ языка. У 32-лѣтняго, въ остальномъ совершенно здороваго, въ особенности никогда не страдавшаго сифилисомъ, матроса въ теченіе 5 уже лѣтъ была своеобразная болѣзнь языка, то улучшавшаяся, то ухудшавшаяся. Выражалась она слѣдующими явленіями. На обѣихъ переднихъ третяхъ языка, которыя вслѣдствіе потери сосочковъ были гладки и блестящи, сидѣло нѣсколько небольшихъ, красноватыхъ папулъ, на верхушкѣ которыхъ видны были темножелтые пузырьки, окруженные краснымъ ободкомъ. Папулы были величиною въ горохъ, наполнены были серозно-гнойной массой, а по вскрытіи ихъ оказывалась свѣтлоокрасная изъязвленная поверхность; заживали онѣ безъ рубцовъ. *Malherbe* полагаетъ, что описанныя явленія были туберкулезнаго характера; мнѣнія своего, однако, онъ ничѣмъ доказать не могъ.

Что касается участія въ процессѣ лимфатическихъ железъ, то достойно удивленія, что сосѣднія железы опухаютъ только въ ограниченномъ числѣ всѣхъ случаевъ. Пораженные железы не имѣютъ твердой консистенціи, какъ, напр., при ракѣ; но на что дѣйствительно слѣдуетъ обратить вниманіе это то, что даже при одностороннемъ заболѣваніи языка совсѣмъ нерѣдко измѣнены и лимфатическія железы здоровой стороны. При просовидной бугорчаткѣ, напротивъ, лимфатическія железы заболѣваютъ почти всегда.

¹⁾ *Henri Malherbe, Tuberculides linguales. Gaz. méd. de Nantes. 1899. 8 июля.*

Въ анатомическомъ и гистологическомъ отношеніи туберкулезныя язвы языка ничѣмъ не отличаются отъ туберкулезныхъ язвъ на другихъ частяхъ тѣла. Здѣсь, какъ и тамъ, находятъ мелкоклѣточную инфильтрацію ткани, всѣмъ извѣстныя гигантскія клѣтки и всѣ другіе гистологическіе признаки туберкулеза. Что касается туберкулезной палочки, то ее нерѣдко находятъ въ массѣ, покрывающей дно язвы, рѣже въ вертикальныхъ разрѣзахъ послѣдней. Относительно страданій, причиняемыхъ больнымъ туберкулезными язвами, слѣдуетъ замѣтить, что до тѣхъ поръ, пока изъязвленія еще малы и незначительны, или если существуютъ только не изъязвленные большіе узлы или просовидные бугорочки, то больные почти никакихъ непріятностей не ощущаютъ. Только когда изъязвленія увеличиваются, они стаютъ болѣзненными и могутъ иногда вызвать даже очень сильныя боли. Что при этомъ очень сильно должно страдать преимущественно восприниманіе пищи, понятно само собою, потому что каждое прикосновеніе къ самимъ по себѣ столь болѣзненнымъ мѣстамъ, конечно, вызываетъ еще болѣе сильныя страданія. Столь же понятно, что уменьшенное восприниманіе пищи, въ особенности у туберкулезныхъ больныхъ, должно причинять большой вредъ. Къ этому затѣмъ въ большинствѣ случаевъ присоединяется еще обильное, не мало утруждающее больныхъ слюнотеченіе. При большихъ язвахъ, отдѣляющихъ много гноя, возможно также попаданіе мокроты съ туберкулезными палочками въ пищеварительные и дыхательные пути и зараженіе ими желудочно-кишечнаго канала или ухудшеніе состоянія верхнихъ дыхательныхъ путей или легкихъ. Существованіе туберкулезныхъ язвъ почти всегда мѣшаетъ также функціи языка при разговорѣ, такъ какъ при необходимыхъ для этого различныхъ движеніяхъ его поврежденные мѣста приходятъ въ соприкосновеніе съ зубами или небомъ, что вслѣдствіе раздраженія, конечно, причиняетъ боль. Попадаютъ иногда, однако, и совершенно нечувствительные больные, которые ни при приѣмѣ пищи, ни при разговорѣ, несмотря на обширные язвенные процессы, ни на какую особенную боль не жалуются.

При распознаваніи туберкулезныхъ процессовъ на языкѣ, и прежде всего туберкулезной язвы, всегда слѣдуетъ стараться подтвердить діагнозъ точнымъ анамнезомъ и въ особенности тщательнымъ изслѣдованіемъ всего организма. Если легкія, гортань и другіе органы здоровы, то прежде всего необходимо имѣть въ виду дифференціальную діагностику язвы отъ сифилиса и рака. Что касается отличія туберкулезныхъ отъ раковыхъ язвъ, то прежде всего не слѣдуетъ забывать, что первыя нерѣдко появляются по нѣсколько одновременно, чего при послѣднихъ почти никогда не бываетъ, и что онѣ кромѣ того наблюдаются и у такихъ молодыхъ субъектовъ, у которыхъ рака почти во вниманіе принимать не приходится. Но и сами язвы представляютъ много важныхъ отличій. Края туберкулезной язвы никогда не такъ тверды и инфильтрованы, какъ у раковыхъ, а дно большей частью блѣдно и покрыто творожистыми туберкулезными массами. Окружность туберкулезныхъ язвъ, въ противоположность рако-

вымъ, почти всегда имѣть темно-красный съ синеватымъ оттѣнкомъ воспалительный цвѣтъ и, кромѣ того, часто покрыта просовидными или нѣсколькими большими узелками, изъ которыхъ нѣкоторые большей частью уже изъязвлены. Узелки эти всегда говорятъ за туберкулезъ, который еще болѣе подтверждается состояніемъ лимфатическихъ железъ. Послѣднія при ракѣ всегда поражены, а при туберкулезныхъ язвахъ—если это не просовидная бугорчатка—только изрѣдка и въ другой формѣ; твердой консистенціи, какъ при ракѣ, онѣ никогда не имѣютъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ діагнозъ, конечно, можно подтвердить нахожденіемъ въ язвенной массѣ, а еще рѣже въ вырѣзанной части язвы, туберкулезныхъ палочекъ. Отличіе еще неизъязвленного туберкулезного узла, туберкуломы, отъ глубокаго, неизъязвленного рака железъ можетъ быть еще труднѣе отличія туберкулезной отъ раковой язвы. Если туберкулезныхъ явлений въ другихъ органахъ нѣтъ, то вѣрный діагнозъ поставить иногда совершенно невозможно, кромѣ тѣхъ случаевъ, конечно, когда характеръ опухоли удастся установить при помощи микроскопическаго изслѣдованія. Относительно дифференціальной диагностики отъ сифилиса слѣдуетъ замѣтить, что уже одно положеніе язвъ даетъ нѣкоторое указаніе въ этомъ отношеніи, такъ какъ туберкулезныя язвы большей частью занимаютъ кончикъ и края языка, а сифилитическія—больше спинку его. Кромѣ того и сами язвы отличаются другъ отъ друга тѣмъ, что въ окрестности туберкулезныхъ язвъ нерѣдко появляются узелки, которыхъ при сифилисѣ никогда не бываетъ; съ другой стороны, сифилитическія язвы гораздо глубже, края ихъ приподняты и отвѣсны. Не слѣдуетъ забывать также изслѣдовать сосѣднія лимфатическія железы, которыя при третичномъ сифилисѣ почти никогда, а при туберкулезѣ, напротивъ, довольно часто заболѣваютъ. Въ особенности, однако, слѣдуетъ обращать вниманіе на то, нѣтъ-ли другихъ явлений сифилиса, причемъ, впрочемъ, не слѣдуетъ упускать изъ вида, что обѣ болѣзни могутъ существовать одновременно. Slѣдуетъ принимать во вниманіе и общее состояніе больного, такъ какъ значительное похудѣніе при не особенно обширныхъ мѣстныхъ измѣненіяхъ скорѣе заставляетъ думать о туберкулезѣ, чѣмъ о сифилисѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, наконецъ, діагнозъ можно будетъ поставить, благодаря нахожденію туберкулезныхъ палочекъ или по дѣйствительности, resp. бесполезности противосифилитическаго леченія, причемъ, однако, не слѣдуетъ забывать, что подобное леченіе можетъ имѣть вредное вліяніе на теченіе туберкулеза.

Для предсказанія прежде всего важно, насколько при туберкулезѣ языка болѣзнь эта прогрессировала въ другихъ органахъ. Если она сильно прогрессировала, то шансы на излеченіе туберкулеза языка, конечно, хуже. Въ общемъ, однако, можно сказать, что отдѣльно стоящія туберкуломы и образующіяся изъ нихъ язвы при не особенно долгомъ существованіи, при соотвѣтствующемъ леченіи могутъ быть излечены, хотя нерѣдко, къ сожалѣнію, появляются рецидивы на томъ же мѣстѣ; одновременно съ заживленіемъ на одномъ мѣстѣ тѣ же измѣненія на другихъ частяхъ языка могутъ прогрессировать. Несмотря на это,

въ единичныхъ случаяхъ получается полное и окончательное излеченіе, такъ что прогнозъ, если можно исключить туберкулезъ въ другихъ мѣстахъ, можетъ быть названъ сравнительно благоприятнымъ. Разсѣянная форма туберкулеза языка, напротивъ, даетъ абсолютно дурное предсказаніе, а именно уже потому, что она наблюдается только у лицъ съ далеко прогрессирующей чахоткой.

Леченіе туберкулезныхъ язвъ языка должно руководствоваться величиной и мѣстоположеніемъ ихъ, а также силой пораженія другихъ органовъ. Если можно предположить первичное заболѣваніе языка, то необходимо по возможности радикальное леченіе уже потому, что благодаря удаленію туберкулезной язвы, иногда устраняется возможность дальнѣйшаго зараженія съ нея.

Если язва находится на кончикѣ языка или на краяхъ его, то самый простой и наибольшій успѣхъ обещающій способъ есть вырѣзываніе язвы клиновиднымъ разрѣзомъ съ послѣдующимъ швомъ. Если же положеніе язвы такое, что вырѣзываніе ея невозможно безъ того, чтобы не пожертвовать слишкомъ большимъ кускомъ здоровой ткани языка, то язву можно устранить острой ложкой или термокаутеромъ, или обоими вмѣстѣ. Это слѣдуетъ только дѣлать осторожно, чтобы никоимъ образомъ не оставлять больной ткани, изъ которой почти всегда развивается рецидивъ.

Но и при существующей уже чахоткѣ легкихъ и гортани не слишкомъ большія и удобно лежація язвы языка можно устранить вырѣзываніемъ, острой ложкой или термокаутеромъ, или обоими вмѣстѣ, уже для того, чтобы избавить больного отъ очень сильныхъ иногда болей. Для послѣдующаго леченія оперированныхъ такимъ образомъ язвъ наиболѣе дѣйствительное средство есть іодоформъ въ видѣ порошка или кашицы, такъ какъ онъ обладаетъ прямыми антитуберкулезными свойствами. Если общее состояніе больного уже сильно пострадало отъ далеко прогрессирующей болѣзни, то оперировать не слѣдуетъ. Въ такихъ случаяхъ прежде всего необходимо заботиться о томъ, чтобы язвы по возможности меньше раздражались каріозными, острыми зубами, которые тогда приходится удалить, или неподходящей, пряной или слишкомъ горячей пищей. Для дальнѣйшаго мѣстнаго леченія опять-таки лучше всего примѣнять іодоформъ. Присыпанный на дно язвы, онъ прекрасно очищаетъ ее, часто значительно уменьшаетъ боли, чему еще можно содѣйствовать прибавленіемъ къ іодоформу морфія въ подходящей дозѣ. Прижигающихъ средствъ въ общемъ примѣнять не слѣдуетъ; если же, однако, желательно примѣнить какое-нибудь, то наиболѣе подходящее изъ нихъ есть 40—50 % растворъ молочной кислоты. Кромѣ того примѣняютъ растворы бертолетовой соли, танина, борной кислоты, квасцовъ и т. д. При продолжительности болѣзни и сильныхъ страданіяхъ, переносимыхъ больными, приходится довольно часто мѣнять лекарствъ. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ, если пріемъ пищи причиняетъ слишкомъ сильныя боли, приходится при-

бѣгать къ наружному примѣненію растворовъ кокаина съ необходимыми предосторожностями или къ морфію, или даже къ временному искусственному кормленію больныхъ черезъ прямую кишку. Что при мѣстномъ леченіи вообще не слѣдуетъ запускать и общаго состоянія больныхъ, понятно само собою.

22. Волчанка языка.

Изъ многихъ частей полости рта языкъ сравнительно рѣже всѣхъ заболѣваетъ волчанкой, какъ осложненіемъ волчанки наружныхъ покрововъ, или безъ нея. Болѣзнь эта на языкѣ очень рѣдко наблюдается, потому что она обыкновенно не причиняетъ больному почти никакихъ страданій; начало ея на языкѣ характеризуется появленіемъ очень маленькихъ узелковъ величиною едва въ просыное зерно, желтоватаго или насыщенно-желтаго цвѣта, тѣсно сидящихъ другъ возлѣ друга на покраснѣвшей слизистой оболочкѣ. Излюбленнымъ мѣстоположеніемъ этихъ узелковъ служитъ задняя часть языка, область мѣшеччатыхъ железъ и складки, идущія отъ языка къ надгортаннику. Подобно всѣмъ образованіямъ слизистой оболочки языка и эти узелки послѣ кратковременнаго существованія теряютъ свой первоначальный видъ: эпителиальный покровъ ихъ спадаетъ и образуются маленькія, плоскія, поверхностныя изъязвленія. Такъ какъ отдѣльные узелки, какъ уже сказано, сидятъ близко другъ къ другу, то образующіяся изъ нихъ маленькія язвочки сливаются въ одну большую и глубокую язву съ тонкими, подрытыми, неправильной формы краями, дно которой покрыто слоемъ жидкаго гноя. По краямъ подобной язвы довольно часто видно еще образованіе ея изъ узелка, такъ какъ подобныя же узелки, отчасти еще сохранившіеся, отчасти уже изъязвленные или слившіеся въ одну большую или меньшую язвочку, существуютъ въ окрестности первоначальныхъ язвъ. Иногда отдѣльные части язвы или вся она зарубцовывается, въ то время какъ на другихъ мѣстахъ процессъ прогрессируетъ дальше. Для волчанки языка вообще характерно то, что различные стадіи болѣзни почти всегда можно наблюдать одновременно. Вполнѣ развившаяся уже язва совершенно похожа на описанную въ предыдущей главѣ туберкулезную язву, образовавшуюся изъ туберкуломы. Сосѣднія лимфатическія железы почти во всѣхъ случаяхъ принимаютъ участіе въ болѣзни. Участіе это выражается умѣреннымъ опуханіемъ железъ, лежащихъ подъ подбородкомъ и подъ угломъ нижней челюсти. Волчанка языка въ большинствѣ случаевъ сопровождается волчанкой на другихъ частяхъ полости рта. Теченіе ея хроническое и часто длится много лѣтъ. Улучшенія и даже частичныя заживленія постоянно смѣняются ухудшеніями. Соответственно заболѣванію наружныхъ покрововъ, болѣзнь большей частью начинается въ юношескомъ возрастѣ, въ особенности въ періодъ полового развитія, но иногда она появляется лишь въ четвертомъ десятилѣтіи жизни. Что касается распознаванія болѣзни, то оно никакихъ затрудненій не представляетъ, если болѣзнь, какъ это обыкно-

венно бываетъ, сопровождается волчанкой наружныхъ покрововъ. Въ противномъ случаѣ вѣрнаго діагноза вообще поставить невозможно, такъ какъ видъ волчаночной язвы, какъ уже сказано, почти не отличается отъ настоящей туберкулезной язвы, не говоря уже о томъ, что обѣ болѣзни, какъ извѣстно, вызываются одной и той-же причиной. Леченіе волчаночной язвы языка можетъ быть только оперативнымъ и въ главныхъ чертахъ соответствуетъ леченію туберкулеза языка, подробно описанному въ предыдущей главѣ.

VIII. Языкъ при болѣзняхъ желудка и кишекъ.

Относительно значенія и важности патологическихъ измѣненій языка при желудочно-кишечныхъ заболѣваніяхъ мнѣнія различныхъ авторовъ расходятся гораздо больше, чѣмъ въ какой-либо другой отрасли медицины. Въ прежнія времена, какъ мы уже упомянули при описаніи способовъ изслѣдованія языка, нисколько не сомнѣвались, что поверхность языка есть вѣрное отраженіе извѣстныхъ заболѣваній пищеварительнаго аппарата, и считали измѣненія этого органа важнымъ діагностическимъ средствомъ. Насколько это мнѣніе было вкоренено въ свое время, доказываетъ то, что и по сихъ поръ еще въ публикѣ виду языка при упомянутыхъ болѣзняхъ придается столь большое значеніе, что довольно часто больной безъ всякаго требованія изслѣдующаго его врача показываетъ ему языкъ и иногда находитъ совершенно непонятнымъ, что врачъ не соглашается съ его высокимъ мнѣніемъ о важности вида языка. Въ настоящее время взгляды эти хотя и очень измѣнились, но настолько еще расходятся, что очень трудно дать вѣрное описаніе соотношеній языка къ заболѣваніямъ пищеварительнаго аппарата. Въ послѣдующемъ мы прежде всего опишемъ видъ языка *resp.* измѣненія его при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ желудка и кишекъ, а затѣмъ покажемъ, насколько они важны.

I. Катарръ желудка. *Catarrhus gastricus. Gastritis.*

1. Простой, острый катарръ желудка.

Простой, острый гастритъ, который появляется отчасти первично, отчасти послѣдовательно при другихъ заболѣваніяхъ и можетъ быть вызванъ самыми различными механическими, химическими и термическими раздраженіями слизистой оболочки желудка, сопровождается, какъ извѣстно, цѣлымъ рядомъ субъективныхъ явленій, какъ отсутствіе аппетита, тошнота, отрыжка, рвота и непріятное чувство давленія въ области желудка. Объективно при этомъ можно замѣтить очень мало. Только языкъ составляетъ исключеніе въ этомъ отношеніи. Почти во всѣхъ случаяхъ послѣдній болѣе или менѣе опухаетъ, часто настолько, что на немъ ясно выступаютъ отпечатки зубовъ, въ особенности на свободныхъ краяхъ его. Языкъ покрытъ грязнымъ, толстымъ, сѣрымъ налетомъ, который почти всегда занимаетъ всю поверхность его, а иногда оставляетъ свободнымъ

его кончикъ и отчасти и края. Главная масса этого налета состоитъ изъ тягучей слизи, которая, смотря по принятой пищѣ, имѣетъ различную окраску. При этомъ почти всегда существуетъ сильный запахъ изо рта. При обратномъ развитіи болѣзни налетъ и припухлость понемногу исчезаютъ и языкъ опять получаетъ свой нормальный видъ. Одновременно появляется и аппетитъ; гнилостный, отчасти также кисловатый до того вкусъ во рту исчезаетъ и становится нормальнымъ. При остромъ гастритѣ, сопровождающемся лихорадкой, измѣненія на языкѣ такія же. — Что касается частоты описанныхъ измѣненій языка при остромъ гастритѣ, то Müller ¹⁾ нашелъ ихъ въ 82% всѣхъ случаевъ. Въ виду того, что патологическое состояніе слизистой оболочки языка съ минованіемъ гастрита тоже исчезаетъ, то въ терапевтическомъ отношеніи едва-ли приходится что-либо дѣлать кромѣ развѣ механическаго удаленія грязнаго налета въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ причиняетъ особенныя неудобства.

2. Тяжелый, острый или токсическій катарръ желудка.

Въ противоположность только что описаннымъ явленіямъ простого остраго гастрита мы при нѣкоторыхъ, тяжелыхъ, острыхъ катаррахъ слизистой оболочки желудка видимъ гораздо болѣе тяжелые симптомы. Такой тяжелый, острый катарръ желудка обуславливается большей частью воздѣйствіемъ одного изъ многочисленныхъ токсическихъ веществъ. Чаще всего, однако, причиной бываютъ минеральныя кислоты и ѣдкія щелочи. Здѣсь насъ, конечно, интересуютъ только симптомы со стороны языка, вызываемые отравленіями. Давно извѣстенъ фактъ, что во многихъ случаяхъ отравленія щелочами или кислотами языкъ очень мало или вовсе не поражается, а что гораздо больше при этомъ страдаютъ задняя часть полости рта и въ особенности дужки. Происходитъ это просто потому, что при выпиваніи и въ особенности при быстромъ вливаніи жидкостей въ ротъ, послѣднія часто вовсе не приходятъ въ соприкосновеніе съ языкомъ. Если же онѣ все-таки затрагиваютъ языкъ, то на поверхности его наблюдаются самыя различныя измѣненія, зависящія, конечно, отъ продолжительности воздѣйствія яда. Разсмотримъ сначала минеральныя кислоты и ихъ вліяніе на языкъ. Сравнительно часты отравленія сѣрной кислотой. Непосредственнымъ послѣдствіемъ ихъ является сильное мѣстное прижиганіе всей полости рта и языка. Поверхность послѣдняго становится бѣлой, гладкой и блестящей, но иногда и черной, въ особенности въ тяжелыхъ случаяхъ. Впослѣдствіи языкъ болѣе или менѣе опухаетъ и на немъ развиваются язвы, часто поражающія всю поверхность языка и причиняющія больному страшныя боли въ особенности при глотаніи, жеваніи и разговорѣ. Если больной не умираетъ, то омертвѣвшія части ткани впослѣдствіи понемногу отпадаютъ и оставляютъ иногда до-

¹⁾ Müller, Johannes, Ueber den Zungenbelag bei Gesunden und Kranken. Münch. med. Woch. 1900. № 33.

вольно обширныя рубцы. Страданія больныхъ стараются по возможности облегчить кусочками льда и дезинфицирующими полосканіями.

При отравленіи азотной кислотой явленія со стороны языка такія же. Опухшій языкъ имѣетъ при этомъ большей частью желтоватую окраску, которая иногда замѣтна и на углахъ рта. Поверхность языка мягка и разрыхлена, такъ что ее можно соскоблить. При отравленіи соляной кислотой языкъ умеренно опухаетъ, бѣловатаго цвѣта, иногда также сухъ и мѣстами лишенъ слизистой оболочки. Отравленіе карболовой кислотой также вызываетъ прижиганіе поверхности языка, послѣдствіемъ котораго бываютъ трещины бѣловатаго, а при долгомъ существованіи иногда и аспиднаго цвѣта. Прижженная слизистая оболочка становится вслѣдствіе этого неэластичной и на-ощупъ тверда, какъ дубленая. При отравленіи щавелевой кислотой мѣстныя явленія не столь сильны, какъ при упомянутыхъ до сихъ поръ кислотахъ. Языкъ также опухаетъ и обыкновенно покрытъ толстымъ, бѣловато-сѣрымъ налетомъ. — Оставимъ теперь кислоты и перейдемъ къ щелочнымъ ядамъ. Амміакъ, принятый въ жидкомъ видѣ, вызываетъ на языкѣ интенсивное крупозное воспаленіе. Языкъ становится бѣлымъ, мѣстами лишенъ эпителия и вскорѣ на поверхности его развиваются ссадины и язвы. Иногда на слизистой оболочкѣ его образуются также пузыри. Подобныя же явленія наблюдаются, однако, не только при приѣмѣ жидкаго амміака, но и при вдыханіи паровъ его. Уже при содержаніи во вдыхаемомъ воздухѣ 0,25 амміака на тысячу наблюдаются ожоги слизистой оболочки рта, языка, зѣва и носа. Ёдкіи кали и натрій вызываютъ почти тѣ же симптомы. И при нихъ на бѣловатой, размячечной поверхности языка, которая иногда можетъ быть также коричневой или синева-красной, развиваются язвы. — Очень частое и не менѣе опасное отравленіе сулемой вызываетъ на поверхности языка иногда довольно характерныя явленія. Языкъ въ такихъ случаяхъ выглядит совершенно бѣлымъ и сморщеннымъ.

Въ отравленіи алкоголемъ, а именно въ хроническомъ, языкъ тоже принимаетъ участіе; прежде всего въ немъ появляется такая же атаксія, какъ въ другихъ мышцахъ тѣла. Алкоголики поэтому высовываютъ языкъ изо рта большей частью неумѣло и медленно; при этомъ на немъ замѣчаются дрожанія и подергиванія. Если при этомъ существуетъ еще хроническій катарръ желудка, что бываетъ почти всегда, то на поверхности языка появляются симптомы этой болѣзни, о которыхъ мы подробнѣе будемъ говорить въ слѣдующей главѣ.

Нитробензолъ при болѣе легкихъ отравленіяхъ вызываетъ сильное жженіе во рту и покалываніе въ языкѣ.

Другіе яды, какъ фосфоръ, мышьякъ, синильная кислота, хлористый кали, рядъ растительныхъ ядовъ, какъ скипидаръ, можжевельникъ, безвременникъ, сабинникъ и многіе другіе, хотя тоже вызываютъ сильный, токсическій катарръ желудка, но на языкѣ никакихъ особенныхъ явленій при этомъ не наблюдается. Здѣсь слѣдуетъ, однако, упомянуть еще объ

одномъ животномъ ядѣ, кантаридинѣ. При введеніи въ полость рта самаго кантаридина или другихъ содержащихъ его веществъ всегда появляется сильная жгучая боль на языкѣ, опуханіе его и образованіе пузырей на поверхности его.

О другихъ заболѣваніяхъ слизистой оболочки языка, являющихся послѣдствіемъ приѣма правильно дозированныхъ лекарствъ, мы будемъ говорить потомъ при описаніи кожныхъ болѣзней.

3. Хроническій катарръ желудка.

При хроническомъ катаррѣ желудка, распознаваніе котораго только тогда можетъ считаться вѣрнымъ, когда при примѣненіи всѣхъ новѣйшихъ вспомогательныхъ средствъ, какъ механическихъ, такъ и химическихъ, можетъ быть навѣрно исключено всякое другое заболѣваніе желудка, сопровождающееся диспептическими явленіями, симптомы со стороны языка не столь часты и не столь характерны, какъ при остромъ заболѣваніи. Это доказано *Müller'*омъ при его изслѣдованіяхъ по данному вопросу; въ 200 случаяхъ хроническаго катарра желудка онъ только въ 55% нашелъ налетъ на языкѣ. Картина болѣзни хроническаго катарра желудка въ общемъ, какъ извѣстно, чрезвычайно разнообразна; столь же разнообразны и симптомы со стороны языка. Приблизительно въ половинѣ всѣхъ случаевъ на немъ наблюдается сѣрый, бѣловатый, сѣровато-желтый, иногда также болѣе темный налетъ, занимающій или всю поверхность языка, но часто оставляющій свободными кончикъ и край его, или ограничивающійся однимъ основаніемъ языка, на которомъ тогда ясно, въ видѣ земляники, выступаютъ находящіеся тамъ сосочки (*Ewald*)¹⁾. При этомъ языкъ нерѣдко немного опухаетъ, такъ что на свободныхъ боковыхъ краяхъ его замѣтны оттиски зубовъ. Толстый, темный налетъ наблюдается преимущественно у пьяницъ и страстныхъ курильщиковъ, страдающихъ хроническимъ катарромъ желудка, но это, какъ справедливо указываютъ многіе авторы, можетъ быть, есть скорѣе послѣдствіе существующаго у такихъ больныхъ почти безъ исключенія воспалительнаго состоянія полости рта и зѣва, чѣмъ разсматриваемой нами болѣзни. Въ остальныхъ случаяхъ и въ особенности у женщинъ (*Boas*)²⁾ на языкѣ никакихъ патологическихъ измѣненій не наблюдается; за все время болѣзни онъ остается безъ налета, влажнымъ, гладкимъ, блестящимъ и чистымъ. Въ общемъ при хроническомъ гастритѣ по симптомамъ со стороны языка никакого заключенія относительно характера заболѣванія дѣлать нельзя.

4. Круглая язва желудка. *Ulcus ventriculi simplex. Ulcus rotundum.*

Круглая язва желудка въ большинствѣ случаевъ, если она не осложнена другими болѣзнями желудка, протекаетъ, какъ извѣстно, безъ осо-

бенныхъ диспептическихъ явленій. Пищевареніе, напротивъ, обыкновенно нормальное и нерѣдко даже усиленное. Если допускать связь между явленіями на языкѣ и въ желудкѣ — вопросъ, которымъ мы подробнѣе займемся въ концѣ этой главы, то нормальному пищеваренію при круглой язвѣ желудка вполне соответствуетъ нормальный видъ языка при ней. Языкъ при ней влажный, красный, безъ или съ небольшимъ налетомъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни часто наблюдается желтоватый, болѣе или менѣе толстый, слизистый налетъ, который обыкновенно оставляетъ свободными кончикъ и края языка. Если присоединяется послѣдовательный катарръ желудка, то иногда наблюдается довольно толстый налетъ, покрывающій тогда большей частью весь языкъ. При появленіи болѣе или менѣе сильныхъ кровотеченій это проявляется и на языкѣ, который становится блѣднымъ и влажнымъ. Сухой, сильно обложенный языкъ наблюдается только въ смертельно протекающихъ случаяхъ, незадолго до смерти. Аппетитъ у страдающихъ круглой язвой желудка часто долгое время остается нормальнымъ или почти нормальнымъ, въ случаяхъ же, въ которыхъ послѣдовательный, сопровождающій ее катарръ желудка болѣе или менѣе скрываетъ настоящую картину болѣзни, аппетитъ теряется. Въ этихъ случаяхъ больные довольно часто жалуются и на непріятный вкусъ клейстера, на горькій или кислый вкусъ во рту.

5. Ракъ желудка.

Въ началѣ рака желудка языкъ большей частью имѣетъ нормальный видъ. Только въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, когда появляются болѣшія или меньшія диспептическія явленія, языкъ получаетъ видъ, подробно описанный нами при хроническомъ гастритѣ. Довольно часто, по *Müller'*у въ 35% его случаевъ, на языкѣ вообще никакихъ болѣзненныхъ измѣненій не замѣтно. Если поэтому *Ewald*¹⁾ говоритъ, что толсто обложенный языкъ, въ особенности по утрамъ покрытый плотнымъ, бѣлымъ налетомъ, который трудно соскабливается и тотчасъ опять появляется, можетъ служить типичнымъ признакомъ для отличія отъ язвы желудка, то мы съ этимъ можемъ такъ же мало согласиться, какъ и тѣ авторы, между прочими и *Lebert*, которые необложенный языкъ считаютъ вѣрнымъ признакомъ рака желудка. Несомнѣнно существуетъ цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ языкъ представляетъ описанную *Ewald'*омъ картину, часто, однако, налетъ, покрывающій весь языкъ или оставляющій свободными его кончикъ и край, абсолютно ничего характернаго не представляетъ и столь же часто вообще никакого налета не бываетъ. Иначе, повидимому, дѣло обстоитъ у страдающихъ ракомъ желудка съ составными частями налета языка, если онъ вообще существуетъ. Изъ предыдущихъ главъ мы знаемъ, что налетъ состоитъ изъ единичныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ или массы ихъ, находящихся на верхушкахъ сосочковъ, затѣмъ

¹⁾ C. A. Ewald, Klinik der Verdauungskrankheiten. Часть II. Berlin. 1893.

²⁾ J. Boas, Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 1901. Leipzig.

¹⁾ Ewald, C. A., Klinik der Verdauungskrankheiten. 2-е изд. Berlin. 1893.

изъ лейкоцитовъ, многочисленныхъ нитевидныхъ грибовъ и бактерий и, наконецъ, изъ разнообразныхъ остатковъ пищи. *J. Müller* многочисленными изслѣдованіями доказалъ, что у страдающихъ ракомъ желудка въ налетѣ языка поразительно много лейкоцитовъ. Наши собственныя изслѣдованія вполне подтверждаютъ эти данныя. Чѣмъ этотъ фактъ обуславливается, объяснить очень трудно, и для начала мы должны поэтому довольствоваться однимъ констатированіемъ его. Когда послѣ долгаго существованія рака желудка наступаетъ карциноматозная кахексія, то и языкъ принимаетъ участіе въ измѣненіяхъ всего тѣла; онъ становится поразительно блѣднымъ и узкимъ, но въ большинствѣ случаевъ остается влажнымъ и безъ особеннаго налета.

6. Нервные заболѣванія желудка. Неврозы желудка.

На описаніи нервныхъ заболѣваній желудка мы долго останавливаться не будемъ. Особенно при чувствительныхъ и двигательныхъ формахъ ихъ явленія со стороны языка столь разнообразны и такъ мало характерны, языкъ столь часто вообще никакихъ измѣненій не представляетъ, что описаніе этихъ измѣненій вообще никакого результата бы не дало. Нѣсколько иначе дѣло обстоитъ съ пищеварительными неврозами желудка и главнымъ образомъ съ такъ называемой нервной диспепсией. При послѣдней *J. Müller* въ 68% изслѣдованныхъ имъ случаевъ нашелъ налетъ на языкѣ. Налетъ этотъ, однако, ничего характернаго не представляетъ и въ большинствѣ случаевъ похожъ на налетъ при хроническомъ гастритѣ. Въ особенности нервная диспепсія, нерѣдко встрѣчаемая у невротиковъ, отличается чрезвычайно разнообразной картиной языка. При совершенно отсутствующемъ аппетитѣ языкъ иногда вполне нормальный, въ то время какъ въ другихъ случаяхъ, несмотря на сильно обложенный языкъ, въ особенности въ задней его части, аппетитъ бываетъ вполне удовлетворительнымъ. Наконецъ, слѣдуетъ упомянуть еще объ одномъ относящемся сюда случаѣ, описанномъ *M. Rosenthal*емъ ¹⁾, въ которомъ у больного была нервная диспепсія, развившаяся въ теченіе спинной сухотки. Больной, 52-лѣтній помѣщикъ, кромѣ различныхъ, чисто табетическихъ явленій, страдалъ также анестезіей лѣвой половины рта, въ которой участвовала и лѣвая половина языка. Вкусъ былъ значительно разстроенъ, такъ что большинство пищевыхъ веществъ, кромѣ очень сладкихъ и кислыхъ, казались больному прѣсными и имѣли вкусъ клейстера.

Обозрѣвая теперь все сказанное въ предыдущемъ относительно состоянія языка при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ желудка, мы должны сознаться, что связь между ними въ общемъ не особенно большая. Твердо установленнымъ мы хотя можемъ считать, что картина языка при остромъ гастритѣ почти всегда одна и та же и характерна для болѣзни, но уже

при хроническомъ катаррѣ и еще болѣе при другихъ заболѣваніяхъ желудка, какъ круглая язва, ракъ и неврозы, явленія на языкѣ слишкомъ разнообразны и слишкомъ мало постоянны для того, чтобы ихъ можно было считать принадлежащими къ картинѣ болѣзни или отраженіемъ ея. Намъ остается только указать здѣсь еще разъ на постоянное поразительное увеличеніе числа лейкоцитовъ въ налетѣ языка у больныхъ, страдающихъ ракомъ желудка. Допускать какую-либо параллель между явленіями на языкѣ, съ одной стороны, и извѣстными заболѣваніями желудка съ другой—мы, за исключеніемъ остраго гастрита, совершенно не вправе.

Относительно состоянія языка при болѣе часто встрѣчающихся болѣзняхъ кишекъ, за исключеніемъ уже упомянутой холеры и кроваваго поноса, можно сказать только очень мало. Мы изслѣдовали цѣлый рядъ больныхъ, страдавшихъ запорами и поносами, острыми и хроническими катаррами кишекъ, а также кишечными коликами, и никогда не могли найти какихъ-либо особенныхъ, характерныхъ и постоянныхъ явленій на языкѣ. Одно только, повидимому, несомнѣнно, что во многихъ случаяхъ, въ которыхъ сильно пострадалъ аппетитъ, часто можно было констатировать и сильный налетъ на языкѣ. Существованіе послѣдняго, однако, какъ мы уже это знаемъ изъ предыдущихъ главъ, можетъ быть объяснено механическимъ путемъ. Благодаря недостаточному приему пищи уже и безъ того обыкновенно существующій налетъ недостаточно стирается и вслѣдствіе относительнаго покоя органовъ полости рта имѣетъ возможность все болѣе и болѣе усиливаться.

Въ заключеніе слѣдуетъ еще упомянуть, что при одной болѣзни желудочно-кишечнаго канала, встрѣчающейся только въ тропическихъ странахъ и описываемой подъ именемъ «*aphthae tropicae*», «*sprew*», главную роль играетъ языкъ. Слизистая оболочка его становится шероховатой и ломкой и видъ его настолько характеренъ для данной болѣзни, что *Thin* ¹⁾ предложилъ назвать эту болѣзнь языка особымъ именемъ «*psilosis linguae*».

IX. Языкъ при нѣкоторыхъ кожныхъ болѣзняхъ.

Существуетъ много болѣзней наружныхъ покрововъ, которыя вообще никогда не переходятъ на слизистыя оболочки; другія кожныя болѣзни, напротивъ, поражаютъ слизистую оболочку полости рта такимъ образомъ, что сначала переходятъ на кожу губъ и оттуда въ полость рта, или такъ, что одновременно съ появленіемъ симптомовъ на наружныхъ покровахъ, или еще до нихъ, подобные же симптомы показываются и на слизистой оболочкѣ рта. Въ рѣдкихъ случаяхъ послѣднее можетъ случиться и безъ одновременнаго заболѣванія наружныхъ покрововъ. Самъ языкъ

¹⁾ *M. Rosenthal*, Magen- und Magenkatarrh. Wien und Leipzig. 1886.

¹⁾ *G. Thin*. On a peculiar disease of hot climates. Psilosis linguae. Psilosis mucosae intestini. Practitioner. 1883. XXXI. 3.

только въ исключительныхъ случаяхъ представляетъ собою исходную точку этихъ болѣзней. Случаи же, въ которыхъ это все-таки бываетъ, заслуживаютъ нашего особаго вниманія.

Въ особенности это бываетъ съ тѣми кожными болѣзнями, сыпи которыхъ образуютъ пузыри; эти болѣзни сравнительно часто поражаютъ языкъ.

1. Herpes. Herpes zoster. Impetigo herpetiformis.

Прежде всего разсмотримъ herpes, пузырьчатый лишай. Совѣтъ нерѣдко всѣмъ извѣстный herpes labialis или facialis сопровождается высыпаніемъ пузырьковъ на слизистой оболочкѣ рта и языка, въ особенности на корнѣ его. Въ такихъ случаяхъ на покрасѣвшей слизистой оболочкѣ развиваются группы близко другъ къ другу стоящихъ или отдѣльныхъ, совершенно прозрачныхъ пузырьковъ величиною въ булавочную головку или немного больше, которые, однако, благодаря нѣжному, тонкому эпителиальному покрову и постоянному воздѣйствію слюны, очень скоро теряютъ характеръ пузырьковъ; эпителиальный покровъ ихъ мацерируется и образуются поверхностныя, маленькія ссадины или круглыя, желтоватыя язвочки, которыя скоро покрываются новой слизистой оболочкой и заживаютъ. Этотъ herpes иногда встрѣчается у совершенно здоровыхъ людей, чаще, однако, у лицъ, страдающихъ лихорадочными желудочно-кишечными катаррами или вообще лихорадочными болѣзнями, въ особенности воспаленіемъ легкихъ. Онъ наблюдается также при перемежающейся лихорадкѣ, рѣдко, напротивъ, при тифѣ. Кромѣ того, онъ встрѣчается у страстныхъ курильщиковъ, послѣ инъекцій туберкулина, послѣ приема различныхъ лекарствъ, въ особенности антипирина. *Kluk-Kluczycki*¹⁾ въ одномъ случаѣ изслѣдовалъ содержимое пузырьковъ герпеса, появившихся на языкѣ во время воспаленія легкихъ. При этомъ найдены были лейкоциты, эпителиальныя клѣтки и въ разводкахъ на агарѣ *staphylococcus pyogenes aureus*.

Распознаваніе пузырьчатого лишая слизистой оболочки языка въ особенности облегчается часто сопровождающимъ его герпесомъ на лицѣ, губахъ и т. д. Лечение болѣзни обыкновенно излишне; для облегченія уже безъ того незначительныхъ болей можно назначать глотаніе кусочковъ льда.

Слизистая оболочка языка иногда принимаетъ участіе и при herpes zoster лица. Характерно для herpes zoster языка есть то, что онъ, какъ и на всѣхъ другихъ частяхъ тѣла, на которыхъ появляется эта своеобразная болѣзь, распространяющаяся по ходу чувствительныхъ нервовъ, за весьма рѣдкими исключеніями, поражаетъ только одну половину языка. И при этой болѣзни на покрасѣвшей слизистой оболочкѣ развиваются вышеописанные пузырьки, величина которыхъ, однако, большей частью

нѣсколько большая, но и они вскорѣ теряютъ характеръ пузырьковъ. Другой характерный моментъ для герпеса языка суть его частые рецидивы и частое появленіе невралгическихъ болей, въ то время какъ простой герпесъ всегда протекаетъ безъ всякихъ страданій. Общее состояніе большей частью мало страдаетъ, хотя иногда и бываютъ небольшія повышенія температуры. Въ рѣдкихъ случаяхъ болѣзь появляется и безъ предшествующаго заболѣванія лица.

Распознаваніе болѣзни, если она является только осложненіемъ zosteris facialis, легко. Если же она появляется на языкѣ первично, то діагнозъ можетъ быть поставленъ безъ особаго труда на основаніи односторонняго появленія пузырьковъ или образованія существующихъ ссадинъ изъ пузырьковъ.

И здѣсь можно обойтись безъ всякаго терапевтическаго вмѣшательства; при желаніи можно назначать легкія антисептическія полосканія. Прижиганія ссадинъ ляписомъ или другими прижигающими средствами неумѣстны, такъ какъ они нисколько не ускоряютъ уже безъ того довольно быстрого хода болѣзни.

Гораздо рѣже описанныхъ формъ герпеса на слизистой оболочкѣ рта и языка наблюдается болѣзь, которую *Hebra* назвалъ impetigo herpetiformis. Болѣзь эта характеризуется появленіемъ кругами расположенныхъ гнойничковъ величиною отъ просіянаго зерна до горошины. Они образуются въ эпидермисѣ и по заживленіи никакихъ рубцовъ поэтому не оставляютъ. Гнойнички большей частью прежде всего образуются вблизи половыхъ органовъ и на внутренней поверхности бедеръ и въ тяжелыхъ случаяхъ могутъ распространиться по всему тѣлу. При этомъ иногда образуются подобные же гнойнички и на слизистой оболочкѣ языка. Болѣзь обыкновенно сопровождается сильной лихорадкой и ознобами, къ которымъ могутъ присоединяться и клоническія судороги. Предсказаніе дурное, такъ какъ болѣзь почти всегда черезъ нѣсколько недѣль кончается смертью.

2. Erythema exsudativum multiforme. Лекарственные сыпи и другія болѣзни, вызываемыя химическими средствами.

Erythema exsudativum multiforme иногда тоже наблюдается на слизистой оболочкѣ языка. На послѣднемъ, какъ и на лицѣ, благодаря нѣжному покрову, образуются пузырьчатые формы сыпи. Существованіе пузырьковъ, однако, очень кратковременное; вслѣдствіе уже упомянутыхъ условій въ полости рта они очень скоро превращаются въ поверхностныя эрозіи, которыя сами по себѣ и при прикосновеніи очень легко кровоточатъ. Распознаваніе болѣзни было бы очень трудно, если бы одновременно съ заболѣваніемъ слизистыхъ оболочекъ не было характерныхъ явленій эритемы на наружныхъ покровахъ. Распознаваніе еще болѣе облегчается, если при рецидивахъ одновременно снова заболѣваетъ слизистая оболочка языка. Лечение чисто выжидательное. Особенно интересный типъ этой

¹⁾ *Kluk-Kluczycki*, Ueber eine seltene Localisation des Herpes im Verlaufe der croupösen Pneumonie. Wien. med. Wochenschr. 1899. № 51.

болѣзни описанъ *O. Rosenthal* ¹⁾. У нѣсколькихъ больныхъ среднихъ лѣтъ онъ многократно наблюдалъ одновременное появленіе пузырчатой сыпи въ полости рта, и въ особенности на слизистой оболочкѣ языка, и на половыхъ органахъ. На послѣднихъ пузыри локализовались преимущественно на *glans penis*, на внутреннемъ листкѣ крайней плоти и на мошонкѣ. Нигдѣ на наружныхъ покровахъ подобныхъ явленій не было; въ рѣдкихъ случаяхъ, напротивъ, такіе же пузыри встрѣчались на слизистой оболочкѣ носа и задняго прохода. Боли во рту были только незначительныя и то только при ѣдѣ и разговорѣ. Боли эти исчезали одновременно съ обратнымъ развитіемъ сыпи во рту, какъ и на другихъ упомянутыхъ частяхъ тѣла, безъ всякаго особаго леченія. Интересно также, что въ каждомъ случаѣ черезъ болѣе или менѣе короткое время появлялись возвраты (хроническій рецидивирующій *herpes* слизистой оболочки рта (?), *Flatau*) ²⁾.

Къ эритемѣ примыкаетъ также цѣлый рядъ болѣзней кожи и слизистыхъ оболочекъ, появляющихся послѣ внутренняго или подкожнаго примѣненія нѣкоторыхъ лекарствъ и называемыхъ поэтому лекарственными сыпями. Чѣмъ вызывается это непонятное явленіе и почему оно наблюдается только у нѣкоторыхъ лицъ, а у большинства, напротивъ, не наступаетъ, мы не знаемъ. Такъ называемая идиосинкразія есть только вынужденное объясненіе.

Большинство лекарственныхъ сыпей поражаетъ только наружные покровы и большей частью въ видѣ эритемы, но иногда и въ видѣ экземы, угрей и т. д. Слизистыя оболочки заболѣваютъ только очень рѣдко; чаще всего это наблюдалось при антипиринѣ. *Caspary* и *Joseph* ³⁾ наблюдали послѣ приема этого средства опуханіе языка, губъ, вѣкъ и полового члена. На опухшей слизистой оболочкѣ языка черезъ нѣсколько часовъ развивались пузырьки на сильно покрасѣвшемъ основаніи. Пузырьки вскорѣ лопались, оставляя послѣ себя язвочки, которыя вызвали сильныя боли и заживали лишь чрезъ 1—2 недѣли. Подобное же наблюденіе сдѣлалъ и *Mikulicz*; оно интересно и въ томъ отношеніи, что многократно наблюдалось у одного и того же пациента послѣ приема антипирина. Подобныя же явленія, хотя и очень рѣдко, могутъ наступать послѣ приема салициловыхъ препаратовъ, хинина и фенацетина.

Здѣсь слѣдуетъ упомянуть и о нѣкоторыхъ другихъ, хотя и не совсемъ сюда относящихся, измѣненіяхъ на языкѣ, могущихъ появиться послѣ приема различныхъ лекарствъ. Послѣ приема *plumbi acetici*, охотно, какъ извѣстно, назначаемого противъ кровохарканія, иногда наблюдается опуханіе языка, на поверхности котораго тогда появляется толстый, сли-

зистый налетъ. При этомъ существуетъ сильная сухость во рту и вызываемая ею сильная жажда. Это тѣ же явленія, которыя вообще наблюдаются при отравленіи свинцомъ.

Гораздо, однако, серьезнѣе и важнѣе суть явленія на языкѣ, могущія появиться послѣ примѣненія различныхъ соединений ртути внутрь или въ видѣ втираній, инъекцій или вдыханій. Прежде всего при этомъ можетъ появиться *stomatitis mercurialis necroticans*, при которой языкъ принимаетъ довольно большое участіе. Болѣзнь почти во всѣхъ случаяхъ, начинается постепенно. Больные обыкновенно нѣсколько дней передъ тѣмъ страдаютъ непріятнымъ чувствомъ сухости во рту и жалуются на металлическій вкусъ въ послѣднемъ; затѣмъ слизистая оболочка рта и языка начинаетъ сильно краснѣть и опухать. При обильномъ слюнотеченіи опухоль въ слѣдующіе дни еще болѣе усиливается, краснота же все болѣе и болѣе уменьшается, а слизистая оболочка покрывается бѣловато-сѣрыми бляшками. Послѣднія появляются преимущественно на свободныхъ краяхъ языка и не особенно крѣпко сидятъ на нихъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни появляются изъязвленія. Опухоль языка постепенно усиливается и можетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ дойти до того, что языкъ не находитъ себѣ больше достаточно мѣста во рту и показывается между зубами. На краяхъ его, на которыхъ находились вышеупомянутыя бляшки, теперь развиваются сначала только очень поверхностныя язвы съ сѣровато-бѣлымъ дномъ. Подобныя же язвы иногда наблюдаются и на уздечкѣ языка. При все усиливающемся слюнотеченіи—количество продуцируемой слюны, содержащей много муцина и бѣлка, можетъ дойти даже до болѣе 5 литровъ въ день—появляется очень характерная, отвратительная вонь изо рта. Слюнныя железы въ это время часто опухши и болѣе или менѣе чувствительны къ давленію. Язвы почти всегда быстро увеличиваются, но обыкновенно только мало проникаютъ въ глубину. Онѣ окружены краснымъ воспалительнымъ ободкомъ. Иногда нѣсколько соседнихъ язвъ сливаются въ большія язвенныя желтоватыя поверхности. Чрезъ сравнительно короткое время, приблизительно черезъ 7—8 дней, язвы заживаютъ и оставляютъ только временныя, плоскіе, бѣловатые рубцы. Слюнотеченіе уменьшается, вонь, опухоль и краснота все болѣе и болѣе исчезаютъ. Что во время наивысшаго развитія болѣзни функція языка вслѣдствіе его опуханія должна быть сильно затруднена, понятно само собою. Жеваніе, глотаніе и разговоръ большей частью тоже сильно затруднены, а вкусъ почти потерянъ.

Не всегда, однако, явленія столь тяжелаго характера, какъ только что описанныя. Въ болѣе легкихъ случаяхъ они, напротивъ, ограничиваются незначительнымъ опуханіемъ и краснотой языка безъ особаго расстройства дѣятельности его. Съ другой стороны, къ счастью только очень рѣдко, встрѣчаются и гораздо болѣе тяжелыя формы, могущія вести къ некрозу частей слизистой оболочки и глубже лежащихъ тканей, къ разрушенію всего языка или частей его и даже къ некрозу челюстей.

¹⁾ *O. Rosenthal*, V. Congress der deutschen dermatologischen Gesellschaft. Graz 1895, стр. 34 и IV. Congress der deutschen dermatolog. Gesellsch., стр. 566.

²⁾ *Flatau*, Deutsche med. Wochenschrift. 1891.

³⁾ *Max Joseph*, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1898. Leipzig. Georg Thieme.

Заживленіе столь тяжелыхъ измѣненій тканей продолжается большей частью 2—4 мѣсяца и еще дольше и навсегда, конечно, оставляетъ иногда довольно сильно обезображивающіе рубцы. Въ настоящее время, какъ уже сказано, подобныя тяжелыя формы меркуріальнаго стоматита чрезвычайно рѣдки, но прежде, когда еще полагали, что появленіе воспаленія рта съ по возможности сильнымъ слюнотеченіемъ при антисифилитическомъ леченіи не только желательно, но и абсолютно необходимо для выздоровленія, ихъ наблюдали гораздо чаще. При хронической формѣ меркуріальнаго стоматита, столь часто наблюдающагося у рабочихъ, имѣющихъ дѣло съ ртутью, какъ у занимающихся накладкой ртути на зеркальныя стекла, золоченіемъ, бронзиривкой, приготовленіемъ лампочекъ накаливанія и т. д., языкъ очень мало или вовсе не имѣетъ значенія. При очень острыхъ отравленіяхъ вслѣдствіе однократныхъ большихъ приѣмовъ ртути можетъ, напротивъ, развиться столь внезапное и сильное опуханіе языка, что вызываетъ опасность задушенія. Заниматься описаніемъ другихъ общихъ явленій отравленія ртутью здѣсь не мѣсто.

Распознаваніе меркуріальныхъ измѣненій на слизистой оболочкѣ языка не представляетъ никакихъ затрудненій, въ особенности если доказано употребленіе ртутнаго препарата или возможность вдыханія паровъ этого металла. Въ противномъ случаѣ могутъ быть, конечно, смѣшенія съ простымъ язвеннымъ стоматитомъ, симптомы котораго въ общемъ очень похожи на симптомы меркуріальнаго стоматита.

Что касается леченія, то прежде всего, конечно, необходимо устранить причину воспаленія, т. е. ртуть. Довольно часто, однако, приходится, несмотря на выраженныя явленія во рту, не прерывать разъ начатаго леченія. Въ подобныхъ случаяхъ, прежде всего, необходимо позаботиться объ особенно хорошемъ и достаточномъ уходѣ за полостью рта, что, конечно, слѣдуетъ дѣлать уже съ профилактической цѣлью. Но здѣсь обыкновенно недостаточно простыхъ полосканій рта какими-либо дезинфицирующими жидкостями (лучше всего дѣйствуетъ $\frac{1}{4}\%$ растворъ сулемы или 2—3 % растворъ перекиси водорода) и тщательной чистки зубовъ послѣ каждаяго приѣма пищи, а часто приходится прибѣгать къ прополаскиваніямъ рта при помощи ирригатора, такъ какъ больные вслѣдствіе довольно сильныхъ болей необходимой очистки часто совсѣмъ не производятъ или по крайней мѣрѣ запускаютъ. Цѣлесообразно назначать также внутрь 2 % растворъ бертолетовой соли, черезъ 2 часа по столовой ложкѣ. Сами язвы можно прижигать крѣпкимъ растворомъ ляписа, ляписомъ *in substantia* или концентрированнымъ воднымъ растворомъ хромовой кислоты при помощи небольшого куска ваты, крѣпко прижимаемаго на нѣкоторое время къ язвѣ. Несомнѣнно хорошо дѣйствующее, хотя и не наилучшее, средство есть іодоформъ. Его цѣлесообразнѣе всего примѣнять въ видѣ узкихъ полосокъ іодоформной марли, которыя вкладываются между языкомъ и деснами и оставляются тамъ на 24 часа; можно также смазывать язвы, если онѣ не лежатъ на самомъ краю языка, какъ это

почти всегда бываетъ, іодоформной кашицей. При сильномъ опуханіи языка обыкновенно приходится прерывать ртутное леченіе. Что при всемъ этомъ приходится заботиться объ общемъ состояніи и поддержкѣ силъ больныхъ укрѣпляющими средствами и цѣлесообразнымъ питаніемъ, понятно само собою.

Диагнозъ лекарственной сыпи на слизистой оболочкѣ языка ставить не легко, въ особенности, когда ничего не извѣстно о приѣмѣ лекарства, напр. антипирина, которымъ больные, какъ извѣстно, часто пользуются безъ совѣта врача. О какомъ-нибудь леченіи и рѣчи быть не можетъ, такъ какъ съ прекращеніемъ лекарства исчезаютъ и сыпи.

Здѣсь, можетъ быть, какъ-разъ мѣсто вкратцѣ указать на то, что вслѣдствіе приѣма лекарствъ, а также окрашивающихъ пищевыхъ или вкусовыхъ веществъ на поверхности языка нерѣдко появляются измѣненія въ видѣ различныхъ окрашиваній его. При приѣмѣ нѣкоторыхъ препаратовъ желѣза или послѣ употребленія краснаго вина, черныхъ вишенъ, тутовыхъ ягодъ и т. д., языкъ, какъ извѣстно, окрашивается въ черный цвѣтъ. Табакъ, свѣжіе орѣхи и *radix liquiritiae* окрашиваютъ его въ темнокоричневый цвѣтъ, шоколадъ и какао—въ темнокрасный, шафранъ и ревень—въ желтый и, наконецъ, Кизлярская марена, хинная корка, малина и красныя вишни—въ краевый. Другія, часто встрѣчающіяся окрашиванія языка послѣ употребленія лекарствъ описаны въ другомъ мѣстѣ.

3. Pemphigus.

Другая кожная болѣзнь, сопровождающаяся образованіемъ пузырьковъ, есть pemphigus. При ней, а именно при ея острой формѣ, которая подобно инфекціонной болѣзни протекаетъ со значительными лихорадочными явленіями, слизистая оболочка языка тоже принимаетъ участіе въ болѣзни. Одновременно съ появленіемъ совершенно прозрачныхъ пузырей, могущихъ достигнуть величины куриного яйца и образующихся на неправильныхъ, возвышенныхъ, красныхъ пятнахъ наружныхъ покрововъ, образуются такіе же, только нѣсколько меньшіе пузыри и на языкѣ. Какъ и всѣ образующіеся тамъ пузыри и эти вскорѣ превращаются въ эрозии, покрытыя гнойнымъ налетомъ и легко кровоточащія. Къ этому присоединяется еще очень обильное слюнотеченіе и пронзительный дурной запахъ изо рта. Довольно часто на поверхности языка дѣло вообще не доходитъ до образованія пузырей, а развиваются эрозии на образовавшихся вслѣдствіе помутнѣнія эпителия налетахъ. Эрозии въ среднемъ имѣютъ величину пятифенниговой монеты, но могутъ вслѣдствіе сліянія различныхъ мѣстъ получить еще болѣе обширную величину. Эрозии и иногда образующіяся изъ нихъ трещины вызываютъ сильныя боли и вслѣдствіе этого довольно сильно мѣшаютъ функціямъ языка. Нерѣдко происходитъ нѣсколько новыхъ высыпаній. Нѣкоторые авторы, между ними

и *Menzel* ¹⁾), вообще отрицают существование пемфигуса слизистых оболочек без образования пузырей.

Распознавание пемфигуса языка облегчается одновременным появлением сыпи на наружных покровах. Лечение местного заболевания слизистой оболочки в виду серьезности и тяжести общего заболевания излишне. Для облегчения довольно сильных болей целесообразно назначать глотание кусочков льда. С той же целью можно производить и смазывания слизистой оболочки 3—5 % раствором кокаина.

Другая форма пемфигуса, *pemphigus vulgaris*, тоже вызывает сыпь на слизистой оболочке языка. Сыпь эта во всех отношениях похожа на вышеописанную, хотя боли иногда и не столь сильны. Течение болезни, напротив, гораздо более легкое, чем при остром пемфигусе. Иногда можно также наблюдать пемфигус в полости рта и на языке у людей, которые некоторое время перед тем страдали пемфигусом наружных покровов, но во время заболевания слизистой оболочки имеют какую-нибудь другую кожную болезнь. Подобный случай демонстрировал *Alexander* в заседании Берлинского ларингологического Общества 11 мая 1900 г. В случае этом у 17-летнего художника на мягком небе, миндалинах, задней стенке глотки, надгортанике, корнях языка и на других местах имелись вышеописанные налеты, к которым потом присоединился выраженный пузырь на твердом небе. Одновременно больной страдал и аспе некротическая. Лечение состояло в назначении мышьяка и дало большое улучшение.

4. Lichen.

Из других кожных болезней преимущественно при лишае нередко появляется сыпь на языке. Lichen, как известно, состоит в появлении плотных узелков, которые обладают свойством никогда не превращаться в другие формы, как пузырьки, гнойнички и т. д. Здесь нас интересует преимущественно одна болезнь этой группы, называемая красным плоским лишаем (*lichen ruber planus*). Одновременно с появлением сыпи на коже или еще до нея на слизистой оболочке языка появляются сферовато-белые узелки величиною от булавочной головки до чечевицы, которые часто расположены группами и иногда параллельно краям языка. *Kaposi* наблюдал *lichen ruber planus* в виде твердых, точечнообразно и трещинообразно расщепляющихся, сферовато-серебристых бляшек. Такую же форму болезни описали французские авторы, как *Hallopeau* ²⁾, *Dubreuilh* и *Frèche* ³⁾. Субъективных симптомов они никогда не вызвали. Иногда эти узелки остаются дольше, чем забо-

левание наружных покровов. В редких случаях они даже появляются без поражения кожи. Распознавание болезни не представляет никаких затруднений только в тех случаях, в которых она только сопровождается *lichen ruber planus* наружных покровов. В противном случае болезнь можно легко смешать с папулезным сифилидом. Однако, при более точном наблюдении за ходом болезни подобных смешений можно избежать, так как при сифилиде через короткое время всегда появляются другие симптомы, в особенности *plaques muqueuses* на миндалинах, дужках и на слизистой оболочке других частей полости рта и глотки. При лечении *lichenis rubri plani* главную роль играет мышьяк. Как на кожу, так и на слизистую оболочку языка средство это всегда оказывает благоприятное влияние. Мышьяк можно назначать внутрь и подкожно. Для внутреннего употребления мышьяк лучше всего назначать в пилюлах по следующей формуле:

Rp. Acidi arsenicosi 0,5
Pulv. piper. nigr. 5,0
Gummi arab. 1,0
Aq. destillat. q. s. ut fiant pilulae № 100.

Для подкожных инъекций, напротив, с наибольшим успехом применяется *natrium arsenicosum*. Тем или другим способом большей частью удается достигнуть цели; если, однако, хотят применить и местное лечение, то сыпь на слизистой оболочке языка можно прижигать 1 % раствором сулемы. Необходимо оно, однако, только в редких случаях, так как болезнь языка, как мы уже упомянули, почти всегда протекает без болей.

Другой вид *lichenis rubri plani*, который иногда может встречаться у того же субъекта, есть *lichen ruber acuminatus*. При этой болезни узелки конической формы, твердой консистенции и темнокрасного цвета. На поверхности каждого узелка, соответственно выводному отверстию волосяного мешочка, видна ярко-блестящая чешуйка. И этот род *lichenis* иногда появляется на поверхности языка, сыпь, однако, выглядит там совершенно иначе, чем только что описанная на наружных покровах. Появляется она на языке очень редко. На слизистой оболочке языка тогда видны большей частью кругловатые эрозии на синевато-красном основании, окруженные беловатым ободком. Интересно и важно то, что сыпь на слизистой оболочке довольно сильно зудит и этим так же беспокоит больных, как сыпь на наружных покровах.

5. Другия кожные болезни, реже проявляющиеся на языке.

При некоторых других кожных болезнях поражение слизистой оболочки языка встречается столь редко, что подобные случаи заслуживают быть описанными собственно только как редкости. Сюда, напр., относится *sclerodermia* — та редкая болезнь кожи, при которой более или менее обширные части ее после предварительной гипертрофии (*stadium*

¹⁾ *Menzel* (Wien), *Pemphigus der oberen Luftwege*. Wien. klin. Wochenschr. 1898, № 49.

²⁾ *H. Hallopeau*, *Nouveau cas de lichen plan buccal en pains à cacheter et en stries étoilées*. Soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. 1897. 11 февр.

³⁾ *Dubreuilh et Frèche*, *Du lichen plan isolé de la bouche*. Там же 1897. 26 апр.

elevatum) переходят въ атрофію (*stadium atrophicum*), все болѣе утончаются и, наконецъ, получаютъ видъ рубцовъ. Явленія эти могутъ перейти и на слизистыя оболочки, между прочимъ и языка, на которомъ тогда появляются лентообразныя, стянута полосы, вслѣдствіе которыхъ страдаетъ и подвижность языка.

При всѣмъ извѣстной пятнистой Верльгофовой болѣзни иногда наблюдали небольшія кровоизліянія и подъ слизистую оболочку языка. Подобныя же явленія наблюдаются и при цынгѣ, которая, по мнѣнію многихъ авторовъ отличается отъ первой только по степени тяжести заболѣванія. И при *purpura haemorrhagica* иногда констатированы были кровоизліянія въ слизистую оболочку языка. Они почти всегда длятся очень долго и оставляютъ за собою коричневыя или темножелтыя пятна, которыя тоже можно видѣть долгое время. Кровяныя пятна болѣе частью распознать не трудно, легче всего, конечно, тогда, когда другіе симптомы на кожѣ и слизистыхъ оболочкахъ указываютъ на опредѣленную, связанную съ кровоизліяніями болѣзнь.

Затѣмъ слѣдуетъ упомянуть о *lupus erythematoses*. Болѣзнь эта сопровождается атрофіей кожи; характерную сыпь ея составляютъ красныя, возвышенныя пятна величиною отъ булавочной головки до горошины, въ центрѣ которыхъ видна небольшая чешуйка. И эта болѣзнь, хотя и очень рѣдко, переходитъ на слизистую оболочку рта и языка.

Приведемъ, наконецъ, и наблюденіе *Mikulicz'a*, больной котораго много лѣтъ страдалъ обширной крапивницей наружныхъ покрововъ. Одновременно съ каждымъ высыпаніемъ на слизистой оболочкѣ корня языка находили ограниченныя, темнокрасныя опуханія, которыя нельзя считать ничѣмъ инымъ, какъ аналогіей крапивницы наружныхъ покрововъ. При той формѣ болѣзни, которая описана подъ именемъ гигантской крапивницы, *Kaposi* ¹⁾ въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдалъ внезапныя сильныя опуханія на кровянисто окрашенномъ языкѣ, что вызывало довольно значительное затрудненіе функцій его при разговорѣ и глотаніи. *Goodale* и *Hewes* ²⁾, наконецъ, сообщаютъ объ одномъ случаѣ изолированной, много лѣтъ существовавшей *urticaria* языка у одного больного, страдавшего одновременно разстройствомъ пищеваренія, повидимому, вслѣдствіе отсутствія соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ.

Встрѣчается-ли когда нибудь на слизистой оболочкѣ языка чешуйчатый лишай (*psoriasis*), который, насколько извѣстно по всѣмъ до сихъ поръ сдѣланнымъ наблюденіямъ, никогда не поражаетъ слизистыхъ оболочекъ, рѣшить трудно. *Lang* наблюдалъ такіе случаи; вѣроятно же всего, однако, что въ этихъ случаяхъ были сѣрыя бляшки у страдавшихъ чешуйчатымъ лишаемъ; бляшки эти, можетъ быть, были сифилитическаго характера или происходили вслѣдствіе неспецифическаго лейкоплакіи языка.

6. Leukoplakia языка.

Описавъ проявляющіяся на языкѣ накожныя болѣзни, перейдемъ теперь къ описанію *leukoplakiae* языка или, какъ она еще называется, *ichthyosis*, *tylosis*, *keratosis linguae*, или лейкомы. Другого очень употребительнаго названія, *psoriasis linguae*, мы не приводимъ потому, что оно должно давать поводъ къ смѣшеніямъ и кромѣ того еще потому, что симптомы на языкѣ имѣютъ очень мало сходства съ симптомами *psoriasis* наружныхъ покрововъ уже въ томъ отношеніи, что при послѣдней измѣненъ главнымъ образомъ эпителий, а сосочковый слой остается нормальнымъ. Но и другія названія, *ichthyosis* и *tylosis linguae*, не даютъ правильнаго представленія объ этой болѣзни. Прежде всего, что касается *ichthyosis*, то подъ этимъ названіемъ, какъ извѣстно, слѣдуетъ понимать болѣзнь кожи, которая, повидимому, врожденная и тогда поражаетъ и железы. Столь же мало подходит и названіе *tylosis linguae*, данное, повидимому, вслѣдствіе нѣкоторой гипертрофіи языка. Напротивъ, названіе «*leukoplakia*», данное *Schwimmer* ³⁾омъ, и многократно употребляемое англичанами названіе «*leukoma linguae*» сдѣлались почти всеобщими. Если *Butlin* говорить, что подъ лейкомой онъ понимаетъ бѣлое помутнѣніе, а подъ лейкоплакіей — бѣлое пятно, то никакой разницы мы въ этомъ не находимъ. Намъ завело бы слишкомъ далеко, если бы мы захотѣли привести здѣсь всѣ когда-либо употреблявшіяся или теперь еще употребляемыя названія и выраженія для этой болѣзни. Сказаннаго, надѣмся, достаточно; одно только мы хотимъ еще замѣтить, что мы придерживаемся *Schwimmer* ³⁾овскаго названія — *leukoplakia* — и ему отдаемъ предпочтеніе передъ другимъ.

Подъ *leukoplakia linguae* понимаютъ появленіе рѣзко ограниченныхъ, бѣлыхъ, мутныхъ пятенъ на слизистой оболочкѣ языка, форма которыхъ различная, и которыя не выдаются или только немного выдаются надъ здоровой поверхностью языка. Они обусловливаются утолщеніемъ эпителия на нѣкоторыхъ мѣстахъ слизистой оболочки языка вслѣдствіе скопленія на отдѣльныхъ частяхъ ороговѣвшихъ поверхностныхъ слоевъ клітокъ. Въ зависимости отъ продолжительности существованія болѣзни видъ пятенъ различный. Сначала они представляютъ нѣжныя, синеовато-бѣлыя пленки, столь тонкія, что черезъ нихъ ясно просвѣчиваетъ лежащая подъ ними красная слизистая оболочка языка.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни пятна эти становятся болѣе толстыми, менѣе прозрачными и получаютъ бѣлый цвѣтъ съ оттѣнкомъ синеваго. Они тогда болѣе частью, хотя и немного, выдаются надъ поверхностью языка и въ серединѣ имѣютъ наибольшую толщину, которая по направленію къ краямъ уменьшается. Въ еще болѣе позднихъ стадіяхъ болѣзни пятна все болѣе и болѣе утолщаются и увеличиваются, и иногда, получаютъ видъ твердаго хряща. *Leukoplakia* языка болѣе частью поражаетъ мужчинъ, гораздо рѣже женщинъ и почти никогда не наблю-

¹⁾ *Kaposi*. Lehrbuch. Часть I, стр. 322.

²⁾ Amer. Journal of med. sciences. 1899. № 4.

дается у дѣтей. Появляется она преимущественно въ старческомъ возрастѣ, приблизительно въ пятомъ и шестомъ десятилѣтіи, но и въ сорокалѣтнемъ возрастѣ случаи этой болѣзни не очень рѣдки, болѣе раннее появленіе ея, напротивъ, наблюдали только въ видѣ исключенія. Что касается причины болѣзни, то между прочимъ обвиняютъ и куреніе. Многіе больные по собственнымъ наблюденіямъ даже склонны считать употребленіе табака причиной происхожденія ихъ лейкоплакіи, и въ дѣйствительности это едва-ли можно оспаривать, если принять во вниманіе, что сильное куреніе производитъ продолжительное раздраженіе слизистой оболочки языка. Какіе продукты сгорания дѣйствуютъ при этомъ особенно вредно, сказать, конечно, трудно; возможно, что главное значеніе при этомъ имѣютъ продукты, образующіеся при сухой перегонкѣ. Если куреніе дѣйствительно благоприятствуетъ появленію лейкоплакіи языка, то этимъ можно было бы легко объяснить тотъ фактъ, что мужской полъ гораздо чаще заболѣваетъ, чѣмъ женскій. Противъ этого объясненія, однако, говоритъ наблюденіе, по которому восточныя женщины, несмотря на всю свою страсть къ куренію, столь же мало страдаютъ лейкоплакіей языка, какъ и европейскія. Другіе авторы, напротивъ, иного мнѣнія, потому что они встрѣчали на Востокѣ сравнительно много женщинъ, страдающихъ разбираемой нами болѣзью. Кромѣ куренія этиологическое значеніе имѣютъ и нѣкоторые другія вкусовые вещества, продолжительно или по крайней мѣрѣ часто раздражающія слизистую оболочку языка, какъ въ особенности крѣпкіе спиртные напитки и очень пряная или слишкомъ горячая пища. Всѣ эти вредные моменты особенное значеніе имѣютъ у лицъ, страдающихъ хроническимъ катарромъ желудочно-кишечнаго канала и преимущественно въ случаяхъ, сопровождающихся сильно обложеннымъ языкомъ. Нѣкоторые причиной лейкоплакіи считали сифилисъ и смотрѣли на всю эту болѣзнь только, какъ на простое проявленіе сифилиса. Все это, однако, совершенно несправедливо, что доказывается уже тѣми случаями, въ которыхъ страдавшіе лейкоплакіей заражались сифилисомъ. Кромѣ того, антисифилитическое леченіе на измѣненія на языкѣ никакого вліянія не оказывало и во всякомъ случаѣ никакого благоприятнаго дѣйствія не имѣло; нерѣдко, напротивъ, наблюдали даже ухудшенія мѣстныхъ явленій послѣ подобнаго леченія. Но и сами мѣстные симптомы, пятна, никакого сходства съ сифилидами слизистыхъ оболочекъ не имѣютъ, ни по виду своему, ни по теченію. Столь рѣзко ограниченными, какъ эти пятна, сифилиды никогда не бываютъ и теченіе послѣднихъ никогда не бываетъ такимъ хроническимъ, какъ у первыхъ. Напротивъ, нельзя отрицать, что существующій сифилисъ, можетъ быть, благоприятно вліяетъ на развитіе лейкоплакіи въ томъ отношеніи, что уже измѣненная слизистая оболочка меньше въ состояніи противостоять другимъ вреднымъ вліяніямъ. Во многихъ случаяхъ, однако, ни одного изъ упомянутыхъ вредныхъ моментовъ доказать нельзя; въ такихъ случаяхъ этиологическую роль, можетъ быть, играютъ механическія раздраженія каріозными зубами или плохо сидящими искус-

ственными. Иногда вопросъ о какой-либо опредѣленной причинѣ болѣзни такъ и остается неразрѣшеннымъ. На основаніи всего изложеннаго лейкоплакію приходится считать самостоятельной болѣзью, которую слѣдуетъ подвести подъ рубрику кератозовъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи лейкоплакическихъ пятенъ ясно видно, что главную роль при этой болѣзни играетъ эпителий. Послѣдній очень утолщенъ, причемъ утолщеніе это съ краевъ къ серединѣ пятенъ постепенно увеличивается. Иногда можно видѣть слой толщиной почти въ 1 мм. съ совершенно или отчасти исчезнувшими ядрами, имѣющий всѣ характерные признаки рогового слоя. Подъ нимъ виденъ гипертрофированный *stratum granulosum*, въ которомъ, какъ и въ неороговѣвшихъ еще слояхъ эпителия, находится много элидина—химическаго вещества, стоящаго въ тѣсной связи съ ороговѣніемъ эпителия. Въ слѣдующемъ Мальпигиевомъ слоѣ видны уплотненные сосочки и инфильтрація эмбриональными клѣтками, особенно выраженная вокругъ сосудовъ. Наконецъ начинаютъ размножаться и соединительнотканныя клѣтки. Въ блѣде позднихъ стадій болѣзни, когда образуются трещины, кромѣ размножившихся клѣтокъ Мальпигиева слоя видны многочисленные блуждающія клѣтки. Наконецъ, начинается періодъ шелушенія, во время котораго *stratum granulosum* атрофируется или совершенно исчезаетъ. Одновременно съ этимъ исчезаютъ и сосочки и даже поверхностныя мышечныя волокна языка. На основаніи всего этого можно сказать, что при лейкоплакіи эпителий языка получаетъ характеръ эпидермиса наружныхъ покрововъ, причемъ нитевидные и грибовидные сосочки играютъ роль кожныхъ сосочковъ (*Dillmann*)¹⁾. Теченіе болѣзни чрезвычайно хроническое и длится большей частью много лѣтъ. Излюбленной локализацией ея на языкѣ служитъ спинка его, и преимущественно передняя часть послѣдней, затѣмъ кончикъ и края языка. Мы уже упомянули, что въ качествѣ перваго симптома всегда показываются тонкія, нѣжныя, прозрачныя, синевато-бѣлыя пленки, но нѣкоторые авторы, въ особенности *Schwimmer*, говорятъ, что предвѣстниками послѣднихъ служатъ темнокрасныя или красноватыя мѣста (*stadium erythematousum*). Мы сами этого ранняго стадія никогда не наблюдали и это несколько не удивительно уже потому, что больные обращаются къ врачу большей частью только послѣ продолжительнаго существованія ихъ болѣзни, такъ какъ она вначалѣ никакихъ страданій, ни даже неудобствъ не причиняетъ. Если, однако, наблюденія показываютъ, что дальнѣйшее распространеніе уже существующей болѣзни проявляется появленіемъ синевато-бѣлыхъ, отчасти блестящихъ пятенъ вокругъ первично пораженныхъ частей, то существованіе предварительнаго эритематознаго періода становится не совсемъ понятнымъ. Съ другой стороны, нельзя отрицать, что на молодыхъ пятнахъ иногда можно еще ясно замѣтить воспалительный ободокъ, на основаніи чего можно предполагать, что они образовались на эритематозной почвѣ.

¹⁾ *Dillmann*, Ueber Leukoplakia linguae. Dissert. 1902.

На болѣе старыхъ пятнахъ этого ободка никогда не бываетъ. На поверхности ихъ большей частью существуютъ щели и трещины (*rhagades*), а иногда даже ясно выраженные, хотя часто и поверхностныя, рѣдко глубокія изъязвленія. Преимущественно это наблюдается на пятнахъ, лежащихъ въ жолобѣ, проходящемъ по срединѣ языка. Изъ этихъ изъязвленій иногда происходятъ болѣе или менѣе сильныя кровотечения; послѣднія появляются и при попыткахъ насильно удалить пленки, что иногда удается очень легко. Что вслѣдствіе проникновенія возбудителей воспаления въ кровоточащія мѣста иногда можетъ произойти воспаление языка, легко понятно, наблюдается это, однако, рѣдко. Что касается субъективныхъ симптомовъ при лейкоплакии языка, то мы уже видѣли, что вначалѣ болѣзни больные никакихъ неудобствъ обыкновенно не испытываютъ. Довольно часто поэтому болѣзнь находятъ совершенно случайно. Но и въ болѣе позднихъ стадіяхъ появленіе какихъ-либо страданій или функциональных разстройствъ не необходимо. Это, однако, не всегда такъ. Часто больные вначалѣ испытываютъ только чувство инороднаго тѣла на языкѣ, отъ котораго они стараются избавиться треніемъ о зубы, пальцемъ или другими импровизированными инструментами. Если дѣло доходить до образования трещинъ, то появляются боли, которыя иногда бываютъ довольно сильными и болѣе или менѣе мѣшаютъ при жеваніи, глотаніи и разговорѣ. Столь же болѣзненны и мѣста, съ которыхъ удалили пленки, но мѣста эти, благодаря регенеративной дѣятельности эпителия, въ очень короткое время снова покрываются кожицей. Иногда бываетъ усиленное слюноотеченіе или по крайней мѣрѣ затрудненіе проглатыванія слюны. Очень толстыя пленки могутъ, наконецъ, ослабить и подвижность языка и тѣмъ измѣнить рѣчь, вкусовое же чувство большей частью сохраняется, хотя въ другихъ случаяхъ и оно болѣе или менѣе страдаетъ, въ особенности при сильныхъ утолщеніяхъ и уплотнѣніяхъ. Гораздо хуже дѣйствительныхъ страданій есть представленіе нѣкоторыхъ больныхъ, что болѣзнь ихъ является симптомомъ прежде перенесеннаго сифилиса или началомъ раковой опухоли языка. Есть много больныхъ, которыхъ эта мысль ни на минуту не оставляетъ ни днемъ, ни ночью, на которыхъ самыя настоятельныя убѣжденія и увѣщеванія врача никакого вліянія въ этомъ отношеніи не имѣютъ и которые вслѣдствіе этого становятся бременемъ для самихъ себя и окружающихъ. Къ сожалѣнію, опасеніе этихъ больныхъ иногда не безосновательно, такъ какъ болѣзнь эта въ дѣйствительности иногда является предвѣстникомъ рака языка. Фактъ этотъ извѣстенъ уже давно (*Néligan*) ¹⁾ и такое превращеніе, повидимому, даже довольно часто. Большей частью ракъ развивается изъ изъязвленнаго лейкоплакическаго мѣста, рѣже изъ неповрежденной бляшки; нижніе слои эпителия при этомъ сильно пролиферируютъ и посылаютъ въ глубину ткани эпителиальные отростки съ клѣточными гнѣздами внутри ихъ. Ракъ

¹⁾ *Néligan*, Dublin quart. journal, августъ 1862.

языка, развившійся изъ лейкоплакии, какъ таковой, ничѣмъ не отличается въ своемъ теченіи отъ обыкновеннаго рака языка, который мы опишемъ потомъ. Превращеніе лейкоплакии въ ракъ обыкновенно происходитъ только въ пятидесятилѣтнемъ возрастѣ, хотя въ единичныхъ случаяхъ оно наблюдалось и въ болѣе молодомъ возрастѣ. Какъ часто оно вообще встрѣчается, процентно выразить нельзя даже и приблизительно, хотя и существуетъ нѣсколько статистическихъ работъ по этому вопросу.

Распознаваніе лейкоплакии языка никакихъ затрудненій не представляетъ. Отъ сифилитическихъ папулъ слизистыхъ оболочекъ она, какъ уже сказано, отличается своимъ хроническимъ теченіемъ и рѣзкой ограниченностью пятенъ; кромѣ того, сифилитическія папулы обыкновенно только очень рѣдко настолько сливаются между собою, какъ лейкоплакическія. Слѣдуетъ также замѣтить, что при сифилисѣ шейныя лимфатическія железы часто заболѣваютъ, при лейкоплакии, напротивъ, никогда. Съ другими болѣзнями, кромѣ упомянутой, лейкоплакию смѣшать едва-ли возможно. Предсказаніе при лейкоплакии языка нельзя считать особенно неблагоприятнымъ. Многіе случаи въ теченіе всей жизни остаются довольно невинными и никакихъ почти страданій не вызываютъ. На излеченіе болѣзни надежды, правда, какъ сейчасъ увидимъ, немного. Даже въ немногихъ излеченныхъ случаяхъ болѣзнь нерѣдко давала возвраты. Совершенно неблагоприятно, конечно, предсказаніе при всѣхъ лейкоплакияхъ, переходящихъ въ ракъ языка. Всякаго больного, страдающаго лейкоплакией, необходимо понемногу подготовить къ тому, что болѣзнь его можетъ измѣниться къ худшему для того, чтобы по возможности предупредить запусканіе образовавшейся язвы, эпителиомы и т. д.

Леченіе лейкоплакии языка мало благодарное. Прежде всего необходимо по возможности сократить сильное куреніе, употребленіе острой пищи и спиртныхъ напитковъ. Каріозные зубы, если необходимо, слѣдуетъ удалить, а плохо сидящіе искусственные—замѣнить болѣе подходящими. Необходимо обращать вниманіе на существующія желудочно-кишечныя болѣзни. Важна, конечно, также тщательная чистота полости рта, что при характерѣ болѣзни понятно само собою. Для этого можно примѣнять всевозможныя дезинфицирующія и вяжущія полосканія, напр. слабыя растворы *kali hypermanganici*, уксуснокислаго глинозема, борной кислоты и т. п. Часто примѣняется также прибавленіе къ полосканію нѣсколькихъ капель *tincturae myrrhae*. Относительно мѣстнаго леченія бляшекъ слѣдуетъ замѣтить, что множество предложенныхъ для этого средствъ уже говорить за то, что всѣ они мало или ничего не помогаютъ. Прежде всего слѣдуетъ предостеречь отъ примѣненія слишкомъ сильно прижигающихъ средствъ потому что они обыкновенно больше вредятъ, чѣмъ помогаютъ. По нашимъ собственнымъ наблюденіямъ, лучше всего дѣйствуетъ хромовая кислота въ 5—10% растворѣ. Передъ смазываніемъ этимъ средствомъ часто необходимо механически удалить скопившіяся толстыя массы эпителия острой ложкой или подходящимъ скребкомъ для языка. При такомъ спо-

собѣ леченія мы многократно наблюдали исчезаніе бляшекъ по крайней мѣрѣ на нѣкоторое время. Для мѣстнаго леченія, какъ уже сказано, предложено много и другихъ средствъ, какъ молочная кислота, перувианскій бальзамъ, салициловая кислота и т. д. Значительнаго успѣха всѣми этими средствами не достигается. Наконецъ, лейкоплакію можно лечить и хирургическимъ путемъ. Плотныя утолщенія, въ особенности если они осложнены трещинами, или если на нихъ образовалось изъязвленіе, можно вырѣзывать ножомъ. На такой способъ леченія особенно слѣдуетъ рѣшиться, если изъязвленіе упорно не поддается леченію и вызываетъ подозрѣніе на раковое измѣненіе. Кромѣ того, рекомендуется примѣненіе острой ложки съ послѣдующимъ прижиганіемъ термокаутеромъ. Все это можно производить подъ кокаиномъ или подъ хлороформнымъ наркозомъ. Такимъ способомъ нерѣдко удается замѣнить твердыя утолщенія и уплотненія, причинявшія больнымъ много неудобствъ, болѣе мягкой, почти нечувствительной рубцовой тканью. Къ сожалѣнію, бываютъ также случаи, въ которыхъ это хирургическое вмѣшательство никакого успѣха не даетъ, потому что образующіеся рубцы причиняютъ не меньше страданій, чѣмъ удаленныя части, или черезъ очень короткое время опять становятся лейкоплакическими. Понятно также само собою, что многихъ страдающихъ лейкоплакіей, душевное настроеніе которыхъ сильно подавлено болѣзнію, слѣдуетъ утѣшать разумнымъ уговариваніемъ и поддерживать ихъ силами тщательнымъ общимъ леченіемъ.

Х. Языкъ при нѣкоторыхъ болѣзняхъ центральной и периферической нервной системы. Неврозы языка.

1. Кровоизліянія въ мозгу. Haemorrhagia cerebri.

При кровоизліяніи въ мозгу въ довольно многихъ случаяхъ вмѣстѣ съ параличемъ одной стороны тѣла появляется и пораженіе языка вслѣдствіе разстройствъ въ области nervi hypoglossi; разстройства эти большей частью только легкія. Когда больному велятъ высунуть языкъ изъ рта, то замѣчаютъ, что кончикъ его замѣтно отклоняется въ сторону парализованной половины тѣла. Отклоненіе это обуславливается параличемъ одного musculi genioglossi; такъ какъ при дѣйствіи обѣихъ мышцъ языкъ высовывается изъ рта, то понятно, что при прекращеніи дѣятельности одной дѣйствіе другой должно настолько брать верхъ, что языкъ пересовывается въ больную сторону. При высовываніи парализованнаго на одной сторонѣ языка на здоровой половинѣ его иногда наблюдаются сокращенія единичныхъ мышечныхъ пучковъ, послѣдствіемъ которыхъ иногда бываетъ временное перетягиваніе кончика языка въ здоровую сторону. Симптомы паралича языка особенно замѣтными становятся всегда только при движеніяхъ органа, на спокойно же лежащемъ на днѣ полости рта языкъ никакой аномаліи его фигураціи большей частью незамѣтно. Иногда, однако, и въ этомъ положеніи языка наблюдается откло-

неніе кончика его въ здоровую сторону, вѣроятно, потому, что благодаря напряженію не парализованнаго musculi genioglossi здоровая половина языка укорачивается. Чувствительность не нарушается. Вслѣдствіе меньшей подвижности налетъ на парализованной половинѣ языка обыкновенно толще, чѣмъ на здоровой.—Кромѣ этой двигательной аномаліи при простомъ, неосложненномъ кровоизліяніи въ мозгу никакихъ другихъ отклоненій отъ нормы на языкѣ не наблюдается; иногда, впрочемъ, вслѣдствіе пареза п. hypoglossi и всегда почти одновременно существующаго пареза лицевого нерва появляется замѣтное, но не сильное артикуляторное разстройство рѣчи. Довольно часто разстройство это замѣтно только для самого больного, испытывающаго при этомъ нѣкоторое затрудненіе въ разговорѣ. Что касается распознаванія односторонняго пареза языка, то оно затруднительно только въ томъ отношеніи, что болѣзнь иногда можно совершенно просмотрѣть вслѣдствіе незначительности симптомовъ и въ особенности въ виду тяжелой картины общаго заболѣванія. Леченіе пареза п. hypoglossi въ этихъ случаяхъ совершенно излишне. Когда остальные параличи проходятъ, то можно заняться возстановленіемъ функций и п. hypoglossi. Для этого можно примѣнять электрическій токъ, который направляется прямо на языкъ или на п. hypoglossus на шеѣ надъ язычной костью.

Здѣсь, можетъ быть, какъ разъ уместно сказать нѣсколько словъ о положеніи языка при столь частомъ периферическомъ параличѣ лицевого нерва. Въ болѣе легкихъ случаяхъ вообще никакого отклоненія незамѣтно, въ тяжелыхъ и долго длящихся случаяхъ, напротивъ, языкъ можетъ быть очень сильно отклоненъ, а именно всегда въ здоровую и никогда въ парализованную сторону. Это кажущееся косоое положеніе языка есть, однако, не послѣдствіе паралича какихъ-либо мышцъ его, а только косоого положенія рта, всегда сопровождающаго параличъ лицевого нерва.

2. Прогрессивный бульбарный параличъ. Paralysis glosso-labio-laryngea.

Гораздо важнѣе и обширнѣе только что описанныхъ измѣненій на языкѣ интересующія насъ теперь измѣненія, составляющія одинъ изъ главныхъ симптомовъ прогрессивнаго бульбарнаго паралича. Вначалѣ этой болѣзни во главѣ всѣхъ симптомовъ часто стоитъ замѣтное затрудненіе рѣчи. Буквы, для образованія которыхъ особенно необходимо участіе языка (язычные звуки с, л), затѣмъ также р, ч, к, д, т, и нѣкоторыя гласныя, какъ и, у, е, болѣе произносятся неясно и запинаясь. Обуславливается это, однако, не афазіей, не забываніемъ этихъ буквъ или словъ, начинающихся ими, а нарушеніемъ иннерваціей и вызываемымъ ею разстройствомъ подвижности языка. При этомъ вовсе еще не необходимо, чтобы въ дѣйствительности можно было доказать грубыя разстройства въ двигательной функціи языка; напротивъ, подобная alalia

или *anarthria* может существовать долгое время при повидимому еще совершенно здоровом языке, потому что мы не в состоянии наблюдать тѣ легкія сокращенія мускулатуры языка, которыя необходимы для образования звуковъ. Только когда *alalia* достигаетъ извѣстной высокой степени, тогда обыкновенно замѣчаютъ болѣе или менѣе выраженную атрофію языка, усиленіе которой обыкновенно сопровождается разстройствами и въ болѣе грубыхъ движеніяхъ. Въ этомъ періодѣ болѣзни языкъ выглядитъ слабымъ и тонкимъ, выпуклость его замѣтно уменьшается. Дряблый языкъ лежитъ тогда на днѣ полости рта въ видѣ широкаго, сравнительно тонкаго куска мяса. Онъ выглядитъ поблекшимъ и морщинистымъ и въ мышечномъ веществѣ его наблюдаются частыя фибриллярныя подергиванія. По поверхности его часто проходятъ углубленія и вся она большей частью покрыта толстымъ налетомъ вслѣдствіе неподвижности языка. Если атрофія прогрессировала уже такъ далеко, то больной не в состоянии ни высунуть языка, ни дѣлать имъ боковыя движенія. Само собою понятно поэтому, что при этихъ условіяхъ должна страдать не только рѣчь, но и жеваніе, и глотаніе. Языкъ не в состоянии больше исполнять свою обязанность—поворачивать куски пищи во рту и подсовывать ихъ подъ зубы; столь же мало онъ можетъ препровождать куски пищи въ глотку. Необходимое смачиваніе кусковъ пищи слюною тоже страдаетъ, вслѣдствіе чего глотаніе, конечно, еще болѣе затрудняется. Куски нерѣдко остаются лежать на заднихъ частяхъ языка или невольно опять соскальзываютъ впередъ, вслѣдствіе чего больные часто вынуждены препровождать пищу въ глотку пальцами—состояніе, которое назвали мастикаторнымъ параличемъ языка въ противоположность артикуляторному. При изслѣдованіи мускулатуры языка электрическимъ токомъ часто можно констатировать уменьшенную возбудимость, а иногда и частичную реакцію перерожденія. Хотя двигательная функція языка, какъ мы видѣли, претерпѣваетъ большія измѣненія, но чувствительность его и вкусовое ощущеніе при прогрессивномъ бульбарномъ параличѣ большей частью остаются совершенно нормальными. Теченіе болѣзни всегда хроническое и длится годы. Анатомическая причина описанныхъ измѣненій языка есть типичное заболѣваніе спинного мозга. Ядро *n. hypoglossi* замѣтно атрофировано. Довольно часто многія изъ его гангліозныхъ клѣтокъ исчезаютъ, а другія болѣе или менѣе атрофированы; одновременно соединительная ткань размножается, а стѣнки сосудовъ утолщаются. Съ ядра этотъ атрофическій процессъ переходитъ на выходящія изъ него нервныя волокна. На корешкахъ *n. hypoglossi* можно уже макроскопически ясно замѣтить сѣрую окраску и суженіе, микроскопическое же изслѣдованіе показываетъ атрофію отдѣльных нервныхъ волоконъ. Предсказаніе, какъ извѣстно, печальное; иногда, однако, удается на нѣкоторое время задержать процессъ. Терапевтически на языкъ можно вліять исключительно гальваническимъ и фарадическимъ токомъ.

3. Sklerosis lateralis amyotrophica.

При амиотрофическомъ боковомъ склерозѣ наблюдаются почти тѣ же двигательныя разстройства функціи языка, съ которыми мы только что познакомились при описаніи прогрессивнаго бульбарнаго паралича. Только здѣсь они образуютъ не начало болѣзни, а конецъ ея. Происходитъ это оттого, что боковой склерозъ начинается въ обоихъ пирамидальныхъ путяхъ спинного мозга, перерожденіе которыхъ ведетъ къ двигательнымъ разстройствамъ въ мышцахъ конечностей съ сильно повышенными сухожильными рефлексами, а затѣмъ только поражаются тѣ нервныя ядра въ продолговатомъ мозгу, заболѣваніе которыхъ, какъ мы уже видѣли, вызываетъ бульбарныя симптомы. И здѣсь въ послѣднемъ стадіи болѣзни появляется затрудненіе рѣчи, глотанія и жеванія вслѣдствіе явной атрофіи мускулатуры языка, чувствительность котораго сохраняется.

Предсказаніе при этой болѣзни, къ сожалѣнію, тоже абсолютно неблагоприятное, вслѣдствіе чего и леченіе остается безъ всякаго успѣха.

Добавить къ этому слѣдуетъ еще, что и при прогрессивной спинальной мышечной атрофіи, и при сирингомиелиіи наблюдается параличъ языка тогда, когда соотвѣтствующія патологическія измѣненія спинного мозга переходятъ на продолговатый мозгъ. При спинной сухоткѣ иногда наблюдается параличъ половины языка, сопровождающийся иногда разстройствомъ вкуса. Кромѣ того, *Remak* ¹⁾ наблюдалъ атрофію половины языка у 42-лѣтняго слесаря, страдавшаго типичнымъ свинцовымъ параличемъ и *arphonia saturnina*. Другія причины паралича языка суть: поврежденія продолговатаго мозга, эмболии и кровоизліянія въ немъ, сифилисъ продолговатаго мозга, заболѣванія заднихъ нижнихъ частей основанія черепа или верхнихъ частей спинного хребта, какъ сифилисъ, ракъ, туберкулезъ, различныя новообразованія, которыя въ дальнѣйшемъ своемъ распространеніи поражаютъ ядро *n. hypoglossi* въ продолговатомъ мозгу. Поврежденія *n. hypoglossi* въ виду его защищеннаго положенія встрѣчаются чрезвычайно рѣдко и также вызываютъ двигательный параличъ соотвѣтствующей половины языка. *Parry* ²⁾, напр., описываетъ одностороннюю атрофію и параличъ языка у 50-лѣтняго мужчины, у котораго никакихъ другихъ нервныхъ симптомовъ не наблюдалось. Причина этой атрофіи была, вѣроятно, фрактура основанія черепа, полученная больнымъ нѣсколько лѣтъ передъ тѣмъ, при которой, по всей вѣроятности, былъ поврежденъ *n. hypoglossus* на мѣстѣ выхода его изъ *foramen condyloideum anterius*.

Въ заключеніе слѣдуетъ еще упомянуть о тѣхъ разстройствахъ рѣчи вслѣдствіе паралича языка, которыя наблюдаются при многихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, и съ которыми мы познакомились уже при описаніи послѣднихъ.

¹⁾ *E. Remak*, Ueber saturnine Hemiatrophie der Zunge. Berl. klin. Woch. 1886. № 25.

²⁾ *Parry*, The Lancet. 1900. 24 февр.

4. Meningitis.

При различных формах менингита иногда поражается и язык, но в совершенно иной форме, чем мы видели это до сих пор. Здесь происходят не параличи, а судороги языка, болезненные движения его (glossospasmus). Между ними можно различать тонические и клонические судороги, хотя большей частью обе формы обыкновенно переходят друг в друга. Рассмотрим сначала клоническую форму судорог языка. При ней язык обыкновенно быстро то высовывается, то обратно прячется в полость рта или постоянно поворачивается в последней и ударяется сверху в твердое небо, или быстро и неравномерно продолбывает всевозможные движения. Это длится иногда только несколько минут, но иногда и целые часы и через более или менее продолжительный промежуток, иногда через несколько дней, снова начинается. Судороги эти большей частью совершенно независимы от функций языка, как разговор, жевание и глотание; только в очень редких случаях он вызывается или по крайней мере усиливается при жевании (мастикаторные судороги языка). Иногда клонические судороги поражают только одну половину языка и следуют тогда одна за другой почти без перерыва, но только с большей или меньшей интенсивностью. Очень интересный случай мастикаторной судороги п. hypoglossi описывает *Remak*¹⁾. Больному было 33 года; до того он был совершенно здоров, сифилисом не страдал и никакого наследственного нервного предположения не имел. При каждой еде, но не питье, при явно выраженной парестезии левой половины языка (чувство онемения) появлялись ритмические сокращения всего органа, вследствие которых язык раз 45—60 кт минуту толчками высовывался из рта; при каждом толчке поверхность языка суживалась и уплощалась. Сокращения были иногда столь сильны, что больной многократно укусывал себя левую сторону языка до крови. Сами судороги были безболезненны и сопровождались соответствующими сокращениями мышц языка, лежащих между нижней челюстью и язычной костью, в особенности мш. geniohyoidei, которые можно было ясно прощупать снаружи на шее.

Гораздо реже наблюдающаяся, тоническая форма судорог языка представляет калейдоскопически меняющуюся картину. Тоническое сокращение поражает то один, то другой отдельный пучок мышечных волокон, вследствие чего форма и вид языка могут меняться самым причудливым образом. Иногда язык внезапно выталкивается из рта, появляется между зубами и короткое время остается лежать между ними совершенно неподвижно; игра эта может повторяться через каждые 5—10 минут. Иногда корень языка судорожно вытягивается в обратном направлении кзади, ложится на вход в гортань и, замыкая по-

следнюю, вызывает опасность задушения, если не потянуть язык быстро вперед; в иных случаях он лежит неподвижно в полости рта, не в состоянии делать каких-либо движений и на нем ясно заметны фибриллярные подергивания. Иногда тонические судороги поражают только одну половину языка, которая в таких случаях обыкновенно укорочена, тверда и цианотична. Что glossospasmus, какого бы он ни был характера, клонического или тонического, сильно нарушает все функции языка, понятно само собою. В особенности это бывает с речью при той особой форме судороги языка, которую *Fleury*¹⁾ назвал афонгией. При этой форме судорожные движения языка появляются только при попытках говорить, другие же двигательные функции его в этом отношении никакого значения не имеют. С другой стороны, однако, может также случиться, что разговор и жевание имеют благоприятное влияние в особенности на тонические судороги. Очень дурное осложнение иногда наблюдается при той форме тонических судорог языка, при которой последний выталкивается из рта. Осложнение это есть судорожное перекашивание нижней челюсти в бок или книзу, которое может стать столь сильным, что дело доходит до вывиха кости.

В большинстве случаев, как уже указано, при glossospasmus клонические судороги комбинируются с тоническими. Комбинация эта обыкновенно такого рода, что за целым рядом в виде припадков появляющихся подергиваний следует сильная судорога языка. И при этом нередко поражается только одна половина языка. Важно отметить, что чувствительность последнего во всех этих случаях остается совершенно нормальной. При менингитах спазм языка, если он появляется, всегда сопровождается раздражением и параличем и других черепных нервов. Вследствие этого иногда наблюдаются расстройства в глазных мышцах, как параличи их и нистагм, изменения зрачков, кроме того парез лицевого нерва, сведение челюсти и т. п. Распознавание болезни никаких затруднений, конечно, не представляет. Предсказание, соответственно основной болезни, почти всегда неблагоприятное. О месте лечения и речи быть не может, иногда, впрочем, удается давлением на известные места мягкого неба приостановить судороги по крайней мере на время производства давления.—Такие же судороги языка, как при менингите, встречаются и при некоторых психозах, в особенности часто при истерии, эпилепсии, пляске св. Витта и эклампсии. При них в язык при всякой попытке двигать им появляются самые разнообразные сильные и неравномерные сокращения, вследствие которых нормальные функции его, конечно, сильно страдают. Судороги эти почти всегда комбинируются с такими же явлениями со стороны мускулатуры зва. Терапевтически при истерической форме судорог языка кроме общего лечения с хорошим успехом можно назначать бром-

¹⁾ *Remak*, Ein Fall von Hypoglossuskampf. Sitzungsbericht der Berl. med. Gesellsch. 1883. 23 мая.

¹⁾ *Fleury*, Gazette hebdomadaire. 1865. № 15.

стые препараты; иногда полезно также применение гальванического тока съ анодом на п. hypoglossus. Другія формы спазма языка безусловно рефлекторнаго характера, какъ, напр., тѣ, которыя наблюдаются при заболѣваніяхъ зубовъ или другихъ частей полости рта, которыя, конечно, слѣдуетъ лечить соответственнымъ образомъ. Судороги языка, наконецъ могутъ быть и профессиональнымъ неврозомъ у играющихъ на кларнетахъ.

Какъ мы видѣли до сихъ поръ, судорога языка есть всегда явленіе, сопровождающее различнѣйшія заболѣванія центральной нервной системы. Она можетъ, однако, хотя и очень рѣдко, быть и совершенно отдѣльнымъ симптомомъ. Чѣмъ обуславливается подобная самостоятельная форма судороги п. hypoglossi, мы совсѣмъ еще не знаемъ. Явленія тѣ же, какъ мы уже познакомились съ ними. Клоническія судороги языка, выталкивающие его изъ полости рта, появляются и исчезаютъ безъ всякихъ предвѣстниковъ; только очень рѣдко больные передъ тѣмъ ощущаютъ какое-то своеобразное чувство, указывающее имъ на начало спазма. Судороги ни болями, ни какими-либо измѣненіями самого языка не сопровождаются. Только, если больные стараются подавить припадки плотнымъ закрытіемъ рта, у нихъ появляются боли оттого, что языкъ вслѣдствіе судорогъ сильно ударяется въ зубы. Подобные припадки появляются совершенно неправильно, какъ днемъ, такъ и ночью, съ той только разницей, что по ночамъ они обыкновенно слабѣе. Въ промежуткахъ между припадками больные чувствуютъ себя совершенно здоровыми. Болѣзнь, видимо, чаще поражаетъ женщинъ, чѣмъ мужчинъ, но въ возрастѣ никакого различія не дѣлаетъ. *Personali* ¹⁾ сообщаетъ одинъ относящійся сюда случай, касающійся 45-лѣтней, очень нервной и происходящей изъ нервной семьи женщины, значительно уже ослабѣвшей отъ другихъ болѣзней. Послѣ сильного спора у нея внезапно появилось судорожное высовываніе и обратное втягиваніе языка. Эти судорожные припадки повторялись ежедневно по 7—8 разъ. Сѣуженный въ поперечникъ, но зато удлинненный языкъ былъ тонически сокращенъ, язычная кость и гортань во время припадка сильно потягивались вверхъ. Припадокъ исчезалъ каждый разъ при боковыхъ движеніяхъ языка, но послѣ оставалась довольно сильная боль въ области язычной кости и обильное слюнотеченіе. При леченіи нервнои больной припадки постепенно ослабѣли. Леченіе такихъ судорогъ, конечно, очень трудное, такъ какъ причины ихъ мы не знаемъ. Quoad vitam онѣ никакой опасности не представляютъ, относительно же продолжительности ихъ ничего опредѣленнаго сказать нельзя. Приходится поэтому довольствоваться стараніемъ по возможности улучшить общее состояніе больныхъ назначеніемъ укрѣпляющихъ и нервы успокоивающихъ средствъ. Иногда прекрасно дѣйствуетъ перемѣна климата и мѣста при соблюденіи наибольшаго внутренняго и внѣшняго покоя. Можно, наконецъ, попробовать также лечить электрическимъ токомъ.

¹⁾ *Personali*, Ein Fall von idiopathischem Zungenkrampf Wiener klin. Rundschau 1896. № 39.

5. Истерія.

При истеріи, томъ широко распространенномъ неврозѣ, въ картинѣ болѣзни котораго разстройства чувствительности, какъ извѣстно, играютъ большую роль, кромѣ двигательныхъ часто наблюдается и цѣлый рядъ разстройствъ чувствительности языка. Прежде всего нерѣдко находятъ гиперестезію вкусовыхъ нервовъ (*hypergeusis*), которая проявляется у больныхъ очень тонкимъ вкусомъ, т. е. они ясно ощущаютъ столь незначительныя количества какихъ-либо веществъ, которыхъ здоровый человѣкъ вообще не ощущаетъ. Или, что чаще бываетъ, съ этимъ тонкимъ вкусомъ у нихъ соединяется сильная любовь къ нѣкоторымъ вкусовымъ веществамъ и столь поразительное отвращеніе къ другимъ, какъ этого у здоровыхъ людей никогда не бываетъ. Вслѣдствіе этого и происходитъ, что истеричные часто находятъ вкусъ въ совершенно несъѣдобныхъ вещахъ, какъ сырой кофе, мѣлъ, сургучъ и т. п., съ чѣмъ большей частью соединяется поразительная любовь къ запахамъ, которые для нормальнаго человѣка очень противны.

Кромѣ гиперестезіи вкусовыхъ нервовъ у истеричныхъ встрѣчается также парестезія вкуса (*parageusis*). Больные постоянно или только по временамъ жалуются на очень тягостный, то сладковатый, то кисловатый, прѣсный или совсѣмъ неопредѣленный вкусъ.

Наконецъ, анестезія вкуса, *ageusis*, тоже наблюдается у истеричныхъ въ различнѣйшихъ степеняхъ. Не очень рѣдко она бываетъ частичной только на одной половинѣ языка, а именно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ существуетъ анестезія кожи одной половины тѣла. Но и относительно различныхъ вкусовъ бываютъ большія различія, такъ что одинъ, напр., больной не ощущаетъ горькаго, другой — кислаго, третій — соленнаго. Констатированіе подобной частичной анестезіи вкусовыхъ нервовъ не совсѣмъ легко, такъ какъ и у здоровыхъ людей въ этомъ отношеніи могутъ быть большія различія. *Ageusis* часто сопровождается еще другими разстройствами чувствительности, вкусъ при электризаціи у такихъ больныхъ большей частью тоже теряется. Что касается изслѣдованія вкуса, то его необходимо производить отдѣльно для каждого изъ различныхъ вкусовыхъ ощущеній, такъ какъ довольно часто бываютъ только частичные параличи вкуса. Для этого употребляются растворы веществъ различнаго вкуса, которые наносятъ на различныя части языка при помощи тонкой кисточки или стеклянной палочки. Края языка, кончикъ и въ особенности корень его обладаютъ, какъ извѣстно, самымъ тонкимъ вкусомъ. Для изслѣдованія вкуса на горькое обыкновенно употребляютъ растворъ хинина или рвотнаго орѣха, на сладкое — растворы сахара, на кислое — уксусъ или какую-нибудь разведенную минеральную кислоту, на соленое — растворъ поваренной соли. Для изслѣдованія вкуса можно съ успѣхомъ примѣнять и электрическій токъ, причемъ анодъ лучше всего помѣщать на изслѣдуемыя части языка. Для гальваническаго вкусового ощущенія достаточно уже слабого тока.

Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ у истеричныхъ, какъ мужчинъ, такъ и женщинъ, появляется временная или сравнительно долго длящаяся нѣмота, при которой, однако, и видъ языка, и подвижность его остаются совершенно нормальными. *Mendel* ¹⁾ описалъ также случай истерической глухонѣмоты, который, повидимому, остался единичнымъ. Больной, мужчина 51 года, послѣ легкаго припадка судорогъ былъ въ теченіе 14 дней абсолютно глухонѣмымъ, послѣ чего состояніе его измѣнилось такимъ образомъ, что больной ежедневно съ 6 до 9 часовъ утра слышалъ и говорилъ, а въ остальное время дня былъ совершенно глухимъ и нѣмымъ. И въ этомъ случаѣ языкъ былъ вполне нормальнымъ. Больной легко и безъ всякаго труда могъ его высовывать и двигать во всѣ стороны. Иногда у истеричныхъ наблюдаются, однако, и двигательныя расстройства языка. Иногда, хотя и очень рѣдко, у нихъ встрѣчаются отклоненія языка, происходящія, по всей вѣроятности, вслѣдствіе судороги *m. styloglossi* одной стороны при парезѣ мышцъ другой стороны.

Хотя истерія и представляетъ очень частую причину расстройствъ чувствительности языка, почему мы и поставили ее во главѣ описанія этихъ расстройствъ, однако существуетъ еще цѣлый рядъ и другихъ этиологическихъ моментовъ. Прежде всего слѣдуетъ замѣтить, что анестезія вкусовыхъ нервовъ, хотя и въ не очень выраженной формѣ, иногда появляется вслѣдствіе периферическихъ расстройствъ, если, напр., нервные концевые аппараты потеряли свою возбудимость или если что-либо въ большей или меньшей степени мѣшаетъ вкусовымъ веществамъ дѣйствовать на эти концевые аппараты. Это, напр., бываетъ при цѣломъ рядѣ болѣзней слизистой оболочки языка, сопровождающихся сильной сухостью и толстымъ налетомъ. Но и при непатологическихъ условіяхъ слишкомъ горячая или слишкомъ холодная пища и напитки могутъ вызвать ослабленіе вкусового ощущенія и даже полную потерю его. Парестезіи вкуса (*parageusis*) наблюдаются также при нѣкоторыхъ только что упомянутыхъ периферическихъ измѣненіяхъ. Больные съ налетомъ на языкѣ, съ различными болѣзнями полости рта и съ патологическими состояніями желудочно-кишечнаго канала нерѣдко жалуются на измѣненія вкуса, какъ вкусъ клейстера, гнили и другіе гадкіе вкусы во рту.

Гораздо чаще, однако, причины расстройства чувствительности на языкѣ не периферическаго характера, а обуславливаются расстройствомъ въ проводимости вкусовыхъ нервовъ. Такъ, оно можетъ, напр., встрѣчаться при заболѣваніяхъ *n. glossopharyngei*, *n. lingualis* и *n. trigemini* внутри черепной полости, затѣмъ при заболѣваніяхъ *chordae tympani* и *n. facialis*. Что касается *n. glossopharyngei*, то иногда наблюдаются сжатія его, какъ и другихъ черепныхъ нервовъ, новообразованиями на основаніи черепа, хроническими менингитами и т. д. Послѣдствіемъ этого, кромѣ другихъ явленій, бываетъ потеря вкусового ощущенія на корнѣ

¹⁾ *Mendel*, Sitzungen der Berl. med. Gesellsch. 1887, 13 июля.

языка пораженной стороны. Неоспоримыхъ изолированныхъ заболѣваній этого нерва до сихъ поръ не наблюдалось. При нарушеніяхъ проводящихъ путей въ *n. trigeminus*, *n. lingualis*, *chorda tympani* и въ нѣкоторыхъ частяхъ *n. facialis* наблюдается потеря вкусового ощущенія на кончикѣ, боковыхъ краяхъ и вообще на передней трети языка. Характеръ этихъ нарушенийъ проводимости чрезвычайно разнообразный. Въ тройничномъ нервѣ, напр., а именно въ его внутричерепной части, въ особенности въ Гассеровомъ узлѣ, они могутъ обуславливаться размягченіями, воспаленіями и новообразованиями. Иногда они являются послѣдствіемъ перехода патологическихъ процессовъ съ частей сосѣднихъ съ нервомъ, какъ мозговые оболочки, сосуды и кости, или проводимость нарушается вслѣдствіе непосредственныхъ поврежденій нерва при несчастныхъ случаяхъ или операціяхъ. Наконецъ, могутъ быть поврежденія центральнаго развѣтвленія нерва въ мозгу кровоизліяніями, новообразованиями, размягченіемъ и т. д., послѣдствіемъ чего является *ageusis*. Что касается *n. lingualis*, то послѣ перерѣзыванія его многократно уже наблюдался полный параличъ вкусового ощущенія на одной половинѣ языка. *Ziehl* ¹⁾ видѣлъ также нѣсколько случаевъ изолированнаго паралича этого нерва съ расстройствами вкуса на переднихъ частяхъ языка. Относительно *chordae tympani* слѣдуетъ замѣтить, что при поврежденіи ея при болѣзняхъ среднего уха (костюда скальной кости, травма) послѣдствіемъ можетъ быть параличъ вкуса на передней части языка.

Что касается, наконецъ, лицевого нерва, то при параличахъ его тоже часто наблюдаются расстройства вкусового ощущенія. Сами параличи могутъ быть различнаго происхожденія; они могутъ обуславливаться поврежденіями и заболѣваніями среднего уха или скальной кости, но могутъ быть и чисто ревматическаго характера. Важная въ этомъ отношеніи часть лицевого нерва есть та, которая идетъ отъ мѣста вступленія въ *chorda tympani* до *ganglion geniculi*, нарушеніе же проводимости надъ или подъ этими мѣстами на вкусовое ощущеніе, какъ показываетъ опытъ, никакого вліянія не имѣетъ.

Въ заключеніе слѣдуетъ еще замѣтить, что нерѣдко продолжительная или временная потеря обонянія можетъ сильно ослабить и вкусовое ощущеніе. Такіе больные главныхъ вкусовыхъ ощущеній, какъ сладкаго, кислаго, соленого и горькаго, обыкновенно хотя не теряютъ, но все-таки сильно страдаютъ отъ отсутствія болѣе тонкихъ вкусовыхъ ощущеній, которыя могутъ быть восприняты только въ связи съ обоняніемъ.

Изъ всего этого слѣдуетъ, что правильное объясненіе существующей аномаліи вкуса часто можетъ представлять самыя большія затрудненія; къ правильному заключенію можно придти только при наблюденіи за всѣми другими, сопровождающими ее симптомами.

Въ виду того, что параличъ вкусового ощущенія, какъ мы видѣли,

¹⁾ *Franz Ziehl*, Virchow's Archiv. 117, стр. 52. 130, стр. 528.

большей частью поражает только известную часть поверхности языка, то аномалия эта больным обыкновенно никаких страданий не причиняет и существование ее они довольно часто даже не подозревают. Только при потере вкуса, обусловливаемой потерей обоняния, особенно страдают те больные, для которых хороший стол имеет большое значение.

Что касается лечения, то оно прежде всего должно иметь в виду основное страдание. Особенно у истеричных можно, пожалуй, попробовать местное лечение гальванизацией или общее—внушением.

6. Невралгия языка.

Отдельная невралгия *nervi lingualis* редка. Причины их различны и довольно часто их установить вообще невозможно. Иногда, повидимому, боль вызывается кариозным зубом или каким-либо небольшим оперативным вмешательством на какой-нибудь части полости рта. Течение болезни такое, что приступы сильных болей сменяются совершенно безболезненными промежутками. В некоторых случаях мы, однако, наблюдали и довольно постоянную боль, которая обыкновенно усиливалась вследствие движений языка при разговоре, жевании и глотании, а также при возбуждении. Характер болей меняется: они бывают то рвущими или колющими, то рвущими или сверлящими. И место болей больные указывают чрезвычайно различно. Объективно в таких случаях на языке ничего патологического не заметно, прикосновение к нему обыкновенно никаких болей не причиняет. Только изредка прикосновение вызывает новый приступ.

Albert ¹⁾, напротив, наблюдал несколько случаев невралгии, ограничивавшейся одной половиной языка, при которой он всегда находил и объективное изменение языка, а именно небольшое разращение листовидных сосочков на краю его и как раз у того места, на котором к языку прикрываются небные дужки. Разращение это при прикосновении болело и было похоже на кондилому; сифилиса, однако, у больных доказать нельзя было.

Butlin полагает, что язык иногда может поражаться и невралгиями ревматического характера. Основывает он свое мнение на одном случае, опубликованном *Chomef* ²⁾, в котором больная, страдавшая сильным ревматизмом, во время острого артрита, при котором поражено было и сочленение нижней челюсти, внезапно получила сильную невралгию языка, которая через 24 часа опять исчезла. Каких-либо объективных явлений на языке не наблюдалось.

Что, наконец, невралгия языка, если под этим понимать боли вообще, могут встречаться при самых различных условиях, понятно само собою. Здесь мы хотим упомянуть только о тех жестоких бо-

лях, которые при раке языка часто мучают больных самым страшным образом.

Что касается лечения отдельных невралгий *nervi lingualis*, т. е. настоящей невралгии языка, то прежде всего следует указать на то, что оно большей частью требует много времени для получения успеха, которого, к сожалению, довольно часто и вовсе не получается. Для местного лечения преимущественно применяется постоянный ток. При этом, однако, не следует упускать из виду и общего внутреннего лечения, которое должно состоять в хорошем питании и назначении укрывающих средств. В более тяжелых случаях и при безуспешности лечения электрическим током можно делать осторожные впрыскивания морфия в паренхиму языка, которые, смотря по случаю, конечно, приходится и повторять. В упорных случаях, в которых больные очень страдают от болезни, следует иметь в виду и растягивание, и даже резекцию *nervi lingualis*. Но даже и это лечение иногда продолжительного успеха не дает. В случаях, подобных описанным *Albert* ¹⁾, наилучший результат, по его мнению, дает гальванокаустическое разрушение гипертрофированных и воспаленных сосочков.

7. Glossodynia. Glossalgia.

Под этими названиями мы понимаем настоящий невроз языка. Симптомы его суть более или менее сильные боли в языке, мучающие больных иногда долгое время, часто даже целые дни, но характер которых точно определить невозможно. Часто даже больные жалуются собственно не на боли, а на какие-то неопределенные парестезии, поражающие весь язык или какие-либо части его. Этим *glossodynia* очень существенно и отличается от только что описанной невралгии, при которой бывают совершенно определенные, типичные болевые приступы, которые большей частью длятся только короткое время и затем переходят в совершенно безболезненные промежутки. Обыкновенно *glossodynia* сопровождается целым рядом истерических или неврастенических явлений, основу которых часто образует сам язык. В таких случаях больные думают, что страдают раком, сифилисом или какой-либо другой опасной болезнью языка. Нередко они боятся, что их *papillae circumvallatae* суть какие-то патологические опухоли и т. п. Они постоянно осматривают и ощупывают свой язык, следят за каждым изменением налета и в самых незначительных отклонениях от нормы видят разные угрожающие их жизни признаки. Они жалуются на затруднения при разговоре, жевании и глотании. Никакие вразумления и доказательства в таких случаях обыкновенно несколько не помогают; напротив того, легко удастся на некоторое время отвлечь внимание больных от их дурных мыслей другими интересующими их вещами. Объективно на языке таких больных абсолютно ничего патологического не видно, только изредка находят на некоторых местах шелушение

¹⁾ *Albert*, Wiener med. Presse. 1885, январь.

²⁾ *Chomef*, Leçons de clinique médicale. Paris 1837, т. II, стр. 178.

эпителія. При этомъ больные тѣлесно нисколько обыкновенно не страдаютъ. Они хорошо спятъ, у нихъ прекрасный аппетитъ и вслѣдствіе этого они въ вѣсѣ не теряютъ.

Относительно леченія слѣдуетъ упомянуть, что оно должно быть не лекарственное, а преимущественно психическое, хотя довольно часто всѣ успокаиванія врача остаются совершенно безуспѣшными. Въ такихъ случаяхъ умѣстно леченіе внушеніемъ. Кромѣ этого, можно примѣнять и общія мѣры противъ нервности больныхъ, какъ водолеченіе, соответственное питаніе и образъ жизни. Отъ мѣстнаго или болеутоляющаго леченія, напротивъ, ничего ожидать нельзя; общимъ правиломъ въ этихъ случаяхъ должно быть—дѣлать по возможности меньше, чтобы отнимать у больного поводъ на основаніи какихъ-либо терапевтическихъ и въ особенности мѣстныхъ приемовъ дѣлать ложное заключеніе объ опасности его болѣзни.

XI. Болѣзни языка, вызываемыя животными и растительными паразитами.

1. Эхинококковая болѣзнь.

Эхинококкъ въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчается и въ мускулатурѣ языка. Явленія, вызываемыя имъ въ этомъ органѣ, въ общемъ тѣ же, что и въ другихъ частяхъ тѣла. Здѣсь, какъ и тамъ, медленно растущій зародышъ, повидимому, вызываетъ реактивное воспаленіе вокругъ себя, вслѣдствіе чего и образуется стѣнка пузыря. Такъ какъ пузырь вначалѣ очень малъ, то его въ первое время въ мышечной ткани языка найти нельзя, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда онъ развился непосредственно подъ слизистой оболочкой. Съ ростомъ опухоли начинается выдаваться надъ спинкой языка, въ видѣ гладкаго, кругловатаго новообразованія, рѣзко ограниченаго со всѣхъ сторонъ отъ окружающей ткани. Большей частью, повидимому, киста развивается въ срединѣ языка. Зыбленіе находятъ рѣдко, большей частью, напротивъ, опухоль напряжена и тверда. Когда киста еще мала, то она никакихъ страданій не вызываетъ, если же она уже значительно выросла, то она можетъ своей величиной причинять неудобства при разговорѣ, глотаніи и жеваніи, но не боли. Распознаваніе кисты, какъ эхинококка, большей частью возможно только при оперативномъ леченіи ея, которое мы сейчасъ опишемъ. Леченіе это состоитъ въ разрываніи кисты, удаленіи ея содержимаго и стѣнки. Содержимое, какъ и при всѣхъ другихъ наблюдаемыхъ въ организмѣ эхинококковыхъ кистахъ, состоитъ изъ прозрачной, рѣже нѣсколькомутной вслѣдствіе примѣси гноя, жидкости, въ которой находятся гидатиды. Выздоровленіе послѣ тщательнаго удаленія кисты обыкновенно наступаетъ быстро и большей частью безъ осложнений; за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, въ которыхъ уже произошла дегенерация стѣнки кисты, что иногда обуславливаетъ продолжительное нагноеніе.

2. Пузырчатая глιστα.

Cysticercus cellulosae встрѣчается въ языкѣ человѣка чаще эхинококка. Подобно послѣднему, и онъ образуетъ въ мускулатурѣ этого органа мѣшчатую опухоль величиною отъ горошины до боба, которая, благодаря своей малой величинѣ, никакихъ страданій не вызываетъ. И здѣсь правильный діагнозъ можно поставить обыкновенно только при помощи пробнаго прокола, при которомъ получается извѣстная прозрачная цистичерковая жидкость, самаго же паразита можно удалить только потомъ болѣе длиннымъ разрывомъ. Нерѣдко развивается воспаленіе, а затѣмъ и нагноеніе пузырей, въ особенности если они единичны, какъ это часто бываетъ на языкѣ. Относительно причины этого нагноенія мнѣнія еще очень расходятся. Наиболѣе вѣроятно объясненіе *Leber'a* ¹⁾, по которому измѣненные пузырьчатой глистой ткани представляютъ *locus minoris resistentiae* для проникновенія въ нихъ бактерій изъ кровеносныхъ сосудовъ или непосредственно.

3. Ankylostomiasis.

Проникновеніе круглой глисты, какъ извѣстно, вслѣдствіе свойства этого паразита уничтожать кровь вызываетъ въ большинствѣ случаевъ тяжелое малокровіе, а нерѣдко и смерть. Понятно, что послѣ проникновенія паразитовъ прежде всего появляются расстройства со стороны желудочно-кишечнаго канала, какъ боль подъ ложечкой, тошнота, рвота, колики и отсутствіе аппетита. Въ это время языкъ всегда сильно обложенъ и большей частью на всей поверхности. Впослѣдствіи, когда вслѣдствіе постоянныхъ, довольно значительныхъ потерь крови появляются симптомы малокровія, въ послѣднемъ принимаетъ всегда участіе и языкъ, который становится блѣднымъ, вялымъ и поблекшимъ. Вслѣдствіе болѣе сильныхъ расстройствъ пищеваренія, обуславливаемыхъ все болѣе усиливающейся анеміей, налетъ языка становится болѣе обширнымъ и толстымъ и ведетъ къ очень непріятному *foetor ex ore*.

4. Dracontiasis. *Filaria medinensis*. Мединская нитчатка.

Хотя мединская нитчатка чаще всего наблюдается на нижнихъ конечностяхъ въ области лодыжекъ,—о способѣ проникновенія паразита и до сихъ поръ еще ничего опредѣленнаго неизвѣстно,—но иногда она можетъ встрѣчаться и на другихъ частяхъ тѣла, между прочимъ и на языкѣ. Объ одномъ такомъ случаѣ упоминаетъ *Davaine* ²⁾. У молодого человѣка была на кончикѣ языка болѣзненная опухоль, сильно мѣшавшая ему при разговорѣ, жеваніи и глотаніи. При изслѣдованіи найдено было зыбленіе, а при сдѣланномъ затѣмъ пробномъ проколѣ изъ нея вытекла серозно-гнойная жидкость. Вскорѣ послѣ того изо рта больного вышелъ

¹⁾ *Leber*, *Cysticercus extraction und Cysticercus entzündung*. Arch. f. Ophthalmologie. XXXII. 1, стр. 312.

²⁾ *Davaine*, *Traité des eats ozoaires*. 1887. 2 изд., стр. 562.

кусочек мединской нитчатки и затѣмъ оказалось, что упомянутая болѣзненная опухоль была вызвана этимъ паразитомъ, который былъ удаленъ, какъ это обыкновенно дѣлается, наматываніемъ на палочку.

5. Trichinosis.

Въ теченіе трихинной болѣзни, три стадіи которой, а именно стадіи проникновенія паразита въ желудочно-кишечный каналъ (*ingressio*), стадіи перехода въ мышцы (*digressio*) и стадіи инкапсулированія (*regressio*), клинически только рѣдко можно разграничить другъ отъ друга, на языкѣ, смотря по развитію болѣзни, иногда наблюдаются ясно выраженные патологическія явленія. Короткое время спустя послѣ проникновенія трихинъ въ желудочно-кишечный каналъ появляются очень выраженные и сильныя расстройства пищеваренія, проявляющіяся тошнотой, частой отрыжкой, рвотой и болями въ области желудка. Иногда развивается также характерная картина холеры. При совершенномъ отсутствіи аппетита и сильной жаждѣ языкъ въ такихъ случаяхъ часто очень сухъ и покрытъ довольно обильнымъ, свѣтлорозовымъ налетомъ. Затѣмъ языкъ опухаетъ, становится чувствительнымъ къ давленію, а движенія его—затрудненными. Последнее, однако, бываетъ не всегда. Во многихъ случаяхъ трихинной болѣзни, въ началѣ которыхъ не бываетъ никакихъ симптомовъ со стороны желудочно-кишечнаго канала, или когда они только очень слабо выражены, языкъ большей частью остается нормальнымъ. Въ стадіи *digressio*, когда трихины переходятъ въ мускулатуру, конечно, можетъ заболѣвать и языкъ, какъ и всякая другая группа мышцъ тѣла, и случается это совсѣмъ не рѣдко. Пораженная часть мышцъ тогда опухаетъ, мѣсто это становится твердымъ, какъ доска, и при прикосновеніи чрезвычайно болѣзненно. Такія же боли появляются, конечно, и при разговорѣ, жеваніи и глотаніи. Въ заключеніе приведемъ еще случай, сообщенный *Miller*омъ¹⁾. У 49-лѣтней женщины на лѣвомъ краю языка, недалеко отъ корня, образовалась рѣзко ограниченная опухоль величиною въ одну марковую монету и очень болѣзненная при надавливаніи. Относительно характера опухоли, существовавшей уже нѣсколько лѣтъ и въ теченіи которой больная сильно похудѣла, до вырѣзыванія ея ничего опредѣленнаго не знали. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ ней нашли массу трихинъ. Въ этомъ случаѣ паразиты проникли, повидимому, только въ мускулатуру языка.

6. Молочница.

Полость рта, а вмѣстѣ съ нею и поверхность языка, какъ извѣстно, кишатъ массой различныхъ растительныхъ паразитовъ. Ихъ больше 30 различныхъ видовъ, изъ которыхъ назовемъ только *micrococcus* и *bacillus subtilis*, *spirochaeta plicatilis*, *jodococcus vaginatus* и *spirillum putigenum*. Всѣ они, однако, для патологіи языка никакого значенія не

имѣютъ, потому что никогда не вызываютъ никакого заболѣванія этого органа. Иначе дѣло обстоитъ со всѣмъ извѣстнымъ и широко распространеннымъ грибомъ молочницы, положеніе котораго въ систематической ботаникѣ и по сихъ поръ, однако, еще не установлено. По новѣйшимъ изслѣдованіямъ *Plant*'а¹⁾ онъ тождественъ съ «*monilia candida*» — грибомъ, который находится преимущественно на гниломъ деревѣ, въ свѣжѣмъ коровьемъ навозѣ и на сладкихъ фруктахъ. Все это, однако, только гипотеза. По всей вѣроятности, грибокъ молочницы принадлежитъ къ вызывающимъ броженіе грибамъ, къ большому виду *saccharomycetes*, точнѣе, однако, его положенія, какъ уже сказано, установить до сихъ поръ не удалось. Какъ бы тамъ, однако, ни было, одно все-таки твердо установлено, а именно, что при размноженіи этого грибка въ полости рта у новорожденныхъ, у грудныхъ дѣтей, но иногда и у взрослыхъ, можетъ появиться вполне характерное заболѣваніе всей слизистой оболочки рта, въ которомъ очень большое участіе принимаетъ и языкъ. Мы хотимъ уже напередъ замѣтить, что болѣе тяжелыя формы молочницы наблюдаются только у больныхъ дѣтей и взрослыхъ. Къ развитію молочницы особенно склонны слабыя дѣти, страдающія желудочно-кишечными болѣзнями, затѣмъ взрослые, страдающіе тяжелыми, долго длящимися лихорадочными болѣзнями, какъ тифъ, воспаленіе легкихъ и т. п. Болѣе легкія и самыя легкія формы, напротивъ, иногда находятъ и у совершенно здоровыхъ грудныхъ дѣтей, у которыхъ уходъ за полостью рта оставляетъ желать многого, и у которыхъ влѣдствіе этого легко происходитъ раздраженіе слизистой оболочки остающимся во рту и разлагающимся молокомъ. Симптомы, наблюдаемые при этой паразитарной болѣзни, различны, смотря по степени развитія ея. Вначалѣ болѣзни или въ легкихъ формахъ ея на неизмѣнной слизистой оболочкѣ языка видны отдѣльныя, бѣлыя, точкообразныя или большія пятна, немного выдающіяся надъ уровнемъ слизистой оболочки; ихъ не такъ легко соскоблить или стереть, какъ остающіяся лежатъ у грудныхъ дѣтей частички молока. Случается даже, что при соскабливаніи этихъ пятенъ происходитъ небольшое кровотеченіе изъ слизистой оболочки, что служитъ доказательствомъ того, что они не только лежатъ на слизистой оболочкѣ, но и тѣсно соединены съ покрывающимъ ее плоскимъ эпителиемъ и болѣе глубокими слоями. Въ дальнѣйшемъ теченіи и въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ слизистая оболочка языка уже не нормальна, а темнопурпуроваго цвѣта и поразительно суха, по каковому состоянію, повидимому, и дано названіе болѣзни (*soor* или *sohr*, *sör* по старинному нѣмецкому нарѣчію обозначаетъ высохшій, сухой). На поверхности слизистой оболочки видна масса вышеописанныхъ пятенъ, которая иногда настолько сливается, что вся поверхность языка выглядитъ какъ бы покрытой бѣлой пеленой. При этомъ бываютъ боли, осо-

¹⁾ *Miller*, Transactions of the pathological society of London. 1849.

¹⁾ *Plant*, Neue Beiträge zur systematischen Stellung des Soorpilzes in der Botanik. Leipzig 1887.

бенно сильныя при питьѣ. Если пораженные молочницей пациенты очень больны, что, какъ уже сказано, бываетъ почти всегда, и если силы и питаніе ихъ вслѣдствіе этого очень слабѣютъ, то и темно-красная вначалѣ слизистая оболочка языка становится блѣдной, а до того бѣлые слои молочницы получаютъ желтоватый или сѣрый цвѣтъ, первое—часто вслѣдствіе рвоты желчью. Въ этихъ случаяхъ удаленіе налетовъ, которые теперь сидятъ очень крѣпко, представляетъ большія затрудненія и почти никогда не удается безъ кровотеченій, которыя, съ своей стороны, опять-таки придаютъ массамъ темно-красный цвѣтъ.

Разсматривая подъ микроскопомъ налеты, которые слѣдуетъ расщипать и изслѣдовать въ концентрированной калиевой щелочи, мы замѣчаемъ, что они состоятъ главнымъ образомъ изъ массы грибковыхъ нитей (мицеліи) и грибковыхъ споръ (конидіи). Грибковые нити представляютъ собою отчасти прямые, отчасти по различнѣйшимъ направленіямъ проходящіе цилиндры длиною въ 50—60 мкм. съ двойными контурами, раздѣленные массой поперечныхъ перегородокъ. На послѣднихъ отъ главныхъ нитей отходятъ боковыя. Внутри цилиндровъ, кромѣ молекулярныхъ тѣлецъ, видна масса сильно преломляющихъ свѣтъ, круглыхъ или овальныхъ образований, которыя, по всей вѣроятности, представляютъ собою развивающіяся споры. Готовыя споры такой же формы и вида находятся въ болѣе или менѣе большомъ количествѣ на концахъ грибковыхъ нитей и вблизи поперечныхъ перегородокъ. Эти споры суть образованія, изъ которыхъ впоследствии развиваются нити. Кромѣ грибковыхъ нитей и споръ видна масса густо перемѣшанныхъ съ ними эпителиальныхъ клѣтокъ поверхности языка и кровяныхъ тѣлецъ, происходящихъ вслѣдствіе сниманія или соскабливанія грибковыхъ массъ и вызваннаго этимъ небольшимъ кровотеченіемъ. Если затѣмъ изслѣдовать отношеніе описанныхъ составныхъ частей молочницы къ пораженной ею слизистой оболочкѣ, то легко можно замѣтить, что одна часть этихъ образований только рыхло прилегаетъ къ ней, другая же глубже проникаетъ въ ткань слизистой оболочки, въ рѣдкихъ случаяхъ до собственно кожи, часто въ прямомъ перпендикулярномъ направленіи, чѣмъ легко объясняется, что налеты молочницы иногда только съ трудомъ отдѣляются отъ поверхности языка.

Развитію грибовъ молочницы во рту сильно содѣйствуетъ кислая реакція въ полости рта, а такъ какъ грудныя дѣти, какъ извѣстно, отдѣляютъ только очень мало щелочно реагирующей слюны и вслѣдствіе этого легко получаютъ кислую реакцію во рту, то они и даютъ наибольшій процентъ больныхъ молочницей. По той же причинѣ, т. е. благодаря щелочной реакціи полости рта вслѣдствіе недостаточнаго отдѣленія слюны, и взрослые, страдающіе лихорадочными болѣзнями, иногда заболѣваютъ молочницей.

Такъ какъ грибокъ молочницы чрезвычайно распространенъ, то возможность заразиться имъ очень легкая. Обыкновенно это происходитъ черезъ

загрязненные этимъ грибомъ пищевые продукты, главнымъ образомъ черезъ молоко. Но столь же легко въ полость рта могутъ попасть грибковые споры и съ вдыхаемымъ воздухомъ и, наконецъ, по всей вѣроятности, тоже довольно часто черезъ нечисто содержимую соску.

Смѣшенія болѣзни съ другими, если принимать во вниманіе все сказанное, едва-ли могутъ быть. Во всякомъ сомнительномъ случаѣ, однако, микроскопическое изслѣдованіе соскобленныхъ массъ даетъ возможность поставить вѣрный діагнозъ.

Что касается леченія молочницы, то оно всегда должно быть направлено прежде всего противъ основной болѣзни. Если удастся устранить послѣднюю, то съ подъемомъ силъ больного молочница всегда исчезаетъ сама собою. Въ болѣе легкихъ случаяхъ болѣзнь часто удается устранить или по крайней мѣрѣ очень ограничить тщательной чистотой полости рта и частымъ осторожнымъ смываніемъ пѣтенъ молочницы мягкой тряпочкой. Въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ никакими средствами обыкновенно не удается устранить молочницу навсегда, постоянно появляются все новые возвраты и лучше всего ограничиваться возможнѣйшей чистотой полости рта. *Henoch* рекомендуетъ въ такихъ случаяхъ смазывать слизистую оболочку 1—2 % растворомъ *argenti nitrici* послѣ предварительнаго удаленія массъ молочницы стираниемъ.

7. Актиномикозъ.

Кромѣ грибка молочницы мы знаемъ еще одинъ растительный паразитъ, который можетъ поражать или одинъ только языкъ, или вмѣстѣ съ другими частями тѣла. Это — лучистый грибокъ (*actinomyces*). Подобно грибку молочницы, и онъ не имѣетъ еще твердо установленнаго положенія въ систематикѣ грибовъ, но, по всей вѣроятности, принадлежитъ къ виду *streptothrix*. При ростѣ своемъ онъ образуетъ длинныя нити, которыя многократно развѣтвляются и, наконецъ, распадаются въ споры. Эти нити состоятъ изъ цилиндровъ, которые не отдѣляются другъ отъ друга перегородками, какъ мы это видѣли при грибкѣ молочницы, а раздѣляются виллообразно и въ извѣстномъ періодѣ развитія распадаются на отдѣльныя части, похожія отчасти на короткія палочки, отчасти также на кокки. Съ другой стороны изъ послѣднихъ могутъ опять развиваться вышеописанныя грибковыя нити. Въ живомъ организмѣ лучистый грибокъ образуетъ правильныя колоніи, которыя ясно видны простымъ глазомъ и давно уже извѣстны, какъ желтоватыя, болѣе или менѣе прозрачныя зерна лучистаго грибка. Зерна эти овальны или совершенно круглы съ поперечникомъ въ среднемъ около 0,3 мм. Грибокъ иногда попадаетъ прямо черезъ полость рта и зѣва въ дефекты ткани языка, произошедшіе или вслѣдствіе поврежденія, въ особенности остями хлѣбныхъ растений, или вслѣдствіе какихъ-либо воспалительныхъ процессовъ. Особенно легко, повидимому, заболѣваютъ кончикъ языка и его ближайшая окрестность; во всѣхъ по крайней мѣрѣ до сихъ поръ наблюдавшихся случаяхъ,

описанных *v. Hacker*ом и другими, всегда была поражена эта часть языка. Главный симптом болезни есть боль или менее большая, твердая, довольно резко ограниченная опухоль в веществе языка, в окружности которой мягкие части очень инфильтрованы и с большим разрастанием соединительной ткани. Кожа над опухолью вначале болезни, а большей частью и впоследствии остается неизменной, гладкой, блестящей и подвижной. Так как течение болезни всегда медленное, то почти никогда не бывает значительной болезненности; в очень сильно выраженных случаях, если опухоль достигает большой величины—большей частью она величиною от грецкого ореха до голубиного яйца, редко несколько больше,—она боль или менее мешает движениям языка при разговоре, жевании и глотании и вызывает некоторую чувствительность. Бывают, однако, и случаи, как, напр., описанные *Jelgersma*¹⁾, в которых вначале болезни кроме общей чувствительности языка к давлению появляются и жгучие боли на пораженном месте. Общее состояние несколько не страдает, в особенности если процесс ограничивается языком. Если же болезнь прогрессирует, то сначала в середине твердого узла появляется боль или менее ясное зыбление, которое потом становится все более выраженным. При проколе этих узлов или вскрытии их разрезом вытекает из них обыкновенно только незначительное, характерное содержимое, состоящее из гноя и плавающих в нем песочнообразных, желтоватых зерен лучистого грибка. В одном случае, описанном *Jurinka*²⁾, при микроскопическом исследовании найдены были даже части именной ости, заключенные в отдельном зерне лучистого грибка. Если узел не вскрывается оперативно, то он размягчается, наконец сам вскрывается, выделяет описанное содержимое и обыкновенно потом срастается без образования свищей. Распространение актиномикозного очага в мускулатуру языка или по слизистой оболочке его наблюдается только изредка. Изъязвление узлов тоже, по видимому, редкое явление. Лечение может быть, конечно, только чисто оперативным и состоит во вскрытии узла и выпускане его содержимого. Леченный таким образом случай, описанный *v. Koranyi*³⁾, совершенно выздоровел в течение двух недель. После операции некоторые авторы на довольно продолжительное время назначают иодистый кали, под влиянием которого, по их словам, происходит быстрое выздоровление.

8. Mykosis leptothrica. Mykosis sarcinica.

Во всей полости рта и в особенности на корне языка нередко находят скопление дробянки, известной под именем *leptothrix buccalis*.

Уже в 1873 году *B. Fränkel*¹⁾ обратил внимание на то, что, благодаря присутствию этого грибка, на корне языка и в области небных миндалин могут образоваться плотно сидящие, сфероватые наростки, замтно выдающиеся над поверхностью языка, которые при удалении поразительно быстро вновь появляются.

Впоследствии *Weigert*²⁾ нашел у 23-летнего рабочего в нарыве языка, который развился, вероятно, вследствие повреждения языка об острый, кариозный зуб, клубки нитей *leptothricis*. Нарыв был величиною в грецкий орех и очень напряжен; по вскрытии его был исследован гной, в котором уже простым глазом можно было ясно заметить клубки величиною от булавочной головки до небольшой горошины, которые при микроскопическом исследовании оказались состоящими из переплетшихся между собою нитей *leptothricis*. Очень вероятно, что в этом случае образования эти проникли в нарыв только впоследствии.

В последнее время некоторые авторы, напр. *Tuttle*³⁾, описали очень характерную болезнь языка, существование которой обуславливается несомненно влиянием *leptothricis buccalis*, и дали ей название *mycosis leptothrica* языка. У описываемого *Tuttle*ем молодого человека на языке появились многочисленные узелки и извочки; больной в течение болезни сильно похудел. Узелки были очень болезненны. Вначале болезни предположили сифилис, а затем актиномикоз языка. Один из узелков вырвали, но заживание шло очень медленно. Насечки узелков с последующими прижиганиями азотной кислотой тоже давали только слабые результаты. Лучше, по видимому, действовали прижигания азотнокислым серебром после насечек.

В очень редких случаях и встречающаяся в полости рта большей частью в безцветных формах сарцина тоже может вызвать налеты на слизистой оболочке языка и мягкого неба, которые, по описаниям авторов, имеют вид обручей. Какое-либо патологическое значение эти налеты навряд-ли имеют.

В заключение мы хотим упомянуть еще об одном случае, в котором благодаря влиянию стрептококков образовалось острое воспаление языка с очень сильным опуханием его передней трети, которая увеличилась почти втрое. В этом случае была не рожа, а воспаление языка только как частичное явление общего гнилокровия у женщины, заболевшей после выкидыша родильной горячкой. Во всех частях воспаленной ткани языка найдены были стрептококки. Наблюдавшие этот случай *Sabrazès* и *Bousquet*⁴⁾ называют эту болезнь острым, стрептококковым глосситом.

¹⁾ *B. Fränkel*, Berl. klin. Woch. 1873, стр. 94. Gesellschaft der Charité-ärzte. 1880.

²⁾ *Weigert*, Virchow's Archiv. Bd. LXXXIV, стр. 275.

³⁾ *Tuttle*, Jas. G., A case of primary infection of the tongue by mycosis leptothrica. N. Y. med. record. 1898. Oct. 21.

⁴⁾ *J. Sabrazès* и *P. Bousquet*, Macroglossite aigue streptococcique. Presse méd. 1897, 30 июня.

¹⁾ *B. Jelgersma*, Actinomyces hominis. Med. Weekblad. 1900, стр. 465.

²⁾ *Jurinka*, Ein Beitrag zur Aetiologie der Zungenactinomykose. Aus Pr. f. Wöfler's Klinik. Beitrag zur klin. Chir. XIII. 1895.

³⁾ *F. v. Koranyi*, Specielle Pathologie und Therapie. Herausgegeben von H. Nothnagel. V. Bd. V. Theil. 1 Abteilung.

9. Ящуръ (по-нѣмецки Maul- und Klauenseuche, Aphthenseuche). *Aphthae epizooticae.*

Ящуръ есть острая инфекціонная болѣзнь рогатаго скота, иногда и другихъ животныхъ, сопровождающаяся лихорадкой и высыпаніемъ пузырьковъ. Иногда болѣзнь переходитъ и на людей, приходящихъ въ соприкосновеніе съ больными животными или употребляющихъ ихъ продукты въ некипяченомъ видѣ, въ особенности молоко. Во время инкубаціоннаго періода, длящагося максимумъ 10 дней, больные жалуются большей частью на неопредѣленное недомоганіе, отсутствіе аппетита, иногда и на тошноту. Языкъ въ это время обыкновенно покрытъ толстымъ, грязновато-желтымъ налетомъ, занимающимъ или весь языкъ, или оставляющимъ свободными кончикъ и края его. Настоящее начало болѣзни выражается въ большинствѣ случаевъ сильнымъ ознобомъ, послѣ котораго температура тѣла повышается до 40°. Одновременно появляются характерная сильная головная боль и въ особенности головокруженіе, къ которымъ иногда присоединяется и сильный поносъ. Черезъ нѣсколько дней температура падаетъ и появляются наружные, видимые симптомы болѣзни, изъ которыхъ мы поговоримъ только объ интересующихъ насъ здѣсь явленіяхъ во рту и въ особенности на языкѣ. Такъ какъ зараженіе въ большинствѣ случаевъ происходитъ черезъ ротъ, то въ немъ и появляются первые мѣстные симптомы. Кромѣ непріятнаго чувства сухости наблюдается масса красныхъ пятенъ, которыя развиваются на всей слизистой оболочкѣ рта, включительно и на языкѣ, и въ короткое время сливаются, такъ что вся слизистая оболочка получаетъ темнокрасный, иногда даже синевато-красный цвѣтъ. Языкъ опухаетъ, вслѣдствіе чего на боковыхъ частяхъ его ясно выступаютъ оттиски зубовъ; движенія его при разговорѣ, жеваніи и глотаніи болѣе или менѣе затруднены. Вышеописанный, толстый, грязновато-желтый налетъ усиливается и иногда, въ особенности на спинкѣ языка, получаетъ совершенно черный цвѣтъ. Опуханіе языка не всегда держится въ описанныхъ узкихъ границахъ; бывають, напротивъ, случаи, въ которыхъ онъ опухаетъ очень сильно, такъ что получается картина макроглоссіи, языкъ не находитъ себѣ достаточно мѣста въ полости рта и на нѣсколько сантиметровъ выдается между зубами. При такихъ условіяхъ могутъ наступить даже припадки задушенія. Въ одномъ такомъ случаѣ, наблюдавшемся *Siegel*'емъ¹⁾, выдававшийся кусокъ языка омертвѣлъ и совершенно отпалъ. Однако, такіе случаи столь сильнаго опуханія языка рѣдки. При обратномъ развитіи опухоли, въ особенности если воспалительное состояніе длилось долгое время, могутъ образоваться рубцы, обусловливаемые, вѣроятно, сморщиваніемъ въ соединительной и мышечной ткани языка.

¹⁾ *Siegel*, Die Mundseuche (Stomatitis epidemica). Maul- und Klauenseuche des Menschen. Archiv f. Laryngologie und Rhinologie. 1895. T. III.

На слизистой оболочкѣ рта и въ особенности языка приблизительно въ одной трети всѣхъ случаевъ и преимущественно у дѣтей и женщинъ образуются пузырьки, которые многими ошибочно считаются особенно характернымъ симптомомъ.

На боковыхъ краяхъ языка и на его нижней поверхности тогда появляются пузырьки, окруженные темнокраснымъ ободкомъ; содержимое ихъ вначалѣ прозрачное, серозное, но вскорѣ мутнѣетъ. Пузырьки могутъ достигать величины горошины и, если лежатъ близко другъ къ другу, то и сливаться между собою. Просуществовавъ 2 — 3 дня, а иногда только нѣсколько часовъ, они лопаются и по отпаденіи струпики оставляютъ за собою поверхностно изъязвленные, очень болѣзненные мѣста. Послѣдніе большей частью очень скоро заживаютъ, не оставляя никакихъ другихъ измѣненій. Но иногда и послѣ засыханія пузырьковъ на ихъ мѣстѣ остаются на слизистой оболочкѣ почти неповрежденные, очень красные мѣста, иногда покрытыя фибриновымъ налетомъ. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, образуются широкія язвы, которыя при прикосновеніи легко кровоточатъ и покрыты толстымъ, вонючимъ налетомъ. Но и эти язвы потомъ заживаютъ безъ рубцовъ. Во время существованія пузырьковъ на языкѣ и въ полости рта большинство больныхъ жалуется на довольно сильныя, жгучія боли при жеваніи, разговорѣ и глотаніи. Къ этому присоединяется еще усиленное отдѣленіе слюны и вслѣдствіе тугоподвижности языка постоянное истеченіе ея изъ полости рта.

Что касается возбудителя болѣзни, то нѣкоторый свѣтъ въ этотъ вопросъ внесли изслѣдованія *Siegel*'я и *Bussenius*'а¹⁾. Несомнѣнно одно, что ящуръ рогатаго скота и человѣка вызывается одной и той же палочкой. По описанію *Siegel*'я послѣдняя представляетъ собою маленькую, яйцеобразную палочку, болѣзнетворность которой *Bussenius* доказалъ прививками. Она принадлежитъ къ той же группѣ микроорганизмовъ, къ которой относятся тифозная палочка и *bacterium coli commune*, отъ которыхъ она, однако, отличается своеобразными морфологическими признаками. Распознаваніе болѣзни часто облегчается эпидемическимъ появленіемъ ея, затѣмъ доказаннымъ соприкосновеніемъ больного съ зараженными животными или употребленіемъ ихъ сырыхъ продуктовъ. Но и пузырьки на слизистой оболочкѣ рта и въ особенности часто образующіеся изъ нихъ поверхностныя изъязвленія съ очень краснымъ ободкомъ вполне характерны. Отсутствіе глубокаго разрушенія, наконецъ, тоже предохраняетъ отъ смѣшенія болѣзни съ другими язвенными процессами на слизистой оболочкѣ рта и языка.

При леченіи прежде всего слѣдуетъ обращать вниманіе на соблюденіе правильной діеты. Въ виду всегда почти существующей боли при глотаніи питаніе цѣлесообразно ограничивать прохладными жидкостями, какъ

¹⁾ *Bussenius*, Bacteriologische Untersuchung eines Falles von Maul- und Klauenseuche beim Menschen mit tödtlichem Ausgang infolge Hinzutritts von acuter Leukämie. Archiv f. Laryngologie und Rhinologie 1897. Bd. VI.

молоко, бульонъ и супъ. Что при этомъ необходима тщательная чистота слизистой оболочки, понятно само собою. Мѣстно примѣняются легкія дезинфицирующія полосканія, въ особенности слабые растворы борной кислоты, бертолетовой соли или *kali hypermanganici*. Крѣпкіе растворы обыкновенно только усиливаютъ боли. Къ полосканіямъ можно прибавлять нѣсколько капель опійной настойки; при особенной чувствительности можно употреблять 5—10 % растворъ кокаина. Иногда изъязвленные мѣста слизистой оболочки цѣлесообразно слегка смазывать растворомъ ляписа. Предупрежденіе болѣзни, профилактика ея, легче леченія. Предупрежденіе лучше всего достигается дѣятельностью ветеринарной полиціи, которая должна уничтожать молоко больныхъ коровъ, какъ вредное для здоровья.

10. Хронически рецидивирующія афты.

Въ дополненіе къ только что описанному ящүру мы хотимъ упомянуть о болѣзни, впервые описанной *Mikulicz*¹⁾ подъ именемъ хронически рецидивирующіхъ афтъ, этиологія которой, однако, еще темна. Въ виду этого болѣзни, собственно говоря, и не слѣдовало бы вводить въ эту главу, но клиническія явленія и возможность бациллярнаго происхожденія болѣзни даютъ намъ право сдѣлать это исключеніе.

Болѣзнь эта чрезвычайно рѣдкая. *Mikulicz* видѣлъ ее только 3 раза у малокровныхъ женщинъ въ возрастѣ 20—40 лѣтъ. Другой видѣнный имъ случай у 48-лѣтняго мужчины потому не совсѣмъ цесопоримъ, что больной, кромѣ того, страдалъ еще лейкоплакіей языка. Характерно для болѣзни главнымъ образомъ ея появленіе съ промежутками въ 4—6 недѣль. Начинается она очень маленькими поверхностными слущиваніями эпителія или столь же маленькими пузырьками на слизистой оболочкѣ на краяхъ и въ особенности на кончикѣ языка. Дефекты слизистой оболочки или пузырьки вначалѣ окружены узкимъ воспалительнымъ ободкомъ, который въ послѣдующіе 4—5 дней постепенно расширяется, такъ что отдѣльная гнѣзда, которыхъ обыкновенно бываетъ немного—рѣдко больше 2—3—достигаютъ величины чечевицы. Одновременно дефекты становятся и глубже и покрываются желтовато-зеленымъ налетомъ, довольно плотно прикрѣпленнымъ ко дну. На языкѣ, какъ и на всей слизистой оболочкѣ рта, наблюдаются симптомы легкаго, поверхностнаго воспаленія. На языкѣ обыкновенно бываетъ бѣловатый налетъ и припухлость краевъ его, на которыхъ ясно замѣтны оттиски зубовъ. Слюноотдѣленіе усилено, выраженнаго foetor ex ore, однако, не бываетъ. Особенно характерна также самопроизвольная, сильная болѣзненность маленькихъ дефектовъ, еще болѣе усиливающаяся при дотрогиваніи къ нимъ. Разговоръ, жеваніе и глотаніе поэтому довольно сильно затруднены, общее же состояніе больныхъ не оставляетъ желать ничего лучшаго, если только оно не страдаетъ отъ сопровождающаго болѣзнь малокровія и хлороза. Приблизительно черезъ

¹⁾ *Mikulicz und Michelson*, Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle. Berlin 1892.

8—10 дней дефекты заживаютъ безъ замѣтныхъ рубцовъ или другихъ, какихъ-либо мѣстныхъ измѣненій; налетъ вмѣстѣ съ воспалительными явленіями и субъективными страданіями постепенно исчезаютъ и наступать медленное заживленіе. Часто, однако, во время заживленія старыхъ опять развивается нѣсколько новыхъ есадинъ со всѣми вышеупомянутыми симптомами. Все это можетъ повторяться нѣсколько разъ, такъ что одновременно можно наблюдать сыпь въ различныхъ стадіяхъ ея появленія и заживанія.

Что касается этиологіи болѣзни, то мы уже раньше упомянули, что она еще совершенно темна. Самъ *Mikulicz* склоненъ полагать, что главной причиной служатъ трофическія разстройства и подтверждаетъ свой взглядъ тѣмъ, что всѣ его три пациентки были очень малокровны или хлоротичны. Но совершенно отрицать возможности бациллярнаго происхожденія болѣзни тоже нельзя, въ особенности если принять во вниманіе, что малокровныя и хлоротичныя пациентки *Mikulicz*'а долгое время пили много молока для улучшенія общаго своего состоянія. За бациллярное происхожденіе болѣзни говорить также точное по времени теченіе ея и столь же точное заживаніе болѣзненныхъ очаговъ. Сифилисъ и туберкулезъ въ описанныхъ случаяхъ можно было совершенно исключить.

Леченіе простое. Прежде всего слѣдуетъ позаботиться объ улучшеніи общаго состоянія, такъ какъ питаніе больныхъ обыкновенно довольно плохое. Кромѣ хорошей, обильной, но притомъ и совершенно нераздражающей діеты показаны желѣзо и мышьякъ въ различныхъ формахъ. Мѣстно, по наблюденіямъ *Mikulicz*'а, благоприятно дѣйствуютъ смазыванія дефектовъ палочкой ляписа, примѣненія же кокаина рекомендовать нельзя, такъ какъ хорошее дѣйствіе его длится слишкомъ короткое время. Одновременно можно употреблять также различнѣйшія полосканія, напр. съ борной или карболовой кислотой, Бертолетовой солью и т. д.

11. Сибирская язва. Anthrax. Pustula maligna.

Заразное начало сибирской язвы есть палочка, принадлежащая къ азробамъ; въ громадномъ большинствѣ случаевъ она попадаетъ въ организмъ человѣка черезъ кожу. Вслѣдствіе этого первыя проявленія этой болѣзни чаще всего наблюдаются на кожѣ, а именно въ видѣ первичнаго наружнаго карбункула сибирской язвы. Встрѣчается, однако, и другая, хотя и гораздо болѣе рѣдкая, первичная форма заболѣванія кожи сибирской язвой, извѣстная подъ именемъ сибирезъвеннаго отека. Эта форма не ограничивается наружными покровами, а встрѣчается и на слизистой оболочкѣ рта и языка. При пораженіи послѣдняго слизистая оболочка его сильно опухаетъ и краснѣетъ. На языкѣ образуются гнойнички, наполненные серозной или кровянистой жидкостью, которые, лопааясь, оставляютъ послѣ себя изъязвленные мѣста. Иногда на этихъ мѣстахъ образуются болѣе или менѣе глубокіе, темные струпья. Большей частью, однако, опухаетъ не только слизистая оболочка языка, но и весь органъ цѣликомъ

настолько, что дѣло легко можетъ дойти до припадковъ и даже смерти отъ задушенія. Но и сибирезвенный карбункулъ иногда, хотя и рѣдко, поражаетъ языкъ въ такой же формѣ, какъ и наружные покровы. *Rammstedt* ¹⁾, напр., наблюдалъ такой карбункулъ на нижней поверхности языка у 28-лѣтняго рабочаго. На послѣдней образовалось темно-коричневое, омертвѣвшее мѣсто величиною въ марку, перешедшее и на дно полости рта. Лицо и шея больного при этомъ были отечны. Въ омертвѣвшихъ частяхъ найдены были палочки сибирской язвы. Больной выздоровѣлъ безъ всякаго оперативнаго вѣшательства при примѣненіи льда и полосканій укусунокислымъ глиноземомъ, питательной діетѣ и возбуждающихъ.

При другой формѣ сибирской язвы у человѣка, при сибирской язвѣ слизистой оболочки желудка и кишекъ, которая обыкновенно протекаетъ очень бурно и большей частью ведетъ къ смерти, языкъ принимаетъ участіе какъ часть пищеварительнаго тракта. Но явленія со стороны языка, состоящія въ незначительной припухлости и толстомъ налетѣ, не характерны.

Насколько распознаваніе выраженного сибирезвеннаго карбункула наружныхъ покрововъ легко, если только удѣляютъ достаточно вниманія анамнезу и симптомамъ болѣзни, настолько діагнозъ можетъ быть труднымъ при сибирезвенномъ отеѣ полости рта и языка. Появляющаяся вначалѣ болѣзни опухоль и краснота слизистой оболочки абсолютно ничего характернаго не представляетъ и только появляющіеся потомъ выраженные гнойнички вмѣстѣ со тщательно собраннымъ анамнезомъ могутъ дать возможность поставить вѣрный діагнозъ. Напротивъ, въ случаяхъ съ выраженнымъ сибирезвеннымъ карбункуломъ въ той формѣ, какъ онъ описанъ былъ выше, діагнозъ не представляетъ затрудненій, въ особенности когда находятъ палочки, что удается сравнительно легко. Сибирскую язву желудка и кишекъ часто совсѣмъ не удается диагностировать.

Что касается леченія, то прежде всего необходимо провести хорошую профилактику. Какъ повсюду, такъ и здѣсь предупредить сравнительно легче, чѣмъ вылечить. Если дѣло уже дошло до сибирезвеннаго отека языка, то для предупрежденія опасности задушенія вслѣдствіе сильнаго опуханія его необходимо дѣлать глубокія скарификаціи языка и примѣнять ледъ снаружи и внутри. Всякія другія мѣстныя мѣры въ сравненіи съ этой главной задачей отходятъ на задній планъ. При сибирезвенномъ карбункулѣ слѣдуетъ, насколько возможно, избѣгать всякаго оперативнаго вѣшательства, чтобы не дать свободнаго доступа проникновенію палочекъ въ кровеносную систему. Антисептическимъ и противовоспалительнымъ мѣстнымъ леченіемъ вмѣстѣ съ наивозможнѣйшимъ поддержаніемъ силъ больного большей частью удается добиться выздоровленія его.

¹⁾ *Rammstedt*, Ein Fall von Milzbrand der Zunge mit Ausgang in Heilung nebst Bemerkungen zur Behandlung des Milzbrandcarbunkels. Münch. med. Woch. 1899, № 19.

12. Сѣнная лихорадка (Лѣтній каттаръ *Bostock'a*).

Сѣнная лихорадка, которая и въ настоящее время еще довольно часто смѣшивается съ судорожнымъ чиханіемъ и астмой, представляетъ собою вполне характерную болѣзнь, впервые описанную въ 1819 году англійскимъ врачомъ *Bostock'омъ* ¹⁾, который самъ страдалъ ею. Она развивается большей частью въ совершенно опредѣленное время года и начинается судорожнымъ раздраженіемъ въ глазахъ и носу и затѣмъ переходитъ на болѣе глубокіе дыхательные пути, результатомъ чего является катарральное воспаленіе различныхъ слизистыхъ оболочекъ. Въ это время существуетъ также особая чувствительность слизистыхъ оболочекъ къ извѣстнымъ вѣшнимъ раздраженіямъ, которой въ свободное отъ припадковъ время не бываетъ; между этими раздраженіями главную роль, повидимому, играетъ цвѣточная пыль различныхъ травъ. Подобно тому, какъ въ глазахъ и носу, болѣзненные явленія начинаются и въ глоткѣ, и во рту больныхъ выраженнымъ, хотя и не долго длящимся, очень тягостнымъ чувствомъ сухости, которое скоро смѣняется очень неприятнымъ зудомъ и щекотаніемъ, жженіемъ и колющими болями. Эти мучительныя парестезіи одновременно поражаютъ и языкъ, на которомъ чувство жженія часто столь сильно и болѣзненно, что больные сравниваютъ его съ чувствомъ послѣ употребленія Сауеппе'скаго перца (*Sticker*) ²⁾. Чтобы по возможности облегчить свое состояніе, больные большей частью трутъ языкъ о твердое небо, но облегченіе при этомъ только временное и жженіе послѣ этого часто еще усиливается. На языкѣ большей частью ничего не видно, только въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы наблюдали воспалительную красноту на передней части языка. Представляетъ-ли она характерный для болѣзни признакъ, или только послѣдствіе частаго тренія языка о твердое небо для облегченія состоянія, пока еще неизвѣстно. Парестезіи къ вечеру обыкновенно проходятъ, благодаря чему больные по крайней мѣрѣ не лишены сна, но на слѣдующій день снова появляются въ той же степени, а часто въ еще болѣе сильной. Астматическій періодъ болѣзни по отношенію къ языку ничего особеннаго не представляетъ. Терапевтически противъ симптомовъ со стороны языка ничего сдѣлать нельзя. Полный покой и по возможности меньше говорить—въ этомъ отношеніи главное.

XII. Языкъ при нѣкоторыхъ другихъ болѣзняхъ.

1. Болѣзнь *Weil'a*.

При болѣзни *Weil'a*, которая, какъ извѣстно, представляетъ собою симптомокомплексъ, состоящій изъ сильной лихорадки съ тяжелыми нерв-

¹⁾ *Bostock, J.*, Case of periodical affection of the eyes and chest. Med. chir. transact. Vol. X. 1819. London.

²⁾ *Georg Sticker*, Der Bostock'sche Sommerkatarrh. (Das sogenannte Heufieber). Specielle Pathologie und Therapie von *Nothnagel*. Wien 1896.

ными явлениями, опухоли селезенки и печени, желтухи и симптомовъ воспаления почекъ, и которая, по всей вѣроятности, тождественна съ желчнымъ тифомъ, языкъ большей частью выглядитъ такъ, какъ при всѣхъ долго длящихся, въ особенности тифозныхъ лихорадочныхъ состояніяхъ. Онъ большей частью сухъ, покрытъ толстымъ, сѣровато-желтымъ или бѣловатымъ налетомъ, нѣсколько припухши и дрожить. Только послѣ паденія высокой температуры поверхность языка снова очищается и становится влажной; одновременно вновь появляется и отсутствовавший до тѣхъ поръ аппетитъ. Въ единичныхъ случаяхъ на языкѣ наблюдались нѣкоторые, хотя и интересные, особенности, но которыхъ нельзя считать принадлежащими къ картинѣ болѣзни. *Roth*¹⁾, напр., описалъ случай болѣзни *Weil*'а у 21-лѣтней работницы, у которой языкъ при приемѣ въ больницу въ *Bamberg*'ѣ былъ сухъ, съ трещинами и очень красный. Справа отъ кончика языка видно было неправильное кругловатое, очень красное пятно съ сильно выступавшими сосочками. Нѣсколько дней спустя общее состояніе нѣсколько улучшилось, языкъ сталъ нѣсколько менѣе сухимъ, нитевидные сосочки сильно выдавались, весь органъ былъ пятнистымъ и соответствовалъ картинѣ ландкартообразнаго языка. Хотя только что описанное состояніе языка при болѣзни *Weil*'а, какъ уже сказано, совсѣмъ не относится къ картинѣ болѣзни, но мы все-таки считали интереснымъ упомянуть о немъ.

2. Уремическія состоянія.

Въ теченіе хроническихъ заболѣваній почекъ, сопровождающихся уремическимъ состояніемъ, иногда находятъ своеобразныя измѣненія на слизистой оболочкѣ рта и въ особенности на языкѣ. Измѣненія эти, кромѣ анеміи, поражающей всѣ слизистой оболочки, и хроническаго катарра, проявляющагося на поверхности языка въ видѣ постояннаго, болѣе или менѣе сильнаго налета, состоятъ въ отекахъ и въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ въ появленіи язвъ. Отеки появляются одновременно съ отеками на другихъ частяхъ тѣла и съ водянкой въ различныхъ полостяхъ, но иногда они проявляются и безъ таковыхъ или остаются болѣе или менѣе продолжительное время послѣ нихъ. Отечный языкъ въ такихъ случаяхъ замѣтно опухши, а движенія его, смотря по степени опуханія, болѣе или менѣе сильно затруднены. Иногда на немъ, какъ и на другихъ частяхъ слизистой оболочки рта, развиваются изъязвленія, въ особенности на краяхъ языка, по всей вѣроятности влѣдствіе продолжительнаго раздраженія, производимаго рядами зубовъ на опухшій органъ. Язвы эти имѣютъ различную форму, но большей частью однако онѣ продолговато-овальны съ неправильными краями и покрыты желтоватымъ струпомъ. Обыкновенно онѣ остаются довольно поверхностными, но въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ могутъ проникать и глубже и тогда дно ихъ почти всегда покрыто гряз-

¹⁾ *Roth*, Ein Beitrag zur neuen Infectionskrankheit *Weil*'s. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1887, т. 41, стр. 314.

нымъ желтовато-сѣрымъ налетомъ. При этомъ бываетъ очень обильное слюнотеченіе и сильный запахъ изо рта. Во время развитія язвъ температура тѣла, хотя и не очень сильно, но все-таки повышена. Самочувствіе больного вообще страдаетъ гораздо меньше, чѣмъ можно было бы полагать по явленіямъ во рту. Когда симптомы мочековія проходятъ, то изъязвленія замѣтно улучшаются и могутъ даже совершенно зажить, въ противномъ же случаѣ они ускоряютъ несчастный исходъ болѣзни ослабленіемъ уже и безъ того сильно ослабѣвшаго больного. Интересно и достойно вниманія наблюденіе *Mracek*'а, который нашелъ у 20-лѣтняго больного, находившагося въ сома *agaemicum*, опухоль языка, а именно только передней лѣвой половины его. На томъ же мѣстѣ виденъ былъ также обширный, желтовато-бѣлый струпъ, покрывавшій изъязвленіе. Съ исчезновеніемъ коматознаго состоянія, одновременно съ улучшеніемъ общаго состоянія больного струпъ этотъ спалъ и язва въ короткое время очистилась. Указать вѣрную этиологическую причину появленія такъ называемаго уремическаго изъязвленія и другихъ измѣненій слизистой оболочки полости рта и языка въ настоящее время еще невозможно. Указаніе на то, что благодаря существующей уреміи, какъ аутоинтоксикаціи, нарушается иммунитетъ тканей слизистой оболочки противъ зараженія многочисленными бактеріями, существующими въ полости рта, къ сожалѣнію, объясняетъ еще слишкомъ мало.

3. Morbus Addisonii.

Одинъ изъ главныхъ симптомовъ Аддисоноваго болѣзни, при которой постояннымъ явленіемъ, какъ извѣстно, бываетъ заболѣваніе надпочечниковъ, есть своеобразная темная пигментация кожи. Но и въ настоящее время мы еще ничего опредѣленнаго не знаемъ относительно связи надпочечниковъ съ указанной бронзовой окраской кожи. Въ большинствѣ случаевъ этой болѣзни на слизистой оболочкѣ рта и въ особенности языка наблюдаются такіе же пятна, какъ на наружныхъ покровахъ. Пятна эти хорошо ограничены отъ окружающей нормальной ткани и лежатъ на уровнѣ слизистой оболочки. Величина ихъ чрезвычайно различная. Большей частью они лежатъ на краяхъ языка или на кончикѣ его. Страданій они больному никогда не причиняютъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи окрашенныхъ частей слизистой оболочки въ верхнихъ слояхъ кѣтокъ находятъ своеобразный, темный пигментъ. Интересенъ случай, наблюдавшійся *Greenhow*'омъ и описанный *Butlin*'омъ, въ которомъ на языкѣ и остальной слизистой оболочкѣ рта были только что описанные пятна безъ какихъ-либо измѣненій наружныхъ покрововъ. При вскрытіи этого больного, умершаго отъ туберкулеза легкихъ, надпочечники найдены были совершенно здоровыми. При гистологическомъ изслѣдованіи пятенъ слизистой оболочки, въ противоположность Аддисоноваго болѣзни, найдено было, что пигментъ лежалъ не въ кѣткахъ эпидермиса, а въ слои соединительной ткани сосочковъ и въ подслизистой ткани. Хотя этиологія

данного случая очень темна, однако все-таки при этомъ необходимо помнить, что бронзовая окраска наружныхъ покрововъ тоже многократно наблюдалась безъ одновременнаго заболѣванія надпочечниковъ.

4. Сахарное и несахарное мочеизнурение.

При сахарномъ мочеизнуреніи, при которомъ существуютъ столь сильныя и важныя аномаліи питанія и использованія пищевыхъ веществъ, уже съ самаго начала можно было ожидать столь же важныхъ и характерныхъ измѣненій и со стороны языка. И это въ дѣйствительности такъ и бываетъ. По *Seegen*'у¹⁾, котораго мы въ общемъ будемъ придерживаться при описаніи измѣненій языка, послѣдній у страдающихъ мочеизнуреніемъ рѣдко бываетъ нормальнымъ. Многіе діабетики жалуются на болѣе или менѣе сильную сухость во рту и въ особенности на языкѣ. Есть-ли эта сухость проявленіе существующей во многихъ случаяхъ сильной жажды, еще неизвѣстно. Во всякомъ случаѣ, однако, у этихъ больныхъ часто наблюдается общій разлитой стоматитъ съ покраснѣніемъ слизистой оболочки рта и зѣва. Что касается самого языка, то онъ почти всегда утолщенъ и выглядит поэтому болѣе широкимъ и объемистымъ, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Края его при этомъ какъ бы надрублены и волнисты. Иногда на нихъ ясно замѣтны и оттиски зубовъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни на всей поверхности языка часто образуются тонкія трещины, которыя вначалѣ очень поверхностны и образуютъ многократно переплетающуюся сѣть.

Въ этомъ періодѣ поверхность языка, по выраженію *Seegen*'а, выглядит какъ кусокъ крокодиловой кожи. Впослѣдствіи трещины становятся болѣе глубокими, часто между ними существуетъ одна особенно глубокая по срединной линіи языка, отъ которой по всѣмъ направленіямъ отходятъ всѣ остальные. Всѣ эти трещины не кровоточатъ и не изъязвлены, но, несмотря на это, во многихъ случаяхъ болѣе или менѣе чувствительны къ кислой, острой и пряной пищѣ. Что касается сосочковъ слизистой оболочки языка, то нѣкоторые изъ нихъ или цѣлыя группы значительно увеличены и въ видѣ островковъ нѣсколько выдаются надъ уровнемъ и ясно замѣтны благодаря своей интенсивной краснотѣ. Единичные сосочки достигаютъ величины булавочной головки. Въ одномъ случаѣ *Seegen*'а сосочки на краяхъ языка, были настолько увеличены, что весь край состоялъ какъ бы изъ смѣняющихся углубленій и выступовъ. На нѣкоторыхъ частяхъ поверхности языка, кромѣ того, видны гладкія, блестящія, бурья мѣста, на которыхъ налета никогда не бываетъ. Между ними расположены отдѣльныя, бѣлыя, плотныя, матовыя мѣста, такъ что языкъ выглядит какъ при лейкоплакии. Изрѣдка появляются также единичныя изъязвленныя мѣста величиною до горошины. Всѣ эти измѣненія языка должны давать поводъ врачу изслѣдовать мочу на сахаръ.

Часто у страдающихъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ во рту и на языкѣ появляется молочница. Отдѣленіе полости рта у такихъ больныхъ вообще, повидимому, обладаетъ какими-то свойствами, очень благоприятными для развитія различныхъ грибковъ и бактерій. Удаленіе молочницы большей частью представляетъ большія затрудненія и едва-ли можетъ быть достигнуто однимъ урегулированіемъ діеты.

При несахарномъ мочеизнуреніи обыкновенно никакихъ характерныхъ явленій на языкѣ не наблюдается. Но и при этой болѣзни, по крайней мѣрѣ во многихъ случаяхъ, языкъ тоже очень сухъ.

XIII. Новообразованія языка.

На языкѣ наблюдаются различныя доброкачественныя и злокачественныя опухоли. На немъ находятъ почти всѣ опухоли, встрѣчающіяся на другихъ частяхъ тѣла. Рассмотримъ сначала первыя.

I. Доброкачественныя опухоли.

1. Мѣшеччатая опухоль. Слизистыя кисты. *Ranula*. Дермоиды. Слюнные камни. (*Sialolithiasis*).

Изъ мѣшеччатыхъ опухолей языка важную роль играютъ кисты, обусловливаемые цистицеркомъ и эхинококкомъ. Но о нихъ мы уже говорили подробно. Другія, встрѣчающіяся въ языкѣ, мѣшеччатая опухоль суть кисты слизистыхъ железъ. Онѣ наблюдаются довольно часто и представляютъ собою ретенціонныя кисты слизистыхъ железъ. Ихъ находятъ, конечно, только тамъ, гдѣ въ слизистой оболочкѣ языка лежитъ много этихъ железъ, т. е. преимущественно на основаніи, въ окружности *rapillae circumvallatae*, иногда также на нижней сторонѣ кончика языка. Онѣ происходятъ вслѣдствіе закупорки выводныхъ протоковъ этихъ железъ, а закупорка, съ своей стороны, есть большей частью послѣдствіе воспалительныхъ процессовъ. Иногда первымъ поводомъ къ образованію слизистой кисты бываетъ, повидимому, усиленное отдѣленіе железы. Въ обоихъ случаяхъ результатомъ бываетъ медленно прогрессирующее расширеніе слизистой мѣшечка, а при дальнѣйшемъ растяженіи стѣнки—образованіе кисты. Кисты большей частью бываютъ одиночными и рѣдко достигаютъ значительной величины. Обыкновенно онѣ величиною отъ горошины до боба, рѣдко въ грецкій орѣхъ. Форма ихъ соотвѣтственно ихъ происхожденію кругловатая, консистенція напряженная и твердая, зыбленіе наблюдается только въ рѣдкихъ случаяхъ. Онѣ лежатъ непосредственно подъ слизистой оболочкой, которая гладка и болѣе или менѣе напряжена. Отъ окружающихъ тканей онѣ довольно хорошо ограничены. Содержимое ихъ состоитъ изъ липкой, тягучей, сѣровато-бѣлой, довольно прозрачной массы, которая есть не что иное, какъ слизь. При медленномъ развитіи слизистыхъ кистъ онѣ никакихъ страданій больнымъ большей частью не причиняютъ; довольно часто даже больной замѣчаетъ ихъ совершенно случайно, когда онѣ достигли уже значительной величины. Только если онѣ нагнаиваются,

¹⁾ *L. Seegen, Der Diabetes mellitus. Leipzig. T. O. Weigel. 1870.*

что иногда случается вследствие проникновения возбудителей воспаления в стѣнку кисты или ее содержимое, онѣ, конечно, вызываютъ боль и довольно сильное неудобство.

Распознаваніе слизистыхъ кистъ обыкновенно не трудно, въ особенности когда онѣ лежатъ на мѣстахъ языка легко доступныхъ для осмотра и ощупыванія пальцемъ. Онѣ достаточно характеризуются своей ограниченной формой, поверхностнымъ положеніемъ и сильнымъ напряженіемъ. Но если онѣ лежатъ глубоко на основаніи языка, если онѣ еще малы и скрыты въ подслизистой ткани, то распознаваніе ихъ можетъ быть довольно труднымъ. Ихъ можно тогда вполне принять за какую-нибудь другую опухоль, за фиброму, липому или хронически протекающій абсцессъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ, однако, пробный проколъ тотчасъ дастъ возможность поставить вѣрный діагнозъ.

Что касается леченія, то иногда вполне достаточно простого разреза кисты; вѣрнѣе, однако, вылучить ее, что легко сдѣлать подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ. Въ заключеніе слѣдуетъ упомянуть еще о сообщенномъ *Bryant* омъ ¹⁾ случаѣ кровяной кисты у молодой, 18-лѣтней дѣвушки. Эта киста имѣла всѣ признаки обыкновенной слизистой кисты, но при вскрытіи ея оказалась наполненной кровью. Такъ какъ, однако, у больной за нѣсколько дней предъ разрывомъ кисты было сильное кровотеченіе изо рта и носа, то очень возможно, что такое же кровоизліяніе произошло и внутрь кисты, которая сначала была простой слизистой. О хотя и очень рѣдко встрѣчающейся, кистозной лимфангіомѣ языка будетъ сказано въ одной изъ слѣдующихъ главъ.

Въ самомъ языкѣ, какъ мы видѣли, кисты появляются не особенно часто, но подъ нимъ, въ подъязычномъ пространствѣ, съ обѣихъ сторонъ уздечки языка онѣ довольно часты. Здѣсь прежде всего встрѣчается извѣстная уже съ древнихъ временъ кистозная опухоль, описанная подъ именемъ подъязычной опухоли, *ranula*. Она бываетъ врожденной и приобретенной и встрѣчается во всякомъ возрастѣ и у обоего пола, хотя чаще всего у взрослыхъ людей. Она представляетъ собою кругловатую, прозрачную, синевато-бѣлую или синевато-красную опухоль, которая развивается на днѣ полости рта сбоку отъ уздечки языка и, если достигаетъ болѣе значительной величины—она можетъ дойти до величины куриного яйца,—то переходитъ за среднюю линію и можетъ болѣе или менѣе смѣститься сосѣднія ткани, въ особенности языкъ. На покрывающей ее, очень утонченной и растянутой слизистой оболочкѣ видны расширенныя, извилистые кровеносные сосуды; слизистое содержимое ея ясно просвѣчиваетъ черезъ оболочку. Вся опухоль производитъ впечатлѣніе туго наполненного пузыря. Иногда *ranula* при болѣе сильномъ ростѣ протискивается подъ уздечкой языка на другую сторону и раздѣляется тогда уздечкой на двѣ неравныя половины. При еще большемъ развитіи опу-

¹⁾ *Bryant*, Grey Hospital rep. т. 41.

холи она проходитъ между мышцами, образующими подбородокъ, и бо́льшая или меньшая часть ея появляется на шеѣ. Въ рѣдкихъ случаяхъ *ranula* развивается по обѣимъ сторонамъ уздечки языка. Подобный случай видѣлъ *André* ¹⁾ у 22-лѣтней женщины. *Ranula* у нея была двусторонняя и представляла еще особый интересъ своимъ перемежающимся характеромъ.

Относительно происхожденія *ranulae* взгляды и въ настоящее время еще расходятся, несмотря на то, что вопросомъ этимъ прилежно занималось много выдающихся изслѣдователей. Обусловливается это прежде всего тѣмъ, что у живого человѣка мѣста образованія опухоли вследствие смѣщенія ею окружающихъ тканей точно опредѣлить нельзя; микроскопическое изслѣдованіе вырѣзанной стѣнки кисты вследствие частаго перерожденія ея, какъ и въ другихъ кистозныхъ опухоляхъ, тоже не разрѣшаетъ вопроса. Наиболѣе вѣроятно все-таки мнѣніе, что *ranula* происходитъ вследствие закрытія выводныхъ протоковъ железы, т. е. представляетъ собою ретенционную кисту. *Recklinghausen* ²⁾ и *Sonnenburg* ³⁾ доказали это преимущественно относительно *Blandin-Nuhn* овской железы, которая, какъ извѣстно, лежитъ въ кончикѣ языка и очень мала. Первый изъ нихъ нашелъ въ *ranula* остатки этой железы и, кромѣ того, стѣнку кисты, выстланную эпителиемъ, соответствовавшимъ эпителию упомянутой железы. Можно поэтому вполне допустить, что по крайней мѣрѣ часть подъязычныхъ опухолей имѣетъ такое происхожденіе. Въ происхожденіи другой части главную роль играютъ другія железы. Сюда относятся *glandula sublingualis* и *submaxillaris*, *glandula incisiva*, лежащая на шейкахъ средняго и бокового рѣза, а можетъ быть и какая-нибудь слизистая железа слизистой оболочки дна полости рта. Нѣтъ никакой причины совершенно отрицать возможности образованія подъязычной опухоли вследствие закупорки выводныхъ протоковъ этихъ железъ. Въ послѣднее время *Mintz* ⁴⁾ микроскопическимъ изслѣдованіемъ *ranulae*, удаленной вмѣстѣ съ *glandula sublingualis*, патолого-анатомически доказалъ первичное образованіе кисты изъ маленькихъ выводныхъ протоковъ этой железы. Изъ этого онъ выводитъ заключеніе, что въ такихъ случаяхъ кромѣ подъязычной опухоли всегда необходимо удалять и подъязычную железу.

На совершенно другой почвѣ стоитъ предположеніе, что *ranula* можетъ образоваться вследствие включенія какихъ-нибудь эпителиальныхъ зародышей при закрытіи жаберныхъ дугъ. Какъ бы тамъ ни было, но анатомически доказано только образованіе подъязычной опухоли изъ *Blandin-Nuhn* овской железы и изъ *glandula sublingualis*.

¹⁾ *André*, Bilateral intermittent ranula. N. Y. med. record. 1900. 3 февр.

²⁾ *von Recklinghausen*, Ueber die Ranula, die Cyste der Bartholinischen Drüse und die Flimmercyste der Leber. Virchow's Arch. т. 84. 1881.

³⁾ *Sonnenburg*, Arch. f. klin. Chirurgie, 1883, т. XIX, стр. 627.

⁴⁾ *Mintz*, Glandula sublingualis und Ranula. Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie Bd. 51. 1 и 2. 1899.

Страдания, причиняемая больным подъязычной опухолью, не особенно большія. Болей она обыкновенно вообще не вызывает; больные большей частью жалуются главнымъ образомъ на неприятное чувство инороднаго тѣла подъ языкомъ и на затрудненіе языка при разговорѣ, жеваніи и глотаніи. Особенно неприятными эти ощущенія становятся только при сильномъ или очень быстромъ развитіи опухоли. Что очень быстрое образованіе опухоли, вполнѣ возможно, доказываетъ случай, описанный *Stuart'омъ* ¹⁾. Въ случаѣ этомъ *ranula* образовалась совершенно внезапно и черезъ 6 часовъ уже достигла своей наибольшей величины. Три дня спустя она сама вскрылась. У грудныхъ дѣтей *ranula* вслѣдствіе приподыманія кончика языка можетъ сильно затруднять сосаніе. При чрезмѣрномъ увеличеніи опухоли вслѣдствіе приподыманія всего языка можетъ наступить затрудненіе дыханія.

Распознаваніе *ranulae* едва-ли можетъ представлять какія-либо затрудненія. Характерный видъ и положеніе опухоли, ея зыбленіе, которое большей частью очень легко констатировать, въ особенности если положить одинъ палецъ на опухоль, а другой подъ подбородокъ и давить на опухоль, едва-ли можетъ оставлять какія-либо сомнѣнія относительно ея характера. Только изрѣдка бываютъ смѣшенія опухоли съ дермоидной кистой, которыхъ, однако, можно избѣгнуть, если принять во вниманіе отсутствіе зыбленія въ послѣдней и прозрачность *ranulae*.

Леченіе послѣдней можетъ быть, конечно, только чисто хирургическимъ. Наилучшій способъ есть полное вылученіе всей кисты со стороны рта безъ наркоза. Операция эта вслѣдствіе чрезвычайной тонкости стѣнки кисты совсѣмъ не легка, но при достаточной осторожности все-таки удается во многихъ случаяхъ. Прежде всего необходимо осторожно разрѣзать покрывающую опухоль слизистую оболочку, причемъ слѣдуетъ стараться не надрѣзывать кисты. Затѣмъ опухоль вылучаютъ лучше всего тупымъ путемъ ручкой скальпеля или *Cooper'овскими* ножницами. Но если стѣнка кисты и разрывается и студенистое, богатое муциномъ содержимое ея вытекаетъ, то и тогда еще, хотя и съ трудомъ, удается удалить весь мѣшокъ. Если мы имѣемъ передъ собою подъязычную опухоль, образовавшуюся изъ выводныхъ протоковъ *glandulae sublingualis*, то, какъ уже выше указано было, хорошо удалить и эту железу, какъ первичный очагъ болѣзни.

Если вылученіе невозможно или не показано, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ другимъ способамъ, результаты которыхъ, однако, болѣе или менѣе ненадежны. Можно, напр., послѣ опорожненія содержимаго кисты, вырѣзать по возможности большую часть передней стѣнки ея. Еще вѣрнѣе сшить послѣ этого стѣнку кисты со слизистой оболочкой рта для того, что мѣшокъ надолго остался открытымъ, благодаря чему онъ понемногу сморщивается. Впрыскиваніе іодной настойки въ полость нецѣлесообразно,

во-первыхъ, вслѣдствіе ненадежности ея дѣйствія, а затѣмъ потому, что нерѣдко послѣ этого появляется столь сильное воспалительное опуханіе сосѣднихъ тканей, что появляются припадки задушенія. Довольно вѣрное средство, когда хотять избѣгнуть вылученія, есть протягиваніе черезъ кисту крѣпкой шелковой нитки, стягиваемой узломъ на поверхности кисты. Нитка эта остается лежать 6—8 дней, если только не появляется воспалительныхъ явленій, заставляющихъ удалить ее раньше. За это время, до тѣхъ поръ, пока часть стѣнки кисты не перерѣзывается ниткой, существуетъ открытое сообщеніе между кистой и полостью рта, благодаря чему происходитъ сращеніе нѣкоторыхъ мѣстъ стѣнки кисты со слизистой оболочкой рта и киста заустѣвается. Если, несмотря на это, она вновь наполняется, то не трудно, конечно, снова повторить этотъ способъ леченія. Мы уже выше упомянули, что операций для излеченія *ranulae* нельзя дѣлать подъ наркозомъ или только при свѣшивающейся кзади головѣ. Вмѣсто наркоза примѣняютъ мѣстную анестезію по *Schleich'у* или кокаинъ въ видѣ смазываній или впрыскиваній вокругъ кисты. Въ заключеніе слѣдуетъ упомянуть еще объ одномъ способѣ леченія, съ успѣхомъ примѣняемомъ *Safrantini* ¹⁾. Послѣдній впрыснулъ своему пациенту, страдавшему подъязычной опухолью, 2 раза по 0,01 пилокарпина подъ кожу въ надеждѣ наружнымъ расширеніемъ кисты слюною раскрыть ея выводной протокъ. Это ему, дѣйствительно, удалось и уже послѣ перваго впрыскиванія объемъ опухоли значительно уменьшился.

Гораздо рѣже только что описанной *ranulae* подъ языкомъ наблюдаются дермоидныя кисты, подъязычныя дермоидныя кисты, и только о нихъ мы будемъ говорить здѣсь. Онѣ всегда врожденны, но развиваются въ большинствѣ случаевъ только въ болѣе зрѣломъ возрастѣ и только очень рѣдко въ раннемъ дѣтствѣ. Подъязычная дермоидная киста появляется подъ языкомъ въ области уздечки то по срединѣ, то сбоку ея, большей частью въ видѣ шарообразной или яйцеобразной гладкой опухоли различной величины. Кожа надъ ней подвижна, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда киста туго наполнена; по ней, какъ и по *ranulae*, проходятъ расширенныя кровеносныя сосуды. Консистенція ея тѣстовато-эластичная, настоящаго зыбленія нигдѣ не ощущается. При сильномъ наполненіи кисты давленіе на нее пальцемъ иногда оставляетъ слѣдъ на нѣкоторое время. При поверхностномъ положеніи кисты и не слишкомъ толстой стѣнкѣ, что, правда, бываетъ рѣдко, содержимое ея просвѣчивается желтымъ цвѣтомъ. Если опухоль достигаетъ значительной величины, то она постепенно отгѣсняетъ кончикъ языка кверху и кзади. Иногда языкъ столь сильно прижимается къ твердому небу, что затрудняетъ пріемъ пищи и даже дыханіе.

Мы уже сказали, что подъязычныя дермоидныя кисты суть врожден-

¹⁾ *E. C. Stuart, Acute Ranula. Philad. med. journ. 1899. 23 сентября.*

¹⁾ *Safrantini, Pilocarpin in the treatment of Ranula. Philad. med. Journ. 1899. 27 мая.*

ныя опухоли. Это доказываетъ уже ихъ содержимое, которое имѣетъ видъ сала, густое и состоитъ изъ большого количества эпителия, холестеарина, масла и детрита. Иногда въ этой массѣ находятъ волосы, зубы и другія кости. Стѣнка кисты большей частью довольно плотна и толста и покрыта толстымъ слоемъ клѣтокъ плоскаго эпителия. Болѣзнь несомнѣнно происходитъ вслѣдствіе включенія эпителиальныхъ зародышей въ зародышевыя щели, а именно тамъ, гдѣ срастаются обѣ половины нижней челюсти (медіальныя кисты) и на мѣстѣ сращенія первой и второй жаберныхъ дугъ (латеральныя кисты).

Страданія, причиняемыя подъязычными дермоидными кистами, благодаря ихъ очень медленному росту, до тѣхъ поръ пока онѣ еще сравнительно малы, очень незначительны или ихъ даже совсѣмъ не бываетъ. Только, когда онѣ увеличиваются, появляется уже упомянутое отгѣсненіе языка, которое можетъ сильно мѣшать при глотаніи и разговорѣ. Одышка появляется только при очень рѣдко наблюдаемомъ, чрезмѣрномъ увеличеніи опухоли. Иногда больные жалуются также на постоянное, очень тягостное слюнотеченіе. Если кисты, что рѣдко случается, воспаляются, напр. вслѣдствіе несполнѣнн удавшейся операціи, то мѣстныя боли, конечно, значительно усиливаются.

Распознаваніе подъязычной дермоидной кисты большей частью очень легко. Объ отличіи ея отъ *gavulae* мы уже говорили при описаніи послѣдней.

Леченіе состоитъ главнымъ образомъ въ полномъ вырѣзываніи опухоли, которое довольно легко, такъ какъ почти всѣ дермоиды имѣютъ плотную стѣнку. Всѣ другіе способы, какъ опорожненіе и послѣдовательное вырѣзываніе куска стѣнки мѣшка, впрыскиваніе іодной настойки и т. п., ненадежны и иногда даютъ поводъ къ развитію воспаленія въ кистѣ или въ окрестности ея. Только у грудныхъ дѣтей цѣлесообразно довольствоваться для начала однимъ или нѣсколькими проколами кисты и отложить настоящее удаленіе ея на болѣе продолжительное время.

Въ заключеніе слѣдуетъ упомянуть еще о цѣломъ рядѣ маленькихъ мѣшеччатыхъ опухолей на корнѣ языка, которыя большей частью очень малы и не имѣютъ никакого патологическаго, но зато очень большой анатомическій интересъ. *M. B. Schmidt* ¹⁾ особенно тщательно изслѣдовалъ происхожденіе этихъ опухолей и нашелъ, что онѣ происходятъ, во-первыхъ, изъ поверхностно лежащихъ на корнѣ языка слизистыхъ железъ, затѣмъ изъ серозныхъ железъ описанныхъ *von Ebner* о мѣстѣ *papillae circumvallatae* и, наконецъ, изъ *ductus lingualis*. На послѣднемъ, образующемъ часть *ductus thyreoglossi*, лежитъ довольно большое число слизистыхъ железокъ, изъ которыхъ могутъ образоваться эти маленькія кисты, наблюдаемыя во всякомъ возрастѣ. Вслѣдствіе различнаго происхожденія

кисть корня языка и положеніе ихъ очень различное. Онѣ лежатъ то совершенно поверхностно подъ слизистой оболочкой, то болѣе или менѣе глубоко въ паренхимѣ языка. Во всѣхъ этихъ кистахъ часть выстилающихъ ихъ клѣтокъ покрыта рѣсничками; содержимое ихъ очень различное. Оно то прозрачное и серозное, то серозно-слизистое или гнойное, то кашицеобразное. Иногда въ нихъ находятъ также жидкую или свернувшуюся кровь, какъ послѣдствіе вторичнаго измѣненія стѣнокъ кисты. Такъ какъ эти кисты растутъ очень медленно и достигаютъ при этомъ только незначительной величины, то страданій больнымъ онѣ никогда не причиняютъ и часто даже остаются совершенно незамѣченными. Но и въ противномъ случаѣ удаленіе ихъ едва-ли можетъ стать желательнымъ или даже необходимымъ и должно быть тогда, конечно, только чисто оперативнымъ, какъ и другихъ кистъ. Только въ самыхъ рѣдкихъ случаяхъ кисты корня языка болѣе или менѣе значительно увеличиваются, напр. до величины вишни, и вызываютъ тогда затрудненіе глотанія и дыханія. Такъ оно было, напр., въ случаѣ, описанномъ *Albert* о мѣ ¹⁾, у 60-лѣтней женщины, у которой на лѣвой сторонѣ корня языка въ очень короткое время развилась кругловатая, величиною въ вишню, синевато-просвѣчивавшая киста съ замѣтнымъ зыбленіемъ, къ которой потомъ присоединилось еще нѣсколько такихъ же меньшихъ опухолей.

Въ нѣсколькихъ словахъ мы хотимъ упомянуть еще о встрѣчающихся въ слюнныхъ железахъ камняхъ и образованіи сrostковъ (*sialolithiasis*). Встрѣчаются они довольно рѣдко и чаще всего въ *glandula sublingualis* или ея выводномъ протокѣ, *ductus Whartonianus*. Способъ образованія этихъ сrostковъ и теперь еще не вполне выясненъ. Большинство авторовъ, однако, придерживается взгляда *Klebs* а ²⁾ и *Galippe* ³⁾, по которому слюнные камни образуются подъ вліяніемъ микроорганизмовъ, между которыми *leptothrix buccalis*, вѣроятно, играетъ главную роль. Съ другой стороны и *Hartmann* ⁴⁾ при изслѣдованіи слюнного камня нашелъ въ центрѣ его стрептококковъ, на основаніи чего онъ приходитъ къ заключенію объ инфекціонномъ происхожденіи слюнныхъ камней. Иногда бываетъ также, что вслѣдствіе проникновенія небольшихъ инородныхъ тѣлъ въ выводной протокъ подъязычныхъ железъ, какъ, напр., остей растений, небольшихъ плодовыхъ зернышекъ и т. п., вокругъ нихъ образуются сrostки, если они остаются лежать тамъ продолжительное время, что уже многократно наблюдалось.

Слюнные камни состоятъ изъ фосфорнокислой, иногда также углекислой извести, или изъ обѣихъ вмѣстѣ. Кромѣ того, въ нихъ суще-

¹⁾ *Albert*, Wien. med. Presse. 1885. № 1, 2, 3, 5, 6.

²⁾ *Klebs*, Arch. f. experim. Pathologie Bd. V, стр. 358—Bd. VI, стр. 212.

³⁾ *Galippe*, Sur la synthèse microbienne du tartre et des calculs salivaires. France méd. 1886.

⁴⁾ *Hartmann*, Pathogénie de la lithiase salivaire. Société de chirurgie 1858. 23 февр.

¹⁾ *M. B. Schmidt*, Ueber die Flimmercysten der Zungenwurzel u. s. w. aus der Festschrift für Prof. Dr. B. Schmidt. Jena 1896.

ствуют органическія вещества, какъ бактеріи и слюнные тѣльца, а иногда и вышеупомянутыя инородныя тѣла. Обыкновенно находятъ только одинъ камень, но многократно наблюдали и нѣсколько одновременно. Такъ, напр., было въ случаѣ *Nové-Josserand* ¹⁾, который нашелъ у одного пациента около 20 камней, которые всѣ удалены были со стороны рта. Здѣсь камни образовались, повидимому, не въ самой железнѣ и не въ ductus Whartonianus, а въ тѣхъ маленькихъ железахъ, которыя окружаютъ этотъ выводной протокъ. Величина и вѣсъ ихъ чрезвычайно различны. Въ большинствѣ случаевъ они величиною отъ горошины до вишни, но описаны и камни величиною въ куриное яйцо. Чѣмъ дольше они остаются въ железнѣ или ея выводномъ протокѣ, тѣмъ больше они конечно, становятся. Что касается вѣса, то данныя относительно него колеблутся между 5 и 93,5 гр. Обыкновенно они вѣсятъ только отъ 5 до 20 гр. Форма ихъ большей частью продолговато-цилиндрическая, рѣже шарообразная, цвѣтъ ихъ въ большинствѣ случаевъ сѣровато-бѣлый съ оттѣнкомъ желтаго или краснаго.

Такъ какъ образованіе слюнныхъ камней очень медленное и длится иногда много лѣтъ, то они могутъ существовать долгое время, не вызывая никакихъ симптомовъ. При увеличеніи своемъ они могутъ вредить въ двухъ отношеніяхъ. Во-первыхъ, они закупориваютъ выводной протокъ слюнной железы и совершенно задерживаютъ или по крайней мѣрѣ сильно уменьшаютъ истеченіе секрета послѣдней. Вслѣдствіе этого происходитъ болѣе или менѣе острое воспаленіе и опуханіе пораженной железы. Кромѣ того, вслѣдствіе давленія камня на стѣнку выводного протока въ послѣднемъ появляется изъязвленіе, на почвѣ котораго развивается гнойный катарръ, не ограничивающійся мѣстомъ появленія его, а распространяющійся иногда на всю железу. Благодаря этому воспаленію образуется опухоль, которая можетъ достигать величины грецкаго орѣха и своимъ положеніемъ подъ языкомъ болѣе или менѣе приподымаетъ его вверхъ. Самъ языкъ или вовсе не опухаетъ, или только очень мало, движенія его обыкновенно только очень мало затруднены. Опухоль имѣетъ твердую консистенцію и только очень рѣдко чувствительна, но никогда не болѣзненна. Эти сравнительно незначительныя проявленія болѣзни и составляютъ причину того, что больные являются къ врачу лишь тогда, когда они замѣчаютъ опухоль, или когда ихъ беспокоитъ обильное гнойное выдѣленіе изъ ductus Whartonianus. Обыкновенно, однако, отдѣленіе столь незначительное, что больной его вовсе не замѣчаетъ или только очень мало. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ камень прорывается черезъ стѣнку выводного протока. Неприятнымъ послѣдствіемъ такой случайности можетъ быть зараженіе окружающихъ тканей и флегмона на днѣ полости рта.

Въ общемъ, какъ уже упомянуто, субъективные симптомы, вызы-

¹⁾ *Nové-Josserand*, Calculs de la glande sous-maxillaire. Société des sciences méd. de Lyon. 1896. 14 окт.

ваемые слюнными камнями, только незначительныя. Большей частью они сводятся только къ умѣренной болѣзненности вокругъ слюнныхъ железъ.

Распознаваніе слюнного камня въ выводномъ протокѣ обыкновенно легко. Его можно ощупать, если ввести въ протокъ тонкій зондъ, который тогда наталкивается на твердую, шероховатую массу, или если ощупываютъ протокъ между двумя пальцами. Если камень лежитъ въ самомъ веществѣ железы то распознаваніе его можетъ представить большія затрудненія. Его тогда можно принять за дермоидную кисту или *ganglion*, или даже за злокачественное новообразованіе и только нахожденіе камня раскрываетъ эту ошибку.

Что касается леченія слюнныхъ камней, то оно излишне въ тѣхъ случаяхъ не рѣдкихъ случаяхъ, въ которыхъ камни отходятъ самопроизвольно. Иногда удается также выдавить камень пальцами изъ выводного протока въ полость рта и такимъ образомъ удалить его. Въ остальномъ леченіе можетъ быть только оперативнымъ. Послѣ по возможности полнаго расщепленія Вартонова протока при помощи узкаго ножничка, лучше всего подъ руководствомъ полога зонда, удаленіе камня удается большей частью очень легко при помощи пинцета или корнцанга, или небольшой острой ложечки. Можно также дѣлать разрѣзъ надъ самимъ камнемъ и затѣмъ удалить его такимъ же образомъ. Въ обоихъ случаяхъ надо, однако, быть осторожнымъ, чтобы камень не сломался, и чтобы не остались маленькіе кусочки его, удаленіе которыхъ обыкновенно причиняетъ гораздо большія затрудненія. Если въ самой железнѣ камней нѣтъ, то ее совершенно не трогаютъ, въ противномъ случаѣ рекомендуется временно удалить и ее. Если вслѣдствіе зараженія вокругъ камня появился уже флегмонозный процессъ на днѣ полости рта, то его слѣдуетъ лечить по общимъ правиламъ хирургіи. Виновный во всемъ камень большей частью находятъ тогда въ содержимомъ абсцесса. Послѣ удаленія камня субъективныя явленія прекращаются почти сразу; тамъ же, гдѣ этого не бываетъ, почти всегда существуютъ небольшіе остатки слюнного камня, удаленіе которыхъ, конечно, необходимо во всякомъ случаѣ.

2. Сосудистыя опухоли.

Сосудистыя опухоли, отчасти какъ врожденныя новообразованія, находятъ на языкѣ не очень рѣдко. Главная изъ нихъ есть простая ангиома или *teleangiectasia*. Она состоитъ, какъ уже указываетъ названіе ея, изъ клубка тонкихъ, новообразованныхъ сосудовъ, которые могутъ быть венознаго и артеріальнаго происхожденія. Онѣ встрѣчаются на кончикѣ и на спинкѣ языка, одиночными или по нѣсколько и обыкновенно врожденны; въ большинствѣ случаевъ онѣ представляютъ собою совершенно плоскія съ небольшими бугорками, довольно ограниченныя, синевато-прозрачныя возвышенія, надъ которыми слизистая оболочка нѣсколько напряжена. Иногда въ послѣдней можно замѣтить расширенныя, извилистые сосуды. *Morelli*, напр., показалъ въ обществѣ венгерскихъ уш-

ныхъ и горловыхъ врачей (5-е засѣданіе 6-го октября 1898 г.) больную, у которой на кончикѣ и на серединѣ языка было около 24 ангиомъ величиною отъ булавочной головки до чечевицы. Опасность и страданія, вызываемыя этими остающимися въ узкихъ границахъ телеангиэктазіями, обыкновенно небольшія; опасность заключается главнымъ образомъ въ тяжелыхъ, трудно унимаемыхъ кровотеченіяхъ при какомъ-либо случайномъ поврежденіи. Болей онѣ обыкновенно не вызываютъ, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда черезъ напряженную слизистую оболочку вслѣдствіе поверхностныхъ поврежденій проникаютъ возбудители воспаленія и вызываютъ въ опухоли болѣе или менѣе сильный воспалительный процессъ. Безъ точно опредѣленнаго перехода изъ поверхностной ангиомы можетъ развиваться такъ называемая кавернома. Эти опухоли отличаются отъ первыхъ тѣмъ, что достигаютъ гораздо большей величины и тѣмъ, что вновь образовавшіеся сосуды чрезвычайно сильно расширяются и образуютъ широкія полости съ тонкими стѣнками. Ткань опухоли тогда совершенно похожа на губчатое тѣло полового члена и въ дѣйствительности способна напрягаться, вслѣдствіе чего ангиокаверному называютъ также напрягающейся опухолью. Иногда телеангиэктазія прямо переходитъ въ каверному, вслѣдствіе чего, напр., слизистая оболочка, покрывающая каверному, представляетъ телеангиэктатическія измѣненія. Ангиокавернома встрѣчается на языкѣ далеко не рѣдко и подобно простой ангиомѣ большей частью, повидимому, врожденная. Излюбленное мѣстоположеніе ея есть кончикъ языка и сосѣдніе съ нимъ края. Рѣже она встрѣчается на спинкѣ языка, въ особенности если переходитъ туда съ краевъ, еще рѣже на нижней поверхности его. Почти всегда ихъ бываетъ нѣсколько; онѣ имѣютъ видъ синеватыхъ опухолей съ бугристой поверхностью, внутри которыхъ при ощупываніи замѣтно ихъ долевое строеніе. На покрывающей ихъ слизистой оболочкѣ видны расширенныя сосуды, даже если на ней настоящихъ телеангиэктатическихъ измѣненій не бываетъ. При давленіи на опухоль можно отчасти выдавить ея содержимое. Величина ангиокаверномъ очень колеблется. Большей частью онѣ не больше грецкаго орѣха, но могутъ иногда, хотя и рѣдко, дойти до величины кулака. Въ этихъ случаяхъ онѣ обыкновенно выпячиваютъ дно полости рта книзу и появляются подъ подбородкомъ въ видѣ ясно ощупываемыхъ опухолей. Страданія, вызываемыя этими опухолями, зависятъ отъ ихъ величины. Иногда онѣ могутъ болѣе или менѣе затруднять глотаніе, разговоръ и пріемъ пищи. Но главная опасность ихъ заключается въ обильномъ кровотеченіи, которое иногда очень трудно или совсѣмъ не удается остановить. Случается это преимущественно тогда, когда нѣсколько наполненныхъ кровью кавернозныхъ пространствъ сообщается между собою на поверхности опухоли и все болѣе утончаютъ лежащій надъ ними слой паренхимы и слизистой оболочки, который, наконецъ, разрывается. И здѣсь иногда черезъ утонченный покровъ могутъ проникнуть заразные вещества и дать поводъ къ развитію тяжелаго септического процесса.

Распознаваніе простыхъ ангиомъ и ангиокаверномъ почти никогда серьезныхъ затрудненій не представляетъ. Синевато-красная опухоль съ сосудами, иногда проходящими по покрывающей ее слизистой оболочкѣ, возможность уменьшить ея объемъ давленіемъ пальцемъ, быстрое новое наполненіе опорожненныхъ сосудовъ или пещеръ — почти не оставляютъ сомнѣнія относительно характера болѣзни.

Относительно леченія сосудистыхъ опухолей прежде всего слѣдуетъ замѣтить, что цѣлый рядъ ихъ никакого леченія не требуетъ, такъ какъ онѣ или остаются въ очень узкихъ границахъ, или обратно развиваются самостоятельно. *Molènes*¹⁾, напр., видѣлъ врожденную ангиокаверному на нижней поверхности языка, которая на третьемъ году жизни ребенка сама совершенно исчезла. Другія, напротивъ, требуютъ непремѣнно серьезнаго леченія, такъ какъ представляютъ, какъ мы видѣли, довольно большую опасность. Леченіе это можетъ быть только оперативнымъ. При большихъ опухоляхъ полное вырѣзываніе есть самое простое, хотя и не самое вѣрное средство. При этомъ слѣдуетъ обращать вниманіе главнымъ образомъ на то, чтобы разрѣзы произведены были исключительно въ здоровой ткани и нигдѣ нисколько не затронули опухоли, потому что въ противномъ случаѣ неизбежно происходитъ чрезвычайно обильное паренхиматозное кровотеченіе. Если рану послѣ экстирпации опухоли тщательно зашиваютъ, то не только останавливается кровотеченіе, которое при правильномъ производствѣ операціи довольно умѣренное, но получается и хорошій косметическій результатъ. Лучше всего оперировать безъ наркоза или, если это невозможно, то при свѣшивающейся кзади головѣ, такъ какъ въ противномъ случаѣ кровоизліянія въ полость рта могутъ стать опасными. Поэтому же нужно всегда быть готовымъ и къ производству трахеотоміи и приготовить все необходимое для этой операціи. Въ большомъ ходу также примѣненіе гальванокаутера. Малыя и довольно большія даже опухоли довольно вѣрно и безопасно можно устранить глубокими, но не слишкомъ близко другъ къ другу лежащими уколами платиновымъ каутеромъ, накалившимся до красна. Вколотый инструментъ цѣлесообразно внутри опухоли передвигать въ умѣренныхъ границахъ въ разныя стороны, чтобы разрушить по возможности большія части опухоли. Такимъ образомъ образуются струпа, которые черезъ сравнительно короткое время безъ всякаго вреда отпадаютъ, причемъ одновременно запусѣваютъ и многіе другіе лежащіе вблизи сосуды. При слишкомъ энергичномъ примѣненіи гальванокаутера иногда образуются очень большія струпа, при отпаденіи которыхъ можетъ появиться неожиданное, внезапное и опасное кровотеченіе. Поэтому лучше дѣйствовать медленно и дѣлать много сеансовъ каждый разъ съ небольшимъ количествомъ уколовъ, чѣмъ слишкомъ много. За возвратами вокругъ леченныхъ мѣстъ слѣдуетъ зорко слѣдить и каждый разъ снова лечить. Такимъ образомъ часто удается радикально удалить довольно большія и

¹⁾ P. de Molènes, Tumeur érectile de la langue. Guérison spontanée. Revue médicale 1899. 25 мая.

трудно доступныя сосудистыя опухоли. Изъ другихъ способовъ леченія слѣдуетъ упомянуть еще объ электролизѣ, который по отзывамъ нѣкоторыхъ, примѣнявшихъ его, даетъ довольно благоприятные результаты. Выдающіяся надъ поверхностью, хорошо ограниченныя опухоли иногда удается также удалить при помощи лигатуры.

Aneurysma cirroides, которая, какъ извѣстно, образуется вслѣдствіе опухолеобразнаго расширенія рѣзко ограниченной части артеріальныхъ сосудовъ, наблюдается почти исключительно на головѣ. На языкѣ она появляется очень рѣдко. *Bryant*, напр., описываетъ случай, въ которомъ такая опухоль занимала кончикъ языка и переднюю правую половину его. При давленіи на опухоль она тотчасъ же совершенно спадалась и при прекращеніи давленія снова наполнялась. Леченія никакого произведено не было.

Въ заключеніе слѣдуетъ еще замѣтить, что нерѣдко совершенно случайно на спинкѣ языка и большей частью только на одной сторонѣ его находятъ синеватыя опухоли длиною въ одинъ сантиметръ или нѣсколько больше, состоящія изъ расширенныхъ венъ. Болѣзнь эта, называемая *phlebectasia linguae*, никакого значенія не имѣетъ и не причиняетъ больному никакихъ страданій. Иногда у такихъ лицъ наблюдаются расширенныя вены и на другихъ частяхъ тѣла, но это не постоянно.

Кромѣ того на основаніи языка, въ особенности вблизи миндалинъ языка, большей частью у стариковъ иногда наблюдаются варикозно расширенныя сосуды, которымъ нѣкоторые англійскіе врачи въ послѣднее время стали придавать слишкомъ большое значеніе, считая эти измѣненія причиной появленія функциональной афоніи. Другіе авторы, и въ особенности *Tilley* ¹⁾, такихъ случаевъ никогда не видѣли.

3. Опухоли состоящія изъ лимфатическихъ сосудовъ.

Всѣ состоящія изъ лимфатическихъ сосудовъ опухоли, лимфангіомы языка, повидимому врожденны. Онѣ образуются вслѣдствіе новообразованія лимфатическихъ сосудовъ, относящагося еще къ эмбриональному періоду; такое новообразование лимфатическихъ сосудовъ слѣдуетъ считать аномаліей развитія зародыша. Благодаря увеличенію и расширенію такихъ новообразованныхъ лимфатическихъ пространствъ и проникновенію ихъ въ окружающую здоровую ткань и образуются разбираемые нами опухоли. Воспалительные процессы, повидимому, особенно благоприятствуютъ ихъ развитію.

Слѣдуетъ различать нѣсколько формъ лимфангіомъ языка: разлитую, мѣшечатую и бородавчатую или узловатую лимфангіому. Раздѣленіе это принадлежитъ *E. O. Samter*'у ²⁾, который собралъ и критически ра-

зобралъ нѣсколько подобныхъ случаевъ въ полости рта изъ клиники проф. *Mikulicz*'а въ *Koenigsberg*'ѣ. Начнемъ съ разлитой лимфангіомы, *makroglossia*, той формы, которая въ прежнее время считалась главнымъ типомъ лимфангіомы языка. При ней весь языкъ или болѣе или менѣе большая часть его, а иногда только половина языка, сильно увеличены. Нерѣдко увеличеніе это такое большое, что языкъ не находитъ себѣ достаточно мѣста во рту и постоянно лежитъ между зубами или даже выдается изъ полости рта. На поверхности его, непосредственно подъ слизистой оболочкой видна масса очень маленькихъ, наполненныхъ жидкостью пузырьковъ, которые сначала производятъ впечатлѣніе гипертрофированныхъ сосочковъ языка; настоящій видъ ихъ можно опредѣлить отчасти только при примѣненіи увеличительнаго стекла. Содержимое ихъ различное; оно то прозрачное какъ вода, то мутное въ видѣ молока, то синевато-красное. Послѣднее есть послѣдствіе минимальныхъ кровоизліяній въ пузырьки. Вся ткань увеличенной части языка пронизана массой полостей, которыя имѣютъ различную форму, всѣ сообщаются между собою и проникаютъ до сосочковъ слизистой оболочки, въ которыхъ онѣ, благодаря расширенію лежащихъ въ нихъ лимфатическихъ сосудовъ, и образуютъ вышеописанныя пузырьки. Увеличеніе языка, если оно вначалѣ болѣзни не очень большое или вообще остается въ умѣренныхъ границахъ, никакихъ страданій не причиняетъ. Послѣднія ограничиваются главнымъ образомъ чувствомъ инороднаго тѣла во рту и неловкостью при разговорѣ, который вслѣдствіе трудной подвижности языка нѣсколько затрудненъ; рѣчь становится растянутой и болѣе или менѣе непонятной. Совершенно иной и гораздо болѣе серьезной картина болѣзни становится, когда языкъ увеличивается настолько, что не находитъ себѣ больше мѣста во рту и выдается между зубами. Въ такихъ случаяхъ жалкіе больные вынуждены держать ротъ постоянно открытымъ, вслѣдствіе чего съ угловъ его постоянно стекаетъ слюна. Видъ выдающейся изъ полости рта части языка вслѣдствіе продолжительнаго вліянія воздуха сильно мѣняется. Поверхность его становится сухой, шероховатой, покрывается трещинами, слизистая оболочка все болѣе и болѣе утолщается и получаетъ большей частью темнокоричневый цвѣтъ. При такихъ условіяхъ вышеописанныя неудобства при разговорѣ становятся, конечно, еще болѣе выраженными; глотаніе тоже болѣе или менѣе затруднено, вслѣдствіе чего больные часто вынуждены направлять куски пищи черезъ утолщенный языкъ пальцами. Легко понятно, что измѣненная такимъ образомъ поверхность языка со своими трещинами и вслѣдствіе своей неподвижности вполне открываетъ доступъ проникновенію различныхъ возбудителей зараженія. И въ дѣйствительности при выпаденіи языка довольно часто появляются очень болѣзненные, часто повторяющіеся воспалительные процессы, нерѣдко вызываемые поврежденіями о зубы. Все это, однако, еще не исчерпываетъ тяжелыхъ послѣдствій разлитой лимфангіомы. Вслѣдствіе продолжительнаго давленія, производимаго на нижнюю челюсть постоянно лежащимъ на ней увеличеннымъ

¹⁾ *H. Tilley*, Functional aphonia in man. Treatment with special reference to so-called varicose veins at the basis of the tongue. *Lancet*. 1896. 15 февр.

²⁾ *E. O. Samter*, Ueber Lymphangiome der Mundhöhle. v. *Langenbeck's Archiv f. klin. Chir.* Bd. 41, стр. 41 и 829.

языкомъ дѣло можетъ дойти до деформаци нижнихъ зубовъ, которые понемногу отгѣсняются кпереди и кнаружи и, наконецъ, выпадаютъ. Но и альвеолярный отростокъ и даже вся нижняя челюсть иногда, въ особенности у молодыхъ субъектовъ, сильно измѣняются вслѣдствіе давленія. Тѣ же измѣненія на нижней челюсти иногда находятъ даже у взрослыхъ, заболѣвшихъ въ болѣе зрѣломъ возрастѣ. Иногда вслѣдствіе давленія увеличеннаго языка измѣняется болѣе или менѣе и сводъ твердаго неба. Измѣненіе это выражается уплощеніемъ небнаго свода, которое можетъ стать столь сильнымъ, что сводъ лежитъ почти въ одной горизонтальной плоскости съ краями ячеекъ.

Теченіе разлитой лимфангіомы языка большей частью очень хроническое. Такъ какъ опухоль эта большей частью врожденная, то она нерѣдко наблюдается уже въ юношескомъ возрастѣ. Съ годами она медленно растетъ, долгое время иногда остается на той же ступени развитія и затѣмъ снова начинаетъ быстро расти, въ особенности послѣ воспалительныхъ припадковъ.

Распознаваніе разлитыхъ лимфангіомъ языка никакихъ затрудненій не представляетъ, если болѣзнь уже нѣсколько прогрессировала. Если же она только вначалѣ, такъ что языкъ не особенно увеличенъ и вполне помѣщается во рту, то тогда вообще рѣдко приходится диагностировать болѣзнь, такъ какъ больные эту аномалію никогда почти не ощущаютъ.

Леченіе разлитыхъ лимфангіомъ языка, когда онъ отчасти лежитъ уже внѣ полости рта, можетъ быть только чисто оперативнымъ. Многіе рекомендуютъ дѣлать клиновидное иссѣченіе и тотчасъ же зашивать рану глубокими швами, чѣмъ почти всегда удается остановить обильное болѣе частью кровотеченіе. Для полученія по возможности лучшаго косметическаго результата можно дѣлать предложенный *Boyer*омъ двойной клиновидный разрѣзъ, при которомъ сначала удаляютъ горизонтальный, а затѣмъ вертикальный клинъ изъ массы языка. Иногда операція осложняется сильнымъ воспалительнымъ опуханіемъ языка. Возвраты тоже не совсѣмъ исключены. Для того, чтобы по возможности избѣгнуть перваго, пользуются преимущественно гальванокаустикой и или удаляютъ накаленной петлей части языка, или многократно прокалываютъ языкъ по способу *Helferich*'а въ вертикальномъ направленіи термокаутеромъ. Всегда, однако, слѣдуетъ имѣть въ виду, что всѣ эти операціи можно дѣлать лишь тогда, когда выпавшая часть языка не воспалена.

Вначалѣ болѣзни, когда языкъ не очень увеличенъ и еще помѣщается во рту, иногда, говорятъ, удается остановить болѣзнь постояннымъ замыканіемъ рта при помощи бандажа, благодаря давленію, производимому тогда на языкъ небомъ, дномъ полости рта и зубами. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ наблюдалось и самопроизвольное обратное развитіе разлитой лимфангіомы.

Вторая форма опухолей лимфатическихъ сосудовъ на языкѣ, мѣшечатая лимфангіома, рѣдка. Подобный случай описываетъ *Mikulicz* въ

своемъ атласѣ болѣзней полости рта и зѣва. Больной былъ 7-лѣтній мальчикъ, у котораго уже при рожденіи подъ кончикомъ языка былъ небольшой «кровоанной пузырь», который съ годами настолько увеличился, что языкъ не помѣщался больше во рту. Тамъ какъ опухоль постоянно увеличивалась, то больной былъ помѣщенъ, наконецъ, въ больницу для леченія. Тамъ констатировали опухоль языка величиною въ яблоко; языкъ свѣшивался изъ полости рта приблизительно на 7 сантиметровъ и совершенно покрывалъ подбородокъ.

Слизистая оболочка этой части языка вслѣдствіе постоянного воздѣйствія атмосфернаго воздуха была суха, растрескана и имѣла видъ кожи. Сама опухоль, напротивъ, была мягка и эластична и легко и хорошо ограничивалась отъ нормальной ткани языка. Зубы нижней челюсти вслѣдствіе продолжительнаго давленія лежавшей на нихъ опухоли приняла почти горизонтальное положеніе. При этомъ было сильное слюнотеченіе, рѣчь была совершенно непонятна, а пріемъ пищи настолько затрудненъ, что маленькій пациентъ могъ ѣсть только жидкое. Опухоль была тщательно удалена клиновиднымъ иссѣченіемъ, заживленіе шло гладко, и успѣхъ операціи относительно функціи языка получился хорошій и стойкій. Опухоль оказалась большой кистой, стѣнки которой состояли отчасти изъ одного, отчасти изъ нѣсколькихъ слоевъ клѣточныхъ пластинокъ, похожихъ на эндотелій лимфатическихъ сосудовъ, подъ которыми лежала расположенная слоями соединительная ткань. Въ этомъ случаѣ, слѣдовательно, несомнѣнно была мѣшечатая лимфангіома языка.

Распознаваніе такой кисты, хотя она и встрѣчается очень рѣдко, никакихъ затрудненій не представляетъ. Хорошо ограниченная, кругловатая и эластичная опухоль слишкомъ характерна, чтобы нельзя было распознать, что это киста. Леченіе, конечно, должно сообразоваться съ каждымъ отдѣльнымъ случаемъ и можетъ быть только чисто оперативнымъ.

Третья, чаще наблюдаемая форма опухолей лимфатическихъ сосудовъ языка есть бородавчатая или узловатая лимфангіома. Последняя представляетъ собою довольно твердую, почти всегда хорошо ограниченную, узловатую опухоль различной величины, появляющуюся большей частью на совершенно нормальномъ въ остальныхъ отношеніяхъ языкѣ, преимущественно на краяхъ его и на заднихъ частяхъ спинки языка. Величина ея колеблется между величиной булавочной головки и вишни, иногда нѣсколько больше. Поверхность опухолей не гладкая, а бугристая и производитъ впечатлѣніе папилломы или бородавки. При болѣе подробномъ осмотрѣ между сосочками можно замѣтить тѣ пузырьковыя, полушарообразныя образованія величиною въ булавочную головку съ различнымъ содержимымъ, о которыхъ мы говорили уже при описаніи разлитой лимфангіомы. Смотри по количеству пузырьковъ, лежащихъ другъ возлѣ друга, образуются болѣе или менѣе обширныя опухоли вышеописаннаго характера, выдающіяся надъ уровнемъ слизистой оболочки приблизительно на 2 — 4 mm. При микроскопическомъ изслѣдованіи видно, что опухоли цѣликомъ пронизаны

многочисленными безстѣночными полостями, которыя большей частью наполнены безструктурной, зернистой массой съ примѣсью единичныхъ лимфатическихъ тѣлецъ. Подобно разлитой лимфангіомѣ и узловатая или бородавчатая форма нерѣдко осложняется приступами появляющимися воспалениями всей ткани языка или части ея. Въ такихъ случаяхъ весь языкъ болѣе или менѣе сильно увеличивается, становится болѣзненнымъ и очень краснымъ. Къ этому присоединяется еще лихорадка, а иногда и воспалительное опуханіе сосѣднихъ лимфатическихъ железъ.

Въ заключеніе слѣдуетъ еще упомянуть, что иногда въ узловатую лимфангіому языка мѣстами, повидимому, происходитъ кровоизліяніе. *Brocq* и *L. Bernard*¹⁾ по крайней мѣрѣ описали такой случай подъ именемъ гематолимфангіомы, въ которомъ существовавшая съ самаго рожденія на корнѣ языка, совершенно безболѣзненная опухоль имѣла отчасти просвѣчивающіе, отчасти темносиніе бугорки, похожіе на *paevi vasculosi*. Если узлы или бородавчатая лимфангіомы сидятъ на корнѣ языка или на заднихъ частяхъ спинки его, и если онѣ не особенно увеличиваются, то не причиняютъ больнымъ никакихъ страданій. Совершенно иначе дѣло обстоитъ съ опухолями, лежащими на краяхъ или на кончикѣ языка, или на переднихъ частяхъ спинки его. Вслѣдствіе различнаго и постоянного раздраженія, которому онѣ подвержены, конечно, при разговорѣ жеваніи и глотаніи, онѣ причиняютъ больнымъ довольно сильныя боли.

Распознаваніе узловатой или бородавчатой лимфангіомы можетъ представлять затрудненія лишь тогда, если не обращать вниманія на характерныя пузырьки; въ такихъ случаяхъ ихъ можно смѣшать съ другими, преимущественно злокачественными опухолями. Если онѣ появляются во время существующаго уже глоссита, то подѣ впечатлѣніемъ остраго заболѣванія основнаго страданія можно вообще не замѣтить.

Леченіе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ оно дѣйствительно необходимо вслѣдствіе величины или положенія бородавчатыхъ лимфангіомъ, можетъ быть, конечно, только оперативнымъ. Не слѣдуетъ, однако, довольствоваться однимъ удаленіемъ только той части опухоли, которая выдается надъ поверхностью языка, такъ какъ она почти всегда болѣе или менѣе проникаетъ въ глубину, а необходимо удалить всю опухоль цѣликомъ, что лучше и легче всего достигается клиновиднымъ изсѣченіемъ. Последнее по усмотрѣнію можно производить ножомъ или термокаутеромъ.

4. Фибромы.

Фибромы встрѣчаются на языкѣ сравнительно рѣдко и большей частью у взрослыхъ всякаго возраста. Иногда онѣ бываютъ и врожденными. Излюбленное мѣстоположеніе ихъ есть задняя часть спинки языка, по срединѣ или по обѣимъ сторонамъ его. На нижней поверхности языка фибромы наблюдаются очень рѣдко. Что касается ихъ формы, то онѣ

образуютъ или поверхностно сидяція опухоли съ болѣе или менѣе ясно выраженной ножкой, или опухоли, лежація въ паренхимѣ. Поверхностныя фибромы по величинѣ и ножкѣ своей имѣютъ чрезвычайно различную форму. Маленькія опухоли съ широкими ножками, нѣсколько выдающіяся надъ поверхностью, имѣютъ видъ фиброзныхъ полиповъ, другія, напротивъ, имѣютъ видъ широкихъ, плоскихъ и твердыхъ возвышеній надъ слизистой оболочкой. Когда онѣ увеличиваются — онѣ могутъ достигъ величины куриного яйца, — то сидятъ иногда на длинной, тонкой и подвижной ножкѣ (*fibroma pendulum*) или на широкомъ основаніи безъ ножки на корнѣ языка. На послѣднемъ иногда находятъ и смѣшанныя опухоли (фибролипомы и фибромиомы), которыя также могутъ достигъ значительной величины. Совершенно иначе дѣло обстоитъ съ опухолями, образующимися въ паренхимѣ языка. Съ перваго взгляда ихъ часто вовсе не удается замѣтить; видна только разлитая опухоль на спинкѣ или основаніи языка и лишь при тщательномъ ощупываніи пальцемъ въ глубинѣ находятъ твердую, хорошо ограниченную опухоль. Последняя большей частью круглая и гладкая, но иногда также дольчатая, а на-ощупь твердая и напряжена. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ограниченность опухоли отъ сосѣдней ткани нѣсколько ступевывается вслѣдствіе того, что она даетъ въ нее неправильной формы отростки. Опухоли могутъ достигъ значительной величины. *Bergmann*, напр., демонстрировалъ въ засѣданіи свободнаго Союза Хирурговъ въ Берлинѣ 4-го іюня 1888 года вырѣзанную имъ фиброму спинки языка величиною въ гусиное яйцо. Оба вида фибромы встрѣчаются одиночными, но часто и множественными, въ послѣднемъ случаѣ онѣ часто сидятъ очень близко другъ возлѣ друга. По строенію фибромъ можно различать твердую и мягкую форму. Первая наблюдается чаще, бѣдна кѣлками и состоитъ изъ твердой соединительной ткани. Относящіяся къ этой формѣ опухоли имѣютъ поэтому плотное строеніе, которое только у глуболежащихъ менѣе замѣтно, благодаря покрывающимъ ихъ слоямъ мягкой ткани. Вторая, болѣе рѣдкая форма, напротивъ, несравненно богаче кѣлками, чѣмъ только что описанная, содержитъ также много сосудовъ и тканевой жидкости и имѣетъ поэтому болѣе мягкую консистенцію, а нѣкоторыя даже почти флюктуируютъ. Покрывающая ихъ слизистая оболочка, смотря по величинѣ опухоли, болѣе или менѣе гладкая и напряжена. Всѣ фибромы растутъ чрезвычайно медленно и поэтому причиняютъ больнымъ сравнительно легкія страданія, а если онѣ остаются маленькими, то никакихъ неудобствъ не вызываютъ. Только когда онѣ увеличиваются, онѣ могутъ мѣшать движеніямъ языка и этимъ болѣе или менѣе неблагоприятно вліять на разговоръ, жеваніе и глотаніе. Если большая фиброма сидитъ на основаніи языка, то она можетъ вызвать припадки задушенія, какъ это было у описанной *Pooley*¹⁾ молодой дѣвушки. Съ другой стороны, сидящая на томъ же мѣстѣ такая же опу-

¹⁾ *Brocq* et *L. Bernard*, Hématolymphangiome de la langue et du voile du palais. Soc. fran. de dermat. et de syphil. 11 ноября 1897.

¹⁾ *Pooley*, The amer. journ., апрѣль 1872.

холь может протекать без всяких субъективных симптомов, что доказывается случаемъ, сообщеннымъ *Fith'*омъ ¹⁾. Рѣже происходитъ изъязвленіе поверхности разбираемыхъ нами опухолей, въ особенности мягкихъ формъ, вслѣдствіе какого-либо механическаго поврежденія покрывающей ихъ, утонченной и напряженной слизистой оболочки и послѣдова- тельнаго зараженія вслѣдствіе проникновенія возбудителей воспаленія. По- тѣмъ же или другимъ причинамъ иногда появляются и кровотечения.

Распознаваніе фибромы легко только тогда, когда она имѣетъ харак- терную форму поверхностной, твердой опухоли на ножкѣ или кругловатой, плотной, медленно растущей опухоли въ паренхимѣ языка. Распознаваніе труднѣе при изъязвленіяхъ мягкихъ поверхностныхъ фибромъ. Тогда ихъ можно смѣшать и съ сифилисомъ. Глубоколежащія фибромы иногда можно смѣшать съ другими опухолями (саркома, ракъ, киста) и съ сифилити- ческими инфильтратами. При отсутствіи всѣхъ другихъ признаковъ сифи- лиса, отрицательномъ анамнезѣ или послѣ безуспѣшнаго противосифили- тическаго леченія сифилисѣ, конечно, можно исключить. Ракъ отличается отъ фибромы своимъ болѣе быстрымъ ростомъ, переходомъ на окружаю- щую здоровую ткань и вызываемыми имъ болями. Нѣсколько труднѣе отличіе отъ саркомы, которая можетъ быть столь же хорошо ограничена и такъ же локализоваться, какъ фиброма. Но и здѣсь болѣе быстрый ростъ саркомы и часто появляющіяся при ней боли могутъ служить для отличія ея. — Леченіе можетъ быть только оперативнымъ, при которомъ только очень рѣдко приходится прибѣгать къ наркозу. Обыкновенно- вполнѣ можно обойтись мѣстной анестезіей. Стебельчатая фиброма срѣ- заются просто ножомъ или *Cooper'*овскими ножницами, лежащія же въ паренхимѣ языка необходимо вылущить, сдѣлавъ предварительно разрѣзъ надъ ними, что въ большинствѣ случаевъ удается очень легко. Для фиксаціи языка обыкновенно достаточно захватыванія его шероховатымъ полотенцемъ или какими-либо щипцами для языка съ широкими и крѣп- кими вѣтвями.

5. Липомы.

Жировыя опухоли на языкѣ сравнительно рѣдки. Онѣ иногда бываютъ врожденными, но большей частью появляются лишь у болѣе взрослыхъ субъектовъ; обыкновенно онѣ бываютъ одиночными и только изрѣдка мно- жественными (*Malon*) ²⁾. Локализуются онѣ преимущественно на кончикѣ языка, изрѣдка ихъ находятъ на спинкѣ и еще рѣже на нижней поверх- ности его. Въ большинствѣ случаевъ онѣ развиваются поверхностно и значительно выдаются тогда надъ уровнемъ языка, но иногда также въ паренхимѣ послѣдняго, изъ которой онѣ при дальнѣйшемъ ростѣ могутъ выступить въ видѣ стебельчатыхъ липомъ. Покрывающая опухоль слизи- стая оболочка болѣе или менѣе гладка и напряжена и при положеніи

липомы на конѣ языка сохраняетъ всѣ сосочки. Опухоль иногда дости- гаетъ величины куриного яйца, большей частью круглая и на-ощупъ гладка или дольчатая, какъ всѣ липомы на другихъ частяхъ тѣла. Конси- стенція ея мягкая, почти зыблящая. Нерѣдко черезъ натянутую, тонкую слизистую оболочку можно замѣтить просвѣчивающій желтымъ цвѣтомъ жиръ. Ростъ опухоли чрезвычайно медленный. *Arnold* ¹⁾ описалъ очень интересный случай врожденной липомы языка, осложнившейся такой же липомой зѣва и прободеніемъ въ черепную полость. Опухоль сидѣла на ножкѣ на спинкѣ языка новорожденного ребенка и была такъ велика, что большая часть ея лежала внѣ полости рта передъ ротовой щелью. Глав- ная масса опухоли состояла изъ чистой жировой ткани и только въ се- рединѣ ея былъ небольшой островокъ хряща.

Страданія, вызываемыя липомами, когда онѣ остаются маленькими и сидятъ на не слишкомъ неблагоприятномъ мѣстѣ, небольшія. Въ такихъ случаяхъ больные иногда вовсе не замѣчаютъ опухолей. Лишь тогда, когда онѣ становятся большими, онѣ вызываютъ механическія затрудненія для языка, въ особенности, если онѣ сидятъ на длинной ножкѣ на спинкѣ языка и при жеваніи попадаютъ между зубами. Болѣе сильныя страданія иногда могутъ причинять поверхностныя изъязвленія и другія поврежде- нія. Кромѣ чистыхъ липомъ встрѣчаются на языкѣ также и нѣкоторыя смѣшанныя формы, называемыя фибролипомами (*von Bergmann, Albert*). Кромѣ иного анатомическаго строенія онѣ, однако, ничѣмъ не отличаются отъ липомъ.

Распознаваніе липомы языка большей частью легко. Ихъ часто по- верхностное положеніе, форма и просвѣчиваніе жира черезъ покровы опу- холи—все это признаки, дающіе возможность избѣгнуть ошибки въ діа- гнозѣ. Только липомы, лежащія глубоко въ языкѣ, иногда можно смѣ- шать съ фибромами или, что еще несправедливо, съ сифилитическими ин- фильтратами. Но и послѣдняго легко можно избѣгнуть, если обращать вниманіе на всѣ другіе симптомы, т. е. на отсутствіе какихъ-либо дру- гихъ признаковъ сифилиса и отрицательныя данныя анамнеза.

Леченіе липомъ состоитъ, конечно, въ оперативномъ удаленіи ихъ, а послѣднее, съ своей стороны, точно такое же, какъ при фибромахъ. Вылущеніе липомъ всегда совершается очень легко, такъ какъ онѣ окру- жены сумкой. Стебельчатая липомы очень легко удалить также гальвано- каустической петлей.

6. Хондромы и остеомы. Смѣшанныя опухоли.

Чистыхъ хондромъ и остеомъ на языкѣ до сихъ поръ еще не на- блюдалось и не описано. Но иногда встрѣчаются смѣшанныя опухоли, которыя кромѣ другихъ составныхъ частей, содержатъ хрящъ и костную

¹⁾ *Fith*, The amer. journ., июль 1872.

²⁾ *Malon*, Des lipomes de la langue. Thèse de Paris. 1881.

¹⁾ *J. Arnold*, Ein Fall von congenitalem, zusammengesetztem Lipom der Zunge und des Pharynx mit Perforation in die Schädelhöhle. Virchow. Archiv, т. 50, стр. 482.

ткань. *O. Weber* ¹⁾, напр., описал опухоль языка у 15-лѣтней дѣвушки, величиною въ орѣхъ; опухоль была кругла, тверда и бугриста. При изслѣдованіи ея оказалось, что она состояла главнымъ образомъ изъ хрящевой ткани, но кромѣ того содержала и много соединительной и жировой ткани, т. е. была липохондромой. Во второмъ случаѣ была фиброхондрома, сидѣвшая на краю языка. Подобный случай описалъ также *Huie* ²⁾ на основаніи языка. Въ этомъ случаѣ была гладкая, круглая опухоль, которая постепенно выросла и увеличилась до пяти дюймовъ и имѣла твердую консистенцію. Опухоль сидѣла на основаніи языка на ножкѣ и выполняла своей массой почти всю глотку. При изслѣдованіи въ ней найдено было большое ядро изъ хрящевой ткани, окруженное массой ткани, состоявшей изъ хряща и соединительной ткани. Такіе же случаи описаны и другими авторами, но все-таки очень рѣдки. На основаніи языка иногда при вскрытіи случайно находятъ опухоли, которыя кромѣ хрящевой и костной ткани содержатъ амилоидное вещество, а иногда и нѣкоторое количество гигантскихъ клѣтокъ. Такіе случаи описаны и объяснены преимущественно *Schmidt*'омъ ³⁾. Онъ находилъ ихъ только у стариковъ, умершихъ отъ другихъ болѣзней. По его описанію опухоли эти лежатъ въ корнѣ языка, мало выдаются надъ слизистой оболочкой, круглы и узловаты, покровы ихъ легко подвижны; при жизни онѣ больнымъ никакихъ страданій не причиняютъ. Всѣ эти опухоли, повидимому, врожденны. Распознаваніе ихъ, если онѣ вообще наблюдаются при жизни, что при опухоляхъ лежащихъ на основаніи языка, едва-ли когда либо бываетъ, не очень трудно, такъ какъ уже твердый, бугристый характеръ опухоли указываетъ на существованіе въ ней хрящевой и костной ткани. Удаленіе ихъ не трудно и производится оперативнымъ путемъ.

7. Эндотелиомы.

Эндотелиомы, т. е. опухоли, которыя по совершенно справедливому воззрѣнію *R. Volkmann*'а берутъ свое начало отъ эндотелиальныхъ клѣтокъ лимфатическихъ сосудовъ и соковыхъ канальцевъ въ соединительной ткани, на языкѣ встрѣчаются не часто. Но сюда относится, вѣроятно, и цѣлый рядъ рѣдко наблюдающихся опухолей языка, которыя описаны наблюдавшими ихъ авторами подъ самыми различными названіями, какъ *cylindroma*, *angio-scleroma*, *lymphangiosarcoma*, *adenoma*, *мухома*, *мухо-sarcoma* и т. д. Но и въ настоящее время существуетъ еще, къ сожалѣнію, нѣкоторая неопредѣленность относительно сущности нѣкоторыхъ формъ опухолей. Неопредѣленность эту можно устранить или по крайней мѣрѣ значительно ограничить лучше всего и, можетъ быть, исключительно только введеніемъ общаго принципа въ подраздѣленіи и наименованіи всѣхъ

опухолей на основаніи ихъ исторіи развитія. Съ этой точки зрѣнія мы и здѣсь подъ общимъ именемъ „эндотелиомы“ опишемъ всѣ тѣ смѣшанныя формы опухолей, происхожденіе которыхъ отъ эндотелиальныхъ клѣтокъ не подлежитъ сомнѣнію.

Эти опухоли развиваются большей частью въ заднихъ отдѣлахъ языка и занимаютъ тамъ то правую, то лѣвую половину его. Изрѣдка только, повидимому, онѣ переходятъ за срединную линію языка, какъ въ случаѣ, описанномъ *Ewald*'омъ ¹⁾. Исходятъ онѣ въ большинствѣ случаевъ изъ слоевъ ткани, содержащей железы, и въ особенности съ подслизистой ткани, и отсюда потомъ распространяются на болѣе глубокія ткани. Онѣ растутъ очень медленно—ростъ въ продолженіе десяти лѣтъ при нихъ не рѣдкость—обыкновенно не очень болѣзненны и покрыты нормальной, хотя большей частью очень тонкой слизистой оболочкой. Онѣ имѣютъ твердую консистенцію и не особенно рѣзко ограничены отъ окружающихъ ихъ тканей. Никакой инфильтраціи тканей, заключающихъ опухоли, не бываетъ. Величина ихъ чрезвычайно различная, отъ чечевицы до вишни, но онѣ могутъ стать и очень большими и распространиться подъ языкомъ на дно полости рта и отсюда на боковыя части шеи. Видъ и форма ихъ большей частью шарообразная или яйцевидная. Онѣ всегда инкапсулированы и никакой склонности къ изъязвленію и распаду не имѣютъ. Только когда онѣ становятся очень большими и подвергаются вслѣдствіе этого на поверхности своей постоянному раздраженію, на послѣдней иногда появляются изъязвленія, теченіе которыхъ можетъ быть различнымъ. Иногда появляется только поверхностная, плоская язва, иногда болѣе глубокая, кратерообразная изъязвленія, края которыхъ рѣзко ограничены, а дно покрыто тканевымъ распадомъ.

Страданія, вызываемыя разбираемыми нами опухолями, до тѣхъ поръ, пока онѣ еще малы, незначительны. Если же онѣ увеличиваются, то причиняютъ вслѣдствіе своего положенія на основаніи языка затрудненія при глотаніи, а иногда и одышку. Разговоръ вслѣдствіе плохой подвижности языка тоже можетъ быть болѣе или менѣе затрудненъ. Болѣе или менѣе сильныя боли, иногда мѣшающія и приему пищи, появляются только при изъязвленіяхъ. Всѣ эти симптомы сопровождаются выраженнымъ *fortore ex ore*.

Распознаваніе эндотелиомъ языка большей частью очень трудно. Ихъ можно смѣшать со всевозможными другими опухолями, доброкачественными и злокачественными. Сказанное относится не только къ ихъ клинической картинѣ, а столько же къ ихъ гистологическому строенію, такъ какъ послѣднее бываетъ столь различнымъ и малопостояннымъ, что даже опытный микроскопистъ можетъ стать въ самое затруднительное положеніе при постановкѣ точнаго гистологическаго діагноза. Въ этомъ отношеніи очень поучительна одна довольно рѣдкая опухоль языка, описанная *v. Kry-*

¹⁾ *O. Weber*, Krankheiten des Gesichtes, von Pitha-Billroth's Handbuch der Chirurgie. III, т. 1, 2, стр. 379.

²⁾ *Huie*, Edinb. med.-chir. transact., т. III, стр. 72.

³⁾ *M. B. Schmidt*, Virch. Archiv, т. 143, стр. 369.

¹⁾ *Ewald*, Cylindrom der Zunge. Wien. klin. Woch. 1897. № 14.

ger'омъ ¹⁾, какъ эндотелиома. Опухоль эта была удалена у 31-лѣтней крестьянки и въ клиническомъ отношеніи была похожа на вышеописанныя опухоли, гистологически же она имѣла слѣдующее строеніе. Исходила она несомнѣнно изъ плоскихъ клѣтокъ, выстилающихъ щели соединительной ткани и внутреннюю стѣнку лимфатическихъ сосудовъ. Разрошенія клѣтокъ образовывали характерно развѣтвленные тяжи, соединительная же ткань и большая часть клѣтокъ самой опухоли были слизисто перерождены. Въ иныхъ случаяхъ соединительнотканная части претерпѣваютъ другія измѣненія, напр. гиалиновое или жировое, а также костное или хрящевое перерожденіе и т. д. Нерѣдко даже въ одной и той же опухоли находятъ рядомъ различнѣйшія измѣненія соединительной ткани. Характерно большей частью только сѣтеобразное расположеніе тяжей, образовавшихся изъ эндотелиальныхъ клѣтокъ.

Что касается леченія эндотелиомъ, то оно, конечно, можетъ быть только оперативнымъ. Такъ какъ опухоли всегда хорошо осумкованы, то само удаленіе очень легко, если онѣ хорошо доступны для оператора. Но такъ какъ онѣ, какъ мы уже знаемъ, сидятъ преимущественно на основаніи языка, то часто приходится предварительно перевязывать *arteriam lingualis* соотвѣтственной стороны, затѣмъ вскрыть дно полости рта для того, чтобы можно было вытянуть черезъ него наружу языкъ вмѣстѣ съ опухолью.

8. Папилломы.

Въ противоположность другимъ частямъ полости рта, эпителиомы встрѣчаются на языкѣ сравнительно рѣдко. Излюбленное мѣстоположеніе ихъ есть основаніе языка, гораздо рѣже спинка его и еще рѣже края, кончикъ и нижняя поверхность языка. Ихъ наблюдали также на миндалинѣ языка. Онѣ гораздо чаще встрѣчаются у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ. *М. Kahn* ²⁾, напр., въ своей работѣ о папилломахъ полости рта и зѣва насчиталъ 7 мужчинъ и только 3 женщинъ, страдавшихъ папилломами языка. Такъ какъ продолжительное раздраженіе слизистой оболочки рта, повидимому, благоприятно вліяетъ на развитіе папилломъ, то болѣе частое заболѣваніе мужчинъ легко объясняется употребленіемъ алкоголя и табака. Въ этомъ отношеніи заслуживаетъ вниманія случай *Ewe* ³⁾, наблюдавшаго папиллому языка у сильно курившей женщины и какъ разъ на томъ мѣстѣ, гдѣ кончикъ трубки при держаніи во рту прикасался къ языку. Кромѣ этихъ раздраженій для развитія папилломъ имѣютъ значеніе и общія катарально-воспалительныя раздраженія слизистой оболочки. Поэтому у больныхъ съ папилломами языка довольно часто

можно констатировать и другія, большей частью хроническія воспаленія верхнихъ дыхательныхъ путей. Величина папилломъ чрезвычайно различная; большей частью онѣ остаются маленькими, но могутъ иногда достигнуть величины обыкновеннаго или даже грецкаго орѣха. Папиллому на основаніи языка величиною въ куриное яйцо демонстрировалъ *S. Herzfeld* въ засѣданіи Берлинскаго Медицинскаго Общества 30-го января 1894 года. Опухоль эти или стебельчатая, или широко сидятъ на поверхности языка. Онѣ представляютъ собою бородавчатая опухоли, густо усаженные на поверхности бугорками и имѣютъ очень характерный видъ. По строенію въ нихъ сильно преобладаетъ эпителиальная ткань надъ соединительной; послѣдняя образуетъ только нѣжный, древовидно развѣтвленный остовъ для сильно развитого, гиперпластическаго эпителиальнаго покрова (*Kahn*). Онѣ встрѣчаются одиночными, но и по нѣсколько вмѣстѣ. Страданій онѣ во многихъ случаяхъ вовсе не причиняютъ, въ другихъ, напротивъ, онѣ вызываютъ очень непріятное щекотаніе и давленіе главнымъ образомъ при глотаніи, въ особенности тогда, когда опухоли сидятъ на основаніи языка и временно или постоянно соприкасаются съ надгортанникомъ. Очень рѣдко онѣ вызываютъ одышку ⁴⁾. Если папилломы сидятъ на кончикѣ языка,—такой случай показалъ *P. Neumann* въ засѣданіи Берлинскаго Ларингологическаго Общества 3-го ноября 1893 года у 12-лѣтняго ребенка,—то онѣ могутъ вызывать своеобразныя разстройства тѣмъ, что больные постоянно кусаютъ опухоль.

Распознаваніе папилломы языка большей частью не трудно, такъ какъ ихъ бугристая поверхность и положеніе довольно характерны. Иногда лежащая на опухоли слюна и слизь могутъ нѣсколько ступшевывать характерную, бугристую поверхность ея. У болѣе старыхъ субъектовъ слѣдуетъ остерегаться смѣшенія папилломы съ эпителиомой, т. е. ракомъ. Такое смѣшеніе тѣмъ легче потому, что иногда на почвѣ доброкачественной папилломы впоследствии развивается ракъ. *Blanc* ²⁾, напр., на удаленной имъ стебельчатой папилломѣ, величиною въ малину, ясно доказалъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ, что въ то время какъ сама опухоль имѣла классическое строеніе папилломы, въ ткани ножки ея произошло размноженіе эмбриональныхъ клѣтокъ, изъ которыхъ многія имѣли ясно выраженный эпителиальный характеръ. Въ этомъ случаѣ, слѣдовательно, было превращеніе доброкачественной опухоли въ злокачественную. Точку опоры для дифференціального діагноза кромѣ возраста больного даетъ еще состояніе тканей вблизи опухоли. При простой папилломѣ онѣ нормально мягки, а при ракѣ въ нихъ ощущаются болѣе или менѣе ясно выраженные твердость и плотность, которыя въ дальнѣйшемъ прогрессированіи болѣзни становятся все болѣе ясными.

¹⁾ *v. Kryger. Max. Eine seltenere Geschwulstbildung in der Zunge (Endotheliom). Erlangen und Leipzig. 1901. A. Deichert'sche Verlagsbuchhandlung Nachf.*

²⁾ *M. Kahn, Ueber Papillome der Mundrachenhöhle. Archiv für Laryngologie und Rhinologie, т. I. 1894.*

³⁾ *Ewe, Рефератъ въ Internat. Centralbl. für Laryngol. etc. 1889, № 3, стр. 189.*

⁴⁾ *Hillenbrandt, Ueber gutartige Neubildungen im hinteren Theile der Mundhöhle. Würzburg 1889. Диссертация.*

²⁾ *Alfred Blanc, Papillome de la langue et transformation épithéliale. Marseille méd. 15 августа. 1898.*

Относительно леченія папилломъ слѣдуетъ упомянуть, что тѣ изъ нихъ, которыя рѣшительно никакихъ страданій не вызываютъ и остаются въ узкихъ границахъ, вообще никакого леченія не требуютъ. Другія, которыя побольше, если онѣ на ножкѣ, удаляются ножомъ или изогнутыми ножницами, или гальванокаустической петлей. Широко сидящія вырѣзаются ножомъ и заботятся о томъ, чтобы тщательно удалить и ткани, окружающія основаніе опухоли, если онѣ тоже измѣнены. Этимъ можно иногда воспрепятствовать, чтобы изъ подозрительной папилломы впоследствии не развился ракъ. Больныхъ, боящихся ножа, можно бы лечить и прижиганіями или термокаутеромъ, но рекомендовать этихъ средствъ нельзя. Особенно не слѣдуетъ прибѣгать къ нимъ при не совсемъ неподозрительныхъ опухоляхъ, такъ какъ при нихъ частое раздраженіе ткани можетъ причинить только вредъ и вызвать быстрое превращеніе доброкачественной ткани въ злокачественную.

9. Зобъ основанія языка.

Появленіе добавочнаго зоба на основаніи языка — явленіе довольно рѣдкое. До настоящаго времени въ литературѣ описано только 19 случаевъ, изъ которыхъ 15 собраны въ монографіи Chamisso ¹⁾. Struma образуется изъ частей ductus thyroglossi и, какъ показываетъ опытъ, наблюдается только у дѣвушекъ до, во время или вскорѣ послѣ наступленія полового развитія. Она лежитъ или по срединной линіи основанія языка, или сбоку отъ нея между foramen coecum и надгортанникомъ и иногда доходитъ до язычной кости. Видъ ея большей частью шарообразный. Величиною отъ вишни до куриного яйца, она болѣе или менѣе выдается надъ поверхностью языка, почти всегда имѣетъ гладкую, иногда немного бугристую, мало подвижную поверхность; консистенція ея то мягкая, то твердовато-эластичная. Отъ окружающихъ тканей она всегда рѣзко ограничена и при давленіи не болѣзненна или только очень немного. При осмотрѣ гортаннымъ зеркаломъ или при помощи очень подходящаго для такихъ случаевъ Kirstein'овскаго способа можно замѣтить, что опухоль имѣетъ блѣдно-красный цвѣтъ, а поверхность ея покрыта многочисленными, ясно выступающими сосудами. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ наблюдается нѣсколько опухолей. Страданія, которыя struma accessoria основанія языка причиняетъ больнымъ, обыкновенно незначительны. Главнымъ образомъ страдаетъ разговоръ, а затѣмъ и глотаніе. Что касается перваго, то рѣчь, по наблюденіямъ большинства авторовъ, медленная, растянутая, неясная, иногда также «аффектированно пустая» (Teweles) ²⁾. Послѣдній авторъ сообщаетъ кромѣ того, что его больная по ночамъ храпѣла и, разбуженная со сна, отвѣчала медленно и съ храпомъ. За-

трудненія при глотаніи, когда опухоль достигаетъ извѣстной величины, легко понятны. Но въ рѣдкихъ случаяхъ struma accessoria основанія языка можетъ вызвать и одышку, и сильныя кровотеченія.

Микроскопическое строеніе разбираемой нами опухоли вполне соответствуетъ строенію настоящаго зоба. Фолликулы выстланы плоскимъ эпителиемъ, лежатъ густо другъ возлѣ друга, одни имѣютъ просвѣтъ, другіе нѣтъ. Фолликулы наполнены коллоиднымъ веществомъ. Между группами фолликулъ лежатъ пучки соединительной ткани и тонкіе волосные сосуды. Вышеупомянутый случай Teweles'a отличался только отсутствіемъ коллоиднаго вещества.

Распознаваніе strumae accessoriae на основаніи языка, какъ таковой, обыкновенно не очень трудно. Бываютъ, однако, смѣшенія съ мѣшеччатыми опухолями основанія языка, которыя могутъ стать очень опасными тогда, когда дѣлаютъ пробный проколъ предполагаемой кисты и вмѣсто жидкости получаютъ трудно останавливаемое кровотеченіе.

Леченіе чисто оперативное. Къ операціи иногда вынуждаетъ внезапное появленіе сильнаго кровотеченія или затрудненія дыханія. Прежде чѣмъ приступить къ вырѣзыванію зоба, рекомендуется для уменьшенія опасности задушенія очень обильнымъ всегда кровотеченіемъ сдѣлать предохранительную трахеотомию, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда все поле операціи можно сдѣлать хорошо обозримымъ, когда можно сжать всѣ приводящія сосуды или произвести всю операцію на свѣшивающейся головѣ. Само вылушеніе опухоли едва-ли можетъ представить какія-либо затрудненія, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда операцію производить со стороны полости рта, или снаружи при большихъ опухоляхъ, лежащихъ близко къ язычной кости. Фактъ, что послѣ вырѣзыванія струмы основанія языка многократно уже наблюдалось появленіе слизистаго отека — доказательство, что настоящей щитовидной железы не было — заставляетъ быть осторожнымъ и оставлять часть струмы языка у тѣхъ больныхъ, у которыхъ относительно существованія щитовидной железы можетъ быть нѣкоторое сомнѣніе, чтобы избѣгнуть вышеупомянутой опасности. Очень поучительный въ этомъ отношеніи случай опубликовалъ Seldowitsch ¹⁾. Въ случаѣ этомъ у 14-лѣтней дѣвочки 7 мѣсяцевъ спустя послѣ удаленія добавочной струмы съ основанія языка величиною въ вишню появилась типичная картина слизистаго отека. Послѣ приѣмовъ тиреоидина всѣ симптомы болѣзни исчезли. — Послѣ самаго тщательнаго вырѣзыванія strumae accessoriae иногда все-таки наблюдались возвраты, которые, однако, никогда не увеличивались настолько, чтобы необходима была повторная операція. Нѣкоторые авторы для удаленія опухоли употребляютъ гальванокаустическую петлю.

¹⁾ Chamisso de Boncourt. Die Struma der Zungenwurzel. Beiträge zur klin. Chirurgie. 1897, т. 19, стр. 281.

²⁾ Friedrich Teweles. Ein Fall von Struma der Zungenwurzel. Wien. klin. Wochenschrift 1902, № 8.

¹⁾ Seldowitsch. Ein Fall von Struma accessoria baseos linguae. Entstehung eines Myxödems nach Entfernung derselben. Wien. med. Presse. Рефератъ 1897, № 2.

10. Xanthoma или Xanthelasma языка.

Xanthelasma языка, повидимому, очень рѣдкая болѣзнь, остальная же слизистая оболочка рта довольно часто поражается ею. *Butlin* описалъ одинъ относящійся сюда случай, въ которомъ у больного, страдавшего желтухой, ксантелазмы появились на вѣкахъ и конъюнктивахъ, на ладоняхъ, лѣвомъ локтѣ, правомъ ухѣ и на лѣвой половинѣ носа. Одновременно на краяхъ языка можно было замѣтить желтовато-бѣлыя, продолговатыя, мягкія пятна, мало выдававшіяся надъ слизистой оболочкой и рѣзко ограниченныя отъ нея. Величина ихъ колебалась между величиной расщепленного гороха и десятикрейцеровой монеты. Два такихъ пятна, находившіяся на кончикѣ языка, были немного эродированы и со слѣдами кровоизліянія. При микроскопическомъ изслѣдованіи подъ слизистой оболочкой найдены были узкія, длинныя, черныя полоски. При большомъ увеличеніи оказалось, что эти полоски состояли изъ размножившихся клѣтокъ соединительной ткани съ жировымъ перерожденіемъ, вполне соответствовавшихъ клѣткамъ при ксантелазмѣ на кожѣ. Въ послѣднее время *Mracek* ¹⁾ видѣлъ такой же случай цирроза печени съ желтухой, въ которомъ рядомъ съ многочисленными ксантомами на кожѣ подобная же сыпь между прочимъ была и на языкѣ.

11. Келоиды. Рубцовые келоиды.

Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ наблюдались настоящіе келоиды языка, т. е. не такъ называемые рубцовые келоиды, а самостоятельно образующіяся опухоли кожи или слизистой оболочки, которыя начинаются въ видѣ маленькихъ и плотныхъ узелковъ, очень медленно увеличиваются и, достигнувъ извѣстной величины, остаются таковыми и въ дальнѣйшемъ теченіи. Кромѣ относящихся сюда, описанныхъ *Butlin*'омъ случаевъ, изъ которыхъ вниманія достойны только первый, мы другихъ случаевъ въ специальной литературѣ не нашли. Въ этомъ случаѣ, наблюдавшемся *Sedgewick*'омъ ²⁾, больная была 4—5-лѣтняя дѣвочка, у которой на различныхъ мѣстахъ кожи были настоящіе келоиды. На правой сторонѣ языка у нея было пятно, которое въ короткое время распространилось по верхнему краю его по направленію къ кончику. При подробномъ осмотрѣ это мѣсто языка производило впечатлѣніе, какъ если бы вѣдствие рубца послѣ операціи или прижиганія произошло сморщиваніе ткани языка. Очень удивительно поэтому, что настоящій келоидъ на слизистыхъ оболочкахъ имѣетъ совершенно иной видъ, чѣмъ на наружныхъ покровахъ, и появляется на нихъ не въ формѣ узловатыхъ возвышеній, а втягиваній; но съ другой стороны, въ виду одновременнаго существованія у упомянутой дѣвочки настоящихъ келоидовъ на кожѣ, едва-ли можетъ быть сомнѣніе

¹⁾ *Mracek*, Die Erkrankungen der Mundhöhle. Nothnagel's Specielle Pathologie und Therapie. Wien 1897.

²⁾ *Sedgewick*, Path. transact. т. XV, стр. 234. 1861.

относительно описанныхъ измѣненій на языкѣ. Рубцовые келоиды, т. е. опухоли, образующіяся на почвѣ рубца, на языкѣ наблюдаются столь же рѣдко, какъ и настоящіе келоиды. Въ запискѣ Бельгійскаго хирургическаго Общества 22-го января 1898 года *Gewert* показалъ трехмѣсячнаго ребенка, у котораго послѣ ожога языка на мѣстѣ образовавшегося вѣдствие этого рубца развился рубцовый келоидъ. При kauterизаціи и прижиганіяхъ *argento nitrico* опухоль черезъ два мѣсяца исчезла.

12. Доброкачественныя опухоли на уздечкѣ языка.

У грудныхъ дѣтей на уздечкѣ языка въ рѣдкихъ случаяхъ находятъ небольшія мѣшечкатыя опухоли, которыя сами по себѣ хотя доброкачественны, но, тѣмъ не менѣе, могутъ стать для маленькихъ пациентовъ опасными тѣмъ, что, мѣшая сосанію, онѣ болѣе или менѣе разстраиваютъ питаніе дѣтей. Въ гистологическомъ отношеніи опухоли эти представляютъ собою кисты эпидермиса, подобныя тѣмъ, которыя у грудныхъ дѣтей часто встрѣчаются на небѣ по шву его и на альвеолярномъ отросткѣ и, наконецъ, также на свободномъ краѣ заднихъ дужекъ. Одинъ такой случай описали *Sabrazès* и *Houpert* ¹⁾. Въ этомъ случаѣ у трехнедѣльнаго ребенка на уздечкѣ языка были двѣ вышеописанныя кисты, которыя были срѣзаны *Cooper*'овскими ножницами. При микроскопическомъ изслѣдованіи онѣ оказались настоящей стебельчатой кистой эпидермиса съ двумя карманами.

Другую опухоль уздечки языка, тоже наблюдаемую у грудныхъ дѣтей, итальянскіе авторы описали подъ именемъ «*Produzione sotto linguale dell'infanzia*». Эта опухоль, часто встрѣчающаяся у дѣтей преимущественно въ южной части Италіи, сидитъ всегда на мѣстѣ прикрѣпленія уздечки языка, имѣетъ твердую, плотную консистенцію и шарообразную форму. Она образуется, можетъ быть, вѣдствие постояннаго раздраженія ткани при сосаніи альвеолярнымъ краемъ или нижними рѣзцами. Особыхъ страданій эта маленькая опухоль никогда не вызываетъ, сосанію она нисколько почти не мѣшаетъ, благодаря чему дѣти хорошо развиваются. Въ гистологическомъ отношеніи опухоль, по мнѣнію *Mikulicz*'а, есть, повидимому, не что иное, какъ богатая сосудами мозоль; другіе авторы, въ особенности итальянскіе, считаютъ ее гранулемой, а третьи—ангиомой. Лечение состоитъ, конечно, въ оперативномъ удаленіи маленькой опухоли, вырѣзываніе которой удается большей частью легко. *Preuss* ²⁾, наконецъ, наблюдалъ на уздечкѣ языка 9-мѣсячнаго, хорошо развитого ребенка опухоль въ видѣ плоской пуговицы, похожую на широкую бородавку. Она сидѣла по срединѣ уздечки языка на широкой ножкѣ и кверху доходила до языка, а книзу до дна полости рта. Такъ какъ въ послѣдующія четыре недѣли выяснилось, что опухоль несомнѣнно росла, то она была

¹⁾ *Sabrazès et Houpert*, Kystes épidermiques du frein de la langue chez un enfant âgé de trois semaines. Bull. méd. 1900. 16 марта.

²⁾ *Preuss*, Zur Pathologie der Zunge. Centralbl. f. Chirurgie. 1893.

вырѣзана, а рана зашита хорошимъ швомъ. Возврата не было. Опухоль оказалась несомнѣнно доброкачественной, но по гистологическому строенію ни къ одному классу опухолей отнесена быть не могла.

II. Злокачественныя опухоли.

1. Саркомы.

Изъ злокачественныхъ опухолей саркомы на языкѣ сравнительно рѣдки. Наблюдаются онѣ и въ дѣтскомъ возрастѣ—*Jacobi* ¹⁾ и *Delbanco* ²⁾ описали случай врожденныхъ саркомъ—и въ старческомъ, съ тѣмъ, однако, ограниченіемъ, что именно въ тѣ годы, въ которые ракъ языка появляется со столь ужасающей частотой, саркома очень рѣдка. Что касается пола, то мужской и женскій полъ, повидимому, одинаково часто поражаются этимъ новообразованіемъ, опять-таки въ противоположность раку, который въ громадномъ большинствѣ случаевъ встрѣчается у мужчинъ. Какъ бы для дополненія этой противоположности саркома, кромѣ всѣхъ другихъ частей языка, спинки, кончика и краевъ, сравнительно часто поражаетъ и основаніе языка, т. е. ту часть его, на которой первичный ракъ встрѣчается рѣдко. Саркомы развиваются или въ самомъ веществѣ языка, непосредственно подъ слизистой оболочкой и въ мышечной ткани, или сидятъ на поверхности его на болѣе или менѣе хорошо выраженной ножкѣ. Опухоль съ особенно сильно выраженной ножкой у 64-лѣтней женщины описалъ *Melchior-Robert* ³⁾. Опухоль была величиной въ грецкій орѣхъ и была излечена вырѣзываніемъ ножки. Въ виду сравнительной доброкачественности этихъ стебельчатыхъ саркомъ, ихъ вида и положенія подъ слизистой оболочкой языка, авторъ предлагаетъ называть этотъ видъ саркомъ *epulis lingualis*. Слизистая оболочка, покрывающая опухоль, въ большинствѣ случаевъ гладка и не измѣнена. Иногда, однако, она сильно утолщена и имѣетъ папиллярныя разрощенія. Почти никогда, напротивъ, она не изъязвлена, что опять-таки прямо противоположно раку языка. Если же все-таки происходитъ изъязвленіе, что при многочисленныхъ механическихъ и термическихъ раздраженіяхъ, которымъ подвержены всѣ опухоли языка вообще, несколько не удивительно, то оно почти всегда остается въ узкихъ границахъ и только изрѣдка и немного проникаетъ вглубь опухоли. Величина саркомъ языка чрезвычайно различная. Она колеблется между величиной вишневой косточки и апельсина и въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ быть еще болѣе. Консистенція ихъ тоже различная; онѣ то тверды и плотны, то такъ мягки, что иногда кажется даже, будто онѣ флюктуируютъ.

¹⁾ *Jacobi*, American journal of obstetr. 1870, т. II, стр. 81.

²⁾ *Delbanco*, Ueber congenitales Sarkom der Zunge. Münch. med. Wochenschr. 1898, № 3.

³⁾ *Melchior-Robert*, Revue de chirurgie 1899, № 4.

Столь же различна и быстрота роста разбираемыхъ нами опухолей. Рядомъ со случаями чрезвычайно медленнаго увеличенія въ теченіе 10—12 лѣтъ или полной остановки роста опухоли встрѣчается и чрезвычайно быстрый ростъ. Отъ окружающихъ тканей однѣ опухоли иногда очень хорошо ограничены, другія, напротивъ, переходятъ въ здоровыя сосѣднія ткани безъ всякой замѣтной границы. Въ гистологическомъ отношеніи опухоли обыкновенно имѣютъ строеніе мелкоклѣточныхъ круглоклѣточныхъ саркомъ, рѣже онѣ состоятъ изъ веретенообразныхъ клѣтокъ и еще рѣже изъ большихъ круглыхъ клѣтокъ. Иногда наблюдается гиалиновая дегенерация клѣтокъ и сосудовъ. *Delbanco* ¹⁾ нашелъ въ одной твердой, веретенообразной, врожденной саркомѣ перерожденные поперечнополосатые мышечныя волокна. Симптомы, вызываемые саркомами языка, зависятъ, съ одной стороны, отъ положенія, съ другой—отъ величины опухоли. Когда онѣ еще малы, и если онѣ сидятъ не на краяхъ или кончикѣ языка, то больной ихъ болѣе частью вовсе не замѣчаетъ, или имѣетъ только слабое ощущеніе инороднаго тѣла во рту. Съ увеличеніемъ своимъ онѣ, конечно, болѣе или менѣе вліяютъ на подвижность языка и могутъ мѣшать при разговорѣ, жеваніи и глотаніи. Рѣчь тогда иногда становится лепечущей и непонятной, а затрудненіе при глотаніи по временамъ столь сильнымъ, что больные въ состояніи принимать только жидкую пищу; къ этому тогда присоединяется еще обильное отдѣленіе слюны. Если опухоли сидятъ на кончикѣ или на краяхъ языка, то могутъ быть легко повреждены зубами и тѣмъ вызывать очень сильныя боли. При положеніи опухолей на корнѣ языка, въ особенности если онѣ увеличиваются по направленію къ задней стѣнкѣ глотки, появляется сильное затрудненіе глотанія, а иногда и дыханія. Во время болѣзни часто наблюдаются очень сильныя боли, болѣе частью отдающія отъ опухоли въ ближайшее къ ней ухо. Боли эти довольно характерны и достойны вниманія главнымъ образомъ потому, что при доброкачественныхъ опухоляхъ языка никогда не бываютъ столь сильными. Сосѣднія лимфатическія железы при саркомѣ языка обыкновенно или совсѣмъ не заболѣваютъ, или заболѣваютъ только въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, что совершенно противоположно раку языка. Легкія незначительныя опуханія железъ, которыя съ удаленіемъ опухоли обыкновенно исчезаютъ сами собою, въ расчетъ принимать не приходится. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, впрочемъ, наблюдаются большія и обширныя опухоли железъ, въ особенности при рецидивахъ послѣ удаленія новообразованія. Такіе рецидивы очень часты, въ среднемъ приблизительно въ одной трети всѣхъ оперированныхъ случаевъ. Метастазы въ другихъ органахъ наблюдались въ кожѣ, легкихъ, кишечникѣ и на брюшинѣ.

Распознаваніе саркомы языка возможно исключительно только при помощи микроскопическаго изслѣдованія срѣзанной части опухоли, хотя и

¹⁾ *Delbanco*, Ueber congenitales Sarkom der Zunge. Münch. med. Woch. 1898. № 3.

при этомъ возможны ошибки. *Karewski* ¹⁾ особенно обращаетъ вниманіе на то, что при микроскопическомъ изслѣдованіи иногда совершенно невозможно отличить картину саркомы отъ гуммы. Но именно съ послѣдней саркому легче всего смѣшать и клинически, въ особенности если существуетъ только одна гумма, лежащая на корнѣ языка въ веществѣ его. Если въ такихъ случаяхъ другихъ явленій сифилиса нѣтъ, то дифференціальная діагностика иногда прямо невозможна и приходится прибѣгать къ пробному противосифилитическому леченію. Саркому можно легко смѣшать и съ туберкулезной опухолью въ паренхимѣ языка, въ особенности если не обращать достаточно вниманія на общее состояніе. Изъязвленную саркому очень легко можно принять за ракъ, въ особенности если поражены и сосѣднія лимфатическія железы. Маленькую саркому, лежащую въ паренхимѣ языка, можно принять за фиброму, въ особенности если саркома хорошо ограничена отъ окружающихъ ее тканей.

Относительно предсказанія слѣдуетъ замѣтить, что саркома языка, если достаточно хорошо удалить ее, даетъ гораздо больше шансовъ на излеченіе, чѣмъ ракъ языка. Обусловливается это главнымъ образомъ сравнительно рѣдкимъ пораженіемъ лимфатическихъ железъ и столь же рѣдкимъ образованіемъ метастазовъ, хотя, съ другой стороны, возвраты далеко не рѣдки. Леченіе можетъ быть только чисто оперативнымъ и должно быть начато по возможности раньше. Чѣмъ раньше производится операція, тѣмъ больше надежды на успѣхъ. Способы вырѣзыванія совершенно соответствуютъ тѣмъ, которые мы вкратцѣ опишемъ въ слѣдующей главѣ при ракѣ языка.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ саркома наблюдается и на миндалинѣ языка. Такіе случаи описали *Albert, Scheier, Butlin, Prota, Martuscelli* и другіе. По строенію своему опухоль очень похожа на мѣсто, съ котораго она исходитъ, и представляетъ собою лимфосаркому. Если опухоль уже сильно выросла, то коренной операціи дѣлать не слѣдуетъ и только, когда она вызываетъ сильную одышку, производить трахеотомию.

2. Ракъ.

Между частями человѣческаго тѣла, часто поражаемыми столь разрушительнымъ и страшнымъ ракомъ, видную роль играютъ органы полости рта и въ особенности языкъ. Хотя новообразование это чаще локализуется на губахъ, чѣмъ на языкѣ, однако ракъ языка гораздо опаснѣе, потому что часто растетъ очень быстро. Относительно локализациі рака языка слѣдуетъ замѣтить, что онъ можетъ появляться на всѣхъ частяхъ этого органа. На основаніи языка онъ, однако, гораздо рѣже наблюдается, чѣмъ на передней части его. На послѣдней чаще поражаются края и кончикъ языка, чѣмъ спинка и нижняя поверхность его. Часто наблюдается переходъ рака языка на рыхлую соединительную ткань дна по-

лости рта, благодаря чему онъ становится опаснѣе, такъ какъ путемъ многочисленныхъ лимфатическихъ сосудовъ, проходящихъ въ ткани дна полости рта, происходитъ раннее и обширное распространеніе болѣзни.

Разсмотримъ теперь причины появленія рака языка. Подобно раку вообще, ракъ языка есть болѣзнь, очень рѣдко наблюдаемая въ юношескомъ возрастѣ. Единичные случаи его появленія въ двадцатыхъ и тридцатыхъ годахъ жизни хотя и описаны въ послѣднее время, напр., *Daulos* ¹⁾, наблюдавшимъ 28-лѣтняго молодого человѣка, у котораго ракъ въ теченіе 5—6 мѣсяцевъ занялъ двѣ трети языка, но чаще всего болѣзнь все-таки появляется въ 50—60-лѣтнемъ возрастѣ. Что касается пола больныхъ, страдающихъ ракомъ языка, то несомнѣнно и въ высшей степени достойно удивленія, что мужчины гораздо чаще поражаются имъ, чѣмъ женщины. Хотя статистики по этому вопросу еще очень расходятся, и процентъ страдающихъ ракомъ языка женщинъ по нимъ колеблется между 3,4 и 32%, но разница эта нисколько не нарушаетъ факта сильнаго превалированія мужского пола надъ женскимъ. Каковы же причины этого перевѣса въ заболѣваніи мужчинъ надъ женщинами? Въ этомъ отношеніи многіе авторы обвиняютъ главнымъ образомъ различныя раздраженія слизистой оболочки языка у мужчинъ куреніемъ и напитками. Противъ этого, однако, говорить всѣмъ хорошо извѣстный фактъ, что сильно курящія женщины въ Турціи, и вообще на Востокѣ, столь же рѣдко страдаютъ ракомъ языка, какъ и не курящія женщины на Западѣ. Тѣмъ не менѣе предположенія этого совершенно отрицать нельзя, если принять во вниманіе, что упомянутыя раздраженія у мужчинъ гораздо чаще, чѣмъ у женщинъ, вызываютъ цѣлый рядъ заболѣваній языка, которыя по общему признанію играютъ главную роль въ этиологіи рака языка, какъ лейкоплакія и подобныя болѣзни. Другая частая и довольно важная причина появленія рака языка есть сифилисъ. Происходитъ это не только потому, что вслѣдствіе сифилиса довольно часто появляются хроническія воспалительныя заболѣванія языка, но главнымъ образомъ потому, что рубцы послѣ сифилитическихъ язвъ и гуммы при продолжительномъ раздраженіи могутъ перейти въ ракъ. Подобныя превращенія сифилитическаго рубца въ настоящій ракъ несомнѣнно наблюдались, напр. *Fournier* и *Gaston* ²⁾. Но и другіе рубцы, въ особенности произшедшіе вслѣдствіе постоянного тренія краевъ языка каріознымъ зубомъ, могутъ иногда перейти въ ракъ. Наконецъ, иногда и доброкачественная опухоль языка можетъ превратиться въ ракъ. *Blanc*, о которомъ мы упомянули уже при описаніи папилломъ, описалъ случай стебельчатой папилломы, въ которомъ ему удалось микроскопически доказать переходъ доброкачественныхъ тканей въ злокачественныя. Но что служитъ причи-

¹⁾ *Daulos*, Langue cancéreuse. Soc. franç. de dermat. et de syphiligr. 1901. 7 февр.

²⁾ *Fournier* et *Gaston*, Epithélioma lingual superficial sur une glossite gommeuse syphilitique. Société franç. de dermat. et de syphiligr. 1899. 9 февр.

¹⁾ *Karewski*, Berliner Klinik. 1888—89. № 11.

ной образованія рака языка изъ вышеупомянутыхъ предрасполагающихъ болѣзней, этого въ настоящее время сколько-нибудь опредѣленно сказать еще нельзя. Столь часто открываемая палочка рака до сихъ поръ, къ сожалѣнію, все еще оказывалась продуктомъ фантазіи и еще недавно произведенный опросъ относительно рака никакого разъясненія въ этотъ темный вопросъ не внесъ. То же самое относится и къ многократно уже возбужденному вопросу о наслѣдственности. Одно только мы знаемъ достоверно, что страдающіе ракомъ языка только очень рѣдко указываютъ на то, чтобы кто-либо изъ ихъ предковъ страдалъ тѣмъ же.

Ракъ языка проявляется въ двухъ формахъ: во-первыхъ, въ видѣ плоско-эпителиальнаго рака, начинающагося съ эпителия слизистой оболочки, и въ видѣ железистаго рака, происходящаго изъ железъ языка. Первая форма наиболѣе частая и ею мы займемся прежде всего. Изъ сказаннаго мы уже знаемъ, что ракъ очень часто развивается на почвѣ другихъ заболѣваній языка. Поэтому и первоначальный видъ его чрезвычайно различный, смотря по тому, развивается-ли онъ на лейкоплакическомъ пятнѣ, на декубитальной язвѣ, на гуммозномъ рубцѣ, изъ папилломы и т. д. Во всякомъ случаѣ, однако, онъ прежде всего проявляется въ видѣ небольшой плоской язвы или твердаго инфильтрата. Язва обыкновенно безболѣзненна или становится болѣзненной только нѣкоторое время спустя. Если она не подвержена никакимъ раздраженіямъ, то она можетъ долгое время оставаться въ одномъ и томъ же приблизительно видѣ, на краяхъ же языка, напротивъ, гдѣ она подвергается постоянному раздраженію, она скоро начинаетъ увеличиваться. Вначалѣ границы перехода ея въ здоровую ткань опредѣлить довольно легко, впоследствии же разграниченіе это становится все болѣе затруднительнымъ, потому что сосѣдняя ткань пронизывается обильнымъ кѣлочнымъ инфильтратомъ, что въ свою очередь обуславливаетъ очень характерную для рака твердость дна язвы. Твердая вначалѣ инфильтрація въ первое время тоже растетъ медленно, затѣмъ быстрее и, наконецъ, ее тоже невозможно отдѣлить отъ окружающей ткани. Долгое или короткое время спустя она тоже начинаетъ изъязвляться. Вокругъ язвъ образуются валикообразно возвышенные и сильно утолщенные края.

Въ противоположность плоско-эпителиальному раку железистый ракъ развивается сначала подъ слизистой оболочкой языка. Затѣмъ онъ образуетъ въ ткани языка твердые, неизъязвленные узлы, которые, однако, очень скоро изъязвляются, прорываютъ покрывающіе ихъ слои тканей и вызываютъ затѣмъ такіа же явленія, какъ плоско-эпителиальный ракъ.

Въ этомъ періодѣ болѣзни въ язвѣ появляются довольно сильныя боли, которыя часто, подобно болямъ при саркомѣ, отдають въ ближайшее ухо. Бываетъ, однако, и не мало случаевъ совершенно безболѣзненныхъ раковъ языка, по крайней мѣрѣ въ раннихъ стадіяхъ болѣзни. Кромѣ большей частью рѣжущихъ или буравящихъ болей, больныхъ бо-

лѣе или менѣе сильно мучаетъ также усиленное отдѣленіе слюны. Въ этомъ періодѣ, а иногда и позже, наблюдаются также кровотечения вслѣдствіе разрыва отдѣльныхъ сосудовъ, благодаря прогрессирующему изъязвленію. Кровотеченія эти артеріальнаго, венознаго или капиллярнаго происхожденія. Сосѣднія лимфатическія железы въ начальныхъ стадіяхъ болѣзни обыкновенно еще не поражены, въ прогрессировавшихъ же случаяхъ подчелюстные железы иногда столь сильно опухаютъ, что бросаются въ глаза уже при простомъ осмотрѣ; въ другихъ случаяхъ онѣ ошупываются въ видѣ твердыхъ узловъ, въ особенности на сторонѣ, соответствующей пораженной части языка. Лимфатическія железы, лежащія на днѣ полости рта, напротивъ, обыкновенно заболѣваютъ уже въ очень раннихъ стадіяхъ болѣзни, но найти это заболѣваніе вначалѣ не всегда удается. Другихъ болѣе тяжелыхъ симптомовъ въ только что описанномъ періодѣ болѣзни не бываетъ. Въ особенности функція языка нисколько не страдаетъ или только очень мало.

Совершенно иной и гораздо болѣе тяжелый характеръ имѣетъ ракъ языка, когда онъ, какъ мы уже упомянули, переходитъ на ткани дна полости рта. Предварительно, однако, онъ поражаетъ нижнюю поверхность языка, очень рыхлая слизистая оболочка которой, какъ извѣстно, представляетъ особенно хорошую почву для дальнѣйшаго распространенія процесса. Въ такихъ случаяхъ опухоль удерживаетъ языкъ на днѣ полости рта, вслѣдствіе чего функція его все болѣе и болѣе ослабляется. Рѣчь, которая передъ тѣмъ только мало или совсѣмъ не была разстроена, становится все менѣе ясной и наконецъ совсѣмъ непонятной. Глотаніе страдаетъ преимущественно потому, что вслѣдствіе неподвижности языка пища не можетъ получить формы, необходимой для проглатыванія и проглатыванія ея черезъ спинку языка въ глотку. Подобные жалкіе больные часто вынуждены просовывать себѣ куски пищи черезъ языкъ кзади для того, чтобы можно было проглотить ее. Поэтому они часто предпочитаютъ вовсе не ѣсть твердой пищи, а только мягкую или жидкую. На неподвижномъ языкѣ нерѣдко остаются лежать куски пищи, которые не могутъ быть проглочены. Пища эта вскорѣ начинаетъ гнить и вызываетъ очень дурной запахъ, мучительный для самого больного и всѣхъ его окружающихъ. Это уже и безъ того достаточно мучительное состояніе несчастныхъ больныхъ ухудшается еще сильнымъ слюнотеченіемъ, постоянно сопровождающимъ болѣзнь въ этомъ періодѣ, и часто появляющимися, жестокими, невыносимыми болями. Что касается слюнотеченія, то слюна вслѣдствіе гніенія во рту тоже становится гнилой и вслѣдствіе затрудненнаго глотанія постоянно стекаетъ у больного въ большомъ количествѣ изъ угловъ рта, а небольшая часть ея попадаетъ въ дыхательные пути. Боли, которыя довольно сильны были уже, когда ракъ ограничивался однимъ только языкомъ, еще болѣе усиливаются, становятся невыносимыми и не прекращающимися и могутъ довести больного до отчаянія и самоубійства. Иногда происходятъ и болѣе или менѣе обиль-

ния кровотеченія изъ изъязвленныхъ частей рака, которые иногда сильно ослабляютъ больныхъ. Сосѣднія лимфатическія железы въ этомъ періодѣ почти всегда поражены. Какая группа ихъ заболѣваетъ прежде всего, зависитъ обыкновенно отъ мѣста, на которомъ раньше всего появился ракъ.

Но это не всегда такъ бываетъ. Въ общемъ подчелюстныя железы, повидимому, чаще заболѣваютъ, чѣмъ лежащія позади нижней челюсти. Вначалѣ онѣ малы, тверды и хорошо подвижны, но въ болѣе позднихъ періодахъ болѣзни увеличиваются, становятся мало или совершенно неподвижными, отчасти размягчаются, а иногда даже нагнаиваются и ясно флюктуируютъ. Часто наблюдаются громадные пакеты железъ на одной или обѣихъ сторонахъ шеи. Дальнѣйшее теченіе рака языка, если его не лечатъ оперативно, можетъ быть различнымъ, хотя и всегда бываетъ несчастнымъ. Многіе больные умираютъ отъ истощенія силъ вслѣдствіе сильныхъ болей, недостаточнаго питанія, бессонницы и частыхъ кровотеченій. Смерть при этихъ условіяхъ наступаетъ черезъ годъ или полгода послѣ появленія рака. Другіе больные умираютъ отъ воспаленія легкихъ вслѣдствіе попаданія въ легкія слюны, гноя и остатковъ пищи. Иногда вслѣдствіе изъязвленія вскрывается внутренняя сонная артерія, что, конечно, вызываетъ быструю смерть. Наконецъ, хотя и въ рѣдкихъ случаяхъ, смерть могутъ вызвать и метастазы во внутреннихъ органахъ больного, что большей частью сопровождается страшными мученіями.

Изъ всего сказаннаго понятно, насколько важно для больныхъ правильное и по возможности раннее распознаваніе болѣзни, такъ какъ исключительно раннее вмѣшательство можетъ спасти больного отъ вѣрной и очень мучительной смерти. Хотя несомнѣнно существуетъ большое число раковыхъ языка, которые можно распознать уже на первый взглядъ, но рядомъ съ этими благопріятными случаями, къ сожалѣнію, существуетъ и масса другихъ, при которыхъ постановка правильнаго діагноза наталкивается на громадныя затрудненія. Послѣднее чаще всего, конечно, бываетъ въ ранней стадіи рака, когда онъ еще не изъязвленъ и железы еще не поражены. Здѣсь прежде всего болѣзнь можно смѣшать съ гуммоznымъ узломъ.

Глубокій железистый ракъ, который, какъ мы знаемъ, образуется подъ слизистой оболочкой языка въ видѣ неизъязвленнаго узла, часто абсолютно ничѣмъ не отличается отъ гуммы въ ткани языка. Въ подобномъ случаѣ, когда нѣтъ никакихъ другихъ симптомовъ сифилиса и достаточно вѣрнаго анамнеза, ничего не остается дѣлать, какъ назначить противосифилистическое леченіе, чтобы по успѣху или неуспѣху послѣдняго сдѣлать диагностическое заключеніе, или срѣзать часть опухоли для микроскопическаго изслѣдованія. При этомъ, однако, надо принять во вниманіе, что ртуть и іодистый кали во всякомъ случаѣ оказываютъ неблагоприятное вліяніе на существующій ракъ, и что поэтому оба эти средства можно примѣнять только въ ограниченномъ количествѣ. Лечить противосифилистически больныхъ, у которыхъ есть подозрѣніе на ракъ, въ продолженіе

нѣсколькихъ мѣсяцевъ, есть всегда ошибка, за которую больной горько расплачивается. Необходимо кромѣ того имѣть еще въ виду, что ракъ при сифилисѣ наблюдается столь же часто, какъ и у несифилитиковъ, и что переходъ гуммы въ ракъ тоже не рѣдокъ. Дифференціальная діагностика между изъязвленными третичными формами сифилиса и изъязвленнымъ ракомъ языка почти такъ же трудна, какъ только что описанная дифференціальная діагностика между глубокой, неизъязвленной гуммой и глубокимъ железистымъ ракомъ. Тѣмъ не менѣе существуетъ цѣлый рядъ отличительныхъ признаковъ. Нѣкоторая разница существуетъ уже въ мѣстоположеніи изъязвленій, такъ какъ ракъ большей частью появляется на краяхъ языка и очень рѣдко на основаніи его, послѣднее же и спинка языка составляютъ излюбленное мѣсто гуммозныхъ узловъ. На нижней поверхности языка гуммы почти никогда не встрѣчаются, такъ что при изъязвленіи на этомъ мѣстѣ и другихъ болѣе или менѣе подходящихъ симптомахъ слѣдуетъ думать о ракѣ. Если кромѣ язвы на языкѣ находятъ еще рубцовый или воспалительный процессы, указывающіе на лейкоплакію, то это сильно говоритъ за раковый характеръ язвы. Важное значеніе имѣетъ и возрастъ больного въ томъ отношеніи, что ракъ обыкновенно наблюдается въ болѣе зрѣломъ возрастѣ, а гуммы, напротивъ, гораздо раньше.

Кромѣ того слѣдуетъ имѣть еще въ виду, что гуммы могутъ появиться на языкѣ по нѣсколько сразу, а ракъ никогда. Наружный видъ язвы тоже представляетъ нѣкоторыя важныя для дифференціальной діагностики отличія. Такъ, края язвы сифилитическихъ узловъ большей частью болѣе или менѣе глубоко подриты, края же раковыхъ язвъ валикообразно приподняты и очень тверды. Сальное, желтоватое дно язвы гуммознаго узла почти всегда плоское и не такъ твердо, какъ рака; послѣднее характерно и для ближайшей окружности язвы, благодаря чему ракъ въ противоположность гуммѣ производитъ впечатлѣніе настоящей опухоли, которую ощупываніемъ можно ограничить отъ окружающихъ тканей, хотя границы эти и не очень рѣзки. Къ этому слѣдуетъ еще добавить, что дно раковой язвы не желтовато, а болѣе пестро вслѣдствіе того, что на грязно-красномъ основномъ цвѣтѣ его ясно выступаютъ желтоватыя пятна, представляющія собою такъ называемыя раковыя жемчужины, состоящія изъ массы плоскаго эпителия. Легко появляющіяся кровотеченія изъ дна язвы говорятъ за ракъ, такъ какъ при гуммѣ они наблюдаются только очень рѣдко. То же самое можно сказать и о сильныхъ боляхъ, въ особенности когда онѣ отдають въ уши. Но главный отличительный признакъ составляетъ состояніе сосѣднихъ лимфатическихъ железъ. Послѣднія при гуммѣ, какъ извѣстно, почти никогда не заболѣваютъ, а при изъязвленномъ ракѣ почти всегда.

Въ заключеніе слѣдуетъ упомянуть еще объ особенно быстро наступающей при ракѣ кахексіи, чѣмъ и исчерпываются всѣ отличительные признаки между разбираемыми нами болѣзнями. Труднѣе всего поставить правильный діагнозъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ ракъ языка суще-

ствуетъ одновременно съ третичными явлениями сифилиса и продукты обѣихъ болѣзней безъ особыхъ границъ переходить другъ въ друга. Если при такихъ условіяхъ начинаютъ противосифилитическое леченіе, то кажущійся успѣхъ, проявляющійся исчезаніемъ части всей массы опухоли, иногда можетъ дать поводъ къ энергичному продолженію этого леченія. Очень понятно, что благодаря этому упускается подходящій моментъ для оперативнаго удаленія раковыхъ массъ. Въ такихъ трудныхъ случаяхъ гораздо лучше поэтому вырѣзать кусокъ опухоли для пробы и подвергнуть его микроскопическому изслѣдованію. Такимъ образомъ почти всегда удается правильно рѣшить вопросъ.

Насколько труднымъ можетъ быть отличіе третичныхъ сифилитическихъ опухолей отъ рака, настолько мало затруднительно оно бываетъ при первичномъ сифилитическомъ склерозѣ, хотя онъ благодаря своей твердости очень похожъ на ракъ. Но благодаря его внѣшнему виду, и въ особенности его быстрому теченію, смѣшеній почти никогда не бываетъ.

Кромѣ сифилиса важна также дифференціальная діагностика рака языка отъ туберкулеза. При немъ особенно легко смѣшать туберкулему, лежащую въ веществѣ языка, съ глубокимъ, неизъязвленнымъ железистымъ ракомъ. Тутъ условія такія же, какъ при сифиломѣ въ паренхимѣ языка. Если другихъ симптомовъ туберкулеза нѣтъ, то поставить правильный діагнозъ часто совершенно невозможно. Въ такихъ случаяхъ лучше всего удалить отдѣльно стоящій узелъ, каковой способъ всегда полезенъ для больного, какова бы характера узелъ ни былъ. Легче удастся отличить изъязвленные туберкулемы, туберкулезныя язвы отъ раковыхъ. Прежде всего слѣдуетъ замѣтить, что туберкулезныя язвы нерѣдко существуютъ по нѣсколько одновременно и кромѣ того иногда также у такихъ молодыхъ субъектовъ, у которыхъ о ракѣ обыкновенно думать не приходится. Но и сами язвы совершенно различны. Края туберкулезныхъ язвъ никогда не бываютъ такими твердыми, какъ при ракѣ, дно ихъ большей частью блѣдное и часто покрыто творожистыми массами. Еще важнѣе состояніе окружности язвъ. Последняя при туберкулемѣ имѣетъ ясную воспалительную красноту съ оттѣнкомъ въ синеватое. Сама язва и окружающія ее части паренхимы языка никогда не бываютъ твердо инфильтрованы; на послѣднихъ нерѣдко существуютъ отчасти уже изъязвленные просовидные или нѣсколько большіе туберкулезные узелки, которые уже не оставляютъ никакого сомнѣнія относительно діагноза. Что касается сосѣднихъ лимфатическихъ железъ, то онѣ при туберкулезѣ языка обыкновенно не заболѣваютъ. Исключеніе въ этомъ отношеніи составляетъ милиарный туберкулезъ. Если бы, несмотря на все эти болѣе характерныя отличительныя признаки между туберкулезной и раковой язвой, все-таки было еще сомнѣніе, то самое вѣрное средство есть вырѣзываніе кусочка опухоли и микроскопическое изслѣдованіе его. Глубокій, неизъязвленный ракъ можно смѣшать и съ актиномикознымъ узломъ языка, тѣмъ болѣе, что при послѣднемъ, хотя онъ самъ обык-

новенно довольно хорошо ограниченъ, окружающія ткани все-таки болѣе или менѣе инфильтрованы.

Изъ доброкачественныхъ опухолей языка ракъ иногда можно смѣшать преимущественно съ папилломой, потому что, какъ мы уже знаемъ, на почвѣ этой опухоли иногда можетъ развиваться ракъ. Отсутствіе затвердѣнія вблизи опухоли большей частью, однако, предохраняетъ отъ ошибки. Съ другими доброкачественными опухолями, лежащими въ паренхимѣ языка, глубокий железистый ракъ едва-ли можно смѣшать, потому что все эти опухоли легко можно ограничить отъ окружающихъ ихъ тканей, чего при ракѣ никогда не удастся.

Предсказаніе при ракѣ языка, если его не удалить оперативно, всегда неблагоприятное. Но и многіе оперированные случаи кончаются смертью, если операція сдѣлана не достаточно рано. О возможности рецидивовъ мы поговоримъ послѣ описанія терапіи.

Последняя можетъ быть, конечно, только оперативной. Мы, однако, вышли бы изъ рамокъ этой книги, если бы захотѣли подробно описать все способы операціи, детальное изложеніе которыхъ можно найти въ учебникахъ по хирургіи. Поэтому мы постараемся познакомиться здѣсь только съ общими правилами. Способъ операціи зависитъ, конечно, главнымъ образомъ отъ распространенія рака. Ракъ на кончикѣ языка можно удалить клиновиднымъ вырѣзываніемъ или, если онъ занимаетъ весь кончикъ языка, то поперечнымъ срѣзаніемъ послѣдняго. При этой операціи рекомендуется накладывать на языкъ позади больной части шелковую петлю для того, чтобы можно было вытянуть языкъ по возможности дальше изъ полости рта, и чтобы можно было хорошо осмотрѣть операціонное поле и мѣста, кровоточація послѣ операціи. Послѣ удаленія больной части и достаточной остановки кровотеченія перевязкой сосудовъ слизистой оболочки верхней и нижней поверхности языка, насколько это возможно, соединяются швомъ. Если новообразование сидитъ на средней части языка, то способъ операціи зависитъ отъ распространенія его. Такъ какъ большинство раковъ этой области исходитъ съ какого-нибудь края языка, то опухоль, если она еще не слишкомъ распространилась, можно удалить вырѣзываніемъ вертикальнаго клина, основаніе котораго приходится на соответствующемъ краю. При болѣе обширныхъ опухоляхъ разрѣзъ дѣлаютъ сообразно съ ихъ формой. Способъ этотъ гораздо менѣе благоприятенъ потому, что образующуюся при этомъ рану нельзя тотчасъ зашивать и она должна заживать образованіемъ грануляцій. При этомъ способѣ, кромѣ того, только съ трудомъ или вовсе не удастся придать языку его нормальный видъ, что при клиновидномъ изсѣченіи всегда возможно. Совершенно иначе операція производится, если ракъ находится на заднихъ частяхъ языка, которыхъ нельзя достаточно повлечь петлей и хорошо осмотрѣть. Въ этихъ случаяхъ передъ вырѣзываніемъ опухоли слѣдуетъ перевязать *arteriam lingualem* со стороны шеи. Большей частью достаточно перевязать ее только на одной сторонѣ, такъ какъ

только въ рѣдкихъ случаяхъ ракъ распространяется на обѣ половины языка. Въ этихъ рѣдкихъ случаяхъ, однако, перевязка производится на обѣихъ сторонахъ. Удаленіе самой опухоли затѣмъ производится по описанному уже способу. Послѣдній, однако, достаточенъ только для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ языкъ еще подвиженъ и не фиксированъ еще на днѣ полости рта и тамъ, гдѣ ракъ еще не перешелъ на нижнюю челюсть. Если же это уже произошло и если кромѣ того поражены и железы, то успѣхъ можетъ получиться только при болѣе обширной и серьезной операціи. Въ этихъ случаяхъ примѣняются различные способы, какъ временная резекція челюсти, расщепленіе челюсти или проникновеніе со стороны *regio suprahyoidea*, цѣль которыхъ сводится къ тому, чтобы по возможности сдѣлать доступнымъ языкъ и ближайшую окрестность его.

Отъ подробнаго изложенія еще многихъ другихъ оперативныхъ методовъ намъ, какъ уже сказано, въ виду цѣли этой книги приходится отказаться. При этомъ мы можемъ сказать только въ общемъ, что при всякомъ способѣ всегда слѣдуетъ оперировать въ здоровой части языка, приблизительно на одинъ сантиметръ отступя отъ больной ткани.

Другіе оперативные способы, какъ, напр., при помощи гальванокаустической пегли, *escaseur'a* и т. п., въ сравненіи съ вышеописанными имѣютъ мало значенія. Нельзя также обойти молчаніемъ очень важнаго вопроса объ одновременномъ удаленіи пораженныхъ лимфатическихъ железъ. Твердо установлено, что только при тщательномъ удаленіи всѣхъ пораженныхъ железъ можно рассчитывать на полное излеченіе, т. е. такое, которое не даетъ рецидивовъ. Но это полное удаленіе, къ сожалѣнію, довольно ограничено. Если поражены уже болѣе глубоко лежащія железы, въ особенности лежащія въ *fossa submandibularis*, то надежда на полное излеченіе почти исключена и болѣе серьезная операція абсолютно противопоказана. Но, съ другой стороны, и при очень маленькихъ ракахъ, за исключеніемъ, можетъ быть, рака одного только кончика языка, необходимо тщательно вырѣзывать всѣ сосѣднія железы на одной или обѣихъ сторонахъ, смотря по мѣстному ограниченію рака. Это относится даже къ тѣмъ случаямъ, въ которыхъ при внѣшнемъ изслѣдованіи больныхъ железъ найти нельзя. По новѣйшимъ изслѣдованіямъ *Küttner'a*¹⁾ лимфа одной половины языка втекаетъ въ лимфатическія железы обѣихъ сторонъ. Въ виду этого необходимо при операціи рака языка всегда удалять, насколько возможно, всѣ больныя железы, независимо отъ положенія опухоли. Вопросъ о железахъ находится въ тѣсной связи съ вопросомъ о рецидивахъ. Если оперируютъ рано, до заболѣванія железъ, то можно надѣяться, что рецидивовъ не будетъ. Чѣмъ больше, напротивъ, поражены железы, тѣмъ неблагоприятнѣе становится предсказаніе относи-

¹⁾ *H. Küttner*, Ueber die Lymphgefäße und Lymphdrüsen der Zunge mit Bezug auf die Verbreitung des Zungencarcinoms. Aus der Tübinger chirurg. Klinik. Beitr. zur klin. Chirurgie. XXI. 1898.

тельно возвратовъ. Почти всѣ рецидивы появляются, какъ извѣстно, не на мѣстѣ оперированнаго рака, а въ лимфатическихъ железахъ.

Если рака оперировать уже нельзя, то состояніе больного становится все болѣе и болѣе жалкимъ, въ особенности, когда раковыя язвы начинаютъ разлагаться. Невыносимыя боли, которыя въ такихъ случаяхъ непрерывно мучаютъ больного и днемъ и ночью, можно унять только наркотическими, въ особенности морфіемъ. Всѣ наружныя средства, какъ кокаинъ и т. п., суть только палліативы, которые на продолжительное время успѣха навѣрно не дадутъ. Въ одномъ очень тяжеломъ случаѣ рака языка, котораго уже нельзя было оперировать, и въ которомъ сильно опухшій, выполнявшій всю полость рта языкъ вызывалъ припадки задущенія, *Bardeleben'u*¹⁾ удалось перевязкой обѣихъ *arteriae linguales* и вырѣзываніемъ обнаженныхъ при этомъ, раково-перерожденныхъ подчелюстныхъ лимфатическихъ и слюнныхъ железъ добиться такого уменьшенія припухлости языка, что больной не только освободился отъ припадковъ задущенія, но могъ принимать и твердую пищу, что передъ тѣмъ было совершенно невозможно. Но что все это, конечно, только палліативъ, понятно само собою.

До тѣхъ поръ, пока еще возможно питать больного черезъ ротъ, лучше всего при помощи чашки съ носикомъ или изогнутой стеклянной трубки, до тѣхъ поръ необходимо пользоваться такимъ питаніемъ. Наконецъ, однако, не остается ничего иного, какъ вводить больному необходимую пищу черезъ зондъ, проведенный черезъ носъ. Для этого пользуются короткими зондами или Нелатоновскими катетерами, такъ какъ зондъ необходимо вводить только до шейной части пищевода, откуда введенная пища затѣмъ, благодаря своей собственной тяжести и дѣятельности стѣнокъ глотки и пищевода, попадаетъ въ желудокъ. Такой катетеръ проводятъ черезъ правую ноздрю, которая обыкновенно шире лѣвой, и черезъ носоглоточное пространство въ пищеводъ. Удастся это довольно легко, если держаться самага дна носовой полости до тѣхъ поръ, пока трубка доходитъ до задней стѣнки глотки. Тамъ она сама сгибается и при дальнѣйшемъ вдвиганіи попадаетъ въ пищеводъ, что еще можно облегчить, если велѣть больному дѣлать въ это время глотательныя движенія. Наконецъ, смерть у больныхъ наступаетъ вслѣдствіе полного ослабленія и истощенія или вслѣдствіе пневмоніи вслѣдствіе попаданія въ легкія части пищи, которая появляется сравнительно часто и избавляетъ несчастнаго больного отъ всѣхъ дальнѣйшихъ мученій.

¹⁾ *Gesellschaft der Charité-Aerzte*. 1895. 7 февр.

Алфавитный указатель.

А.

Adenoma языка 152.
Ageusia 111.
Aglossia 12.
Актиномикоз 121.
Alalia 105.
Амiotрофический боковой склероз 107.
Anarthria 106.
Анатомия языка 1;—систематическая 1;—
топографическая 4.
Ангиокаверномы языка 142.
Ангioskлеромы языка 152.
Aneurysma cirsoides языка 144.
Ankylostomiasis 117.
Annulus migrans 23.
Аномалии артерий языка 3.
Anteflexio epiglottidis 72.
Anthrax 127.
Анестезия языка 88.
Apex linguae 1.
Aphonia saturnina 107.
Aphthae epizooticae 124;—tropicae 89.
Aphthenseuche 124.
Апоплексические припадки 18.
Arteria carotis externa 3;—dorsalis linguae
3;—lingualis 3;—profunda linguae 3;—
ranina 15, 18;—sublingualis 3.
Афазия 45, 52, 55.
Афты 31, 45, 124;—хроническая, рециди-
вирующая 126.
Асфиксия 11, 31.
Атрофия мышц, прогрессивная, спиналь-
ная 107.
Атрофия языка 106, 107;—гладкая корня
языка 71.

Б. В*.

Bacillus subtilis 21.
Болезнь Weil'я 129.
Болезни желудка и кишечника 83.
Болезни кожи 89.
Брюшной тиф 49.

В. V*.

Varicella 42.
Variola 42;—confluens 43;—слизистой обо-
лочкой языка 43.
Variolosis 43.
Vena facialis communis 4;—jugularis 4;—
lingualis 4;—ranina 4.
Вены языка 4.
Вибрионы 21.
Вкусовое ощущение 8, 9.
Вкусовые клетки 8;—почки 8.
Вкусовые нервы 8;—анестезия их 111;—
гиперестезия 111;—парестезия 111.
Водяной рак 39.
Возвратный тиф 53.
Волосатый язык 27.
Волчанка языка 82.
Воспалительные заболевания языка 21.
Воспаление поверхности языка 21, 40;—
острое языка 29;—хроническое, поверх-
ностное языка 22.
Ветряная оспа 42.

Г. Н*. G*.

Haemophilia 15, 18.
Haemorrhagia 18;—cerebri 104.
Гангрена щеки 39.
Gastritis 83.
Hemiatrophia языка 107.
Hemiglossitis 32.
Herpes 90;—facialis 90; labialis 90;—zoster
faciei 90.
Gingivitis 26.
Hyperkeratosis 27.
Гипертрофия языка 13.
Hypomycetes 28.
Hypogeusia 111.
Glandula sublingualis 5, 32.
Глисты 23.
Glossalgia 115.
Glossitis acuta haemorrhagica 30;—profun-

da 31;—superficialis 29;—при брюшном
тифе 49.
Glossitis areata exfoliativa 23;—indurativa
74;—marginalis erythematosus 33;—pa-
pulosa acuta 25;—superficialis Möller'a
22;—simplex 21;—variola 43.
Glossodynia 115;—exfoliativa 22.
Glossospasmus 108.
Глухота при истерии 112.
Головной конец кишечного канала 11.
Gonorrhoea 58.
Гриппозный язык 49.
Гроздевидные железы слизистой оболочки
языка 2.
Гиппизма языка 67.

Д. D*.

Движения языка 5.
Декубитальные язвы 35.
Dengue 49.
Дермидные кисты 137.
Diabetes insipidus 132;—mellitus 132.
Дифтерия 45;—первичный язык 46.
Длина языка 14.
Дно полости рта 5.
Добавочный язык 13.
Dracontiasis 117.
Дрожание языка 50.
Дрожжевые грибки 21.
Ductus Stenonae 39.
Dysenteria 54.
Dyspepsia nervosa 88.

Е.

Epiglottis 4, 8;—anteflexio ея 72;—frenu-
lum ея 4;—отсутствие ея 12, 72.
Erysipelas 48.
Erythema exsudativum multiforme 91.

Ж.

Жевание 5, 12.
Железистая область слизистой оболочки
языка 2.
Железы слизистой оболочки языка 2;—
гроздевидные 2;—мшеччатые 3, 12;—
Nuhn'овская 4;—подъязычные 5, 31;—
слизистые 4.

З.

Западение языка 15.
Запах дурной изо рта 21, 26, 29, 35, 41.
Злокачественные опухоли языка 160.
Злокачественная перемежающаяся лихо-
радка 57.
Зобъ основания языка 156.

И. I*. J*.

Исследование вкуса 10, 11;—языка 9.
Impetigo herpetiformis 90.

Induratio языка 34.
Ипородный тиф в язык 19.
Intermittens perniciose biliaris 57.
Инфекционные болезни, острые и хрониче-
ские 38.
Инфлуэнца 48.
Истерия 111.
Isthmus faucium 21.
Ichthyosis языка 99.
Jodococcus vaginatus 118.

К. С*. X*.

Кавернома языка 142.
Катарр желудка простой острый 83;—
тяжелый острый или токсический 84;—
хронический 86.
Катарр языка 21.
Келонды 158;—рубцовые 158.
Keratosis языка 99.
Кишечный канал 11.
Коклюш 18, 37, 44.
Колотые раны языка 18.
Кондиломы языка широкие 65.
Corpus linguae 1.
Корь 38.
Крапивница 98;—гигантская 98.
Краснуха 38.
Кровавый понос 54.
Кровеносные сосуды языка 3.
Кровоизлияния в мозг 104.
Кровотечения из языка 32, 46, 49;—смер-
тельные при подрезывании уздечки
языка 15.
Круглая язва желудка 86.
Крючок для угла рта 9.
Xanthelasma языка 158.
Xanthoma языка 158.

Л. L*.

Ладкартообразный язык 23.
Лекарственные сыпи 91.
Leukoma языка 99.
Leukoplakia oris 66.
Leukoplakia языка 99.
Lichen 96;—planus 97;—ruber acumi-
natus 97.
Ligamentum stylo-mandibulare 1.
Lymphangioma языка 144.
Lymphangioma языка 152.
Лимфатические железы 24.
Lingua bifida 14;—geographica 23;—nigra
27;—plicata 17.
Lupus erythematosus 98.
Льстий катарр Bostock'a 129.

М.

Makroglossia 13.
Малиновый язык 40.
Малирийные заражения 56.
Малирийная кахексия 58.
Мастикаторные судороги языка 108.

Maul- und Klauenseuche 124.
Медикаментозная сыпь 117.
Межчелюстная складка 11.
Melanotrichia linguae 27.
Meningitis 108;—cerebro-spinalis epidemica 54;—epidemica typhoides 54.
Менструация 24, 38.
Механические повреждения языка 17.
Micrococcus subtilis 21.
Mikroglossia 12.
Микроорганизмы полости рта 21.
Mikrostomia 11.
Молочница 118.
Monilia candida 119.
Morbus Addisonii 131.
Morbus maculosus Werlhoffii 98.
Mucor niger 28.
Musculus chondroglossus 6;—genioglossus 1, 3, 6;—geniohyoideus 5;—hyoglossus 1, 3, 4, 5, 6;—longitudinalis linguae 2, 6;—masseter 11;—myoglossus 2;—mylohyoideus 3, 5, 6;—palatoglossus 6;—pterygoideus internus 11;—styloglossus 1, 6;—stylohyoideus 6;—transversus linguae 2, 6.
Мышцы языка 1;—внутриязычные 2;—внѣязычные 1.
Mycosis leptothrica 122;—sarcinica 122.
Мухомор языка 152.
Мухомороподобная языка 152.
Мышеччатые железы слизистой оболочки языка 2.
Мягкий шанкр 61.

H. N*.

Надгортанник 4, 8;—отсутствие его 12.
Накожные болезни 89.
Надъязычная железа 21;—фулгинозная 49.
Нарывы языка 29, 33;—хронические 33.
Неврология языка 114.
Неврозы желудка 88.
Неврозы языка 104.
Неправильности уздечки языка 14.
Неправильные формы языка 11.
Нервные болезни 104.
Нервная диспепсия 88.
Нервные заболевания желудка 88.
Нервы языка 4.
Nervus glossopharyngeus 4, 8;—hypoglossus 4, 105;—lingueus medius 9;—lingualis 4, 8;—trigeminus 8;—vagus 9.
Nigrities linguae 27.
Нижнечелюстные бугры 11.
Noma 39.
Nuhn'овская железа 3.
Нѣмота при истерии 112.

O.

Oesophagismus 16.
Ожоги языка 20.
Окрашивание языка 28.
Опухоли языка 133;—доброкачественные 133;—злокачественные 160;—лимфатические 144;—мышеччатые 133.

Осмотр языка 9.
Основание языка 1.
Оспа 42.
Остеомы языка 151.
Ости хлебных растений 19.
Острое воспаление языка 29.
Острый отек языка 30, 31.
Осызательная тляца Miessner'a 8.
Отравления 84.
Отсутствие желобоватых сосочков 12;—надгортанника 12;—языка врожденное 12.
Отпаривания языка 20.
Ощупывание языка 10.

П. P*. Ph*.

Papillae circumvallatae 2, 8, 13;—filiformes 2, 8;—foliatae 2;—fungiformes 2.
Papillitis linguae 27.
Папилломы языка 154.
Папулы языка 25.
Parageusis 111.
Паразиты, животные и растительные 116.
Паралич лицевого нерва 105.
Паралич языка 39, 42, 45, 51, 52, 104.
Paralysis glosso-labio-laryngea 105.
Парезъ nervi hypoglossi 104.
Pempigus 95;—vulgaris 96.
Первичный склероз языка 63.
Перелой 58.
Phlebotasia linguae 144.
Phlegmona sublingualis 31.
Plaques muqueuses 65.
Plica glosso-epiglottica lateralis 4;—epiglottica-palatina 4.
Плѣсневые грибки 21.
Повреждения языка 17.
Поддерживание уздечки языка 15;—смертельное кровотечение при немъ 15.
Подъязычные дермоидные кисты 137.
Подъязычная железа 5.
Порезы языка 18.
Прирожденный языкъ 16.
Processus styloideus 1.
Прогрессивный бульбарный параличъ 105.
Прогрессивная спинальная атрофия мышцъ 107.
Проказа языка 72.
Простая ангиома языка 141.
Прострѣливания языка 19.
Psilosis linguae 89.
Psoriasis linguae 98.
Пузыри на языкъ 42, 43;—отъ ожога 20.
Пузырчатая гланда 117.
Purpura haemorrhagica 98.
Pustula maligna 127.

P. R*.

Разстройства чувствительности языка 10, 111;—вкусового ощущения 10, 111.
Ракъ желудка 87.
Ракъ языка 162.
Ranula 134.
Раны отъ укуса языка 18.

Расщепление языка врожденное 14;—двойное 14.
Ретенционные кисты 135.
Роговая краска 28.
Рожа 48.
Рѣчь 7, 13.

C. S*.

Саркомы 160.
Сведение челюстей 11.
Связки языка 19, 32.
Scarlatina 40;—miliaris 41.
Скарлатинозный языкъ 40.
Scleroderma 97.
Septum linguae 1.
Sialolithiasis 139.
Сибиреязвенный карбункулъ 127;—отекъ 128.
Сибирская язва 127.
Сирингомизия 107.
Сифилис 62.
Сифилитическая мозоль 68.
Сифилофобия 63.
Склерификация языка 32, 48.
Склерома языка 74.
Слизистые кисты языка 133.
Слизистая оболочка языка 2, 4;—железы ея 2, 3, 4;—железистая область ея 2;—мостовидный эпителий ея 2;—recessus ея 2;—сосочковая область ея 2.
Слизистые папулы 65.
Слюнные железы 2.
Слюнные камни 139.
Смѣшанные опухоли языка 151.
Soor 118.
Сосудистые опухоли 141.
Сосочки языка 2, 12.
Сосочковая область 2.
Сочленение нижней челюсти 11.
Spina mentalis interna 1, 6.
Spirillum spectigenum 118.
Spirochaeta plicatilis 21.
Способы исследования языка 9.
Sprew 89.
Сращения языка 16.
Stomatitis 26, 30, 50;—gangraenosa 39;—gonorrhoeica 60;—mercurialis necroticans 93.
Строение мышеччатыхъ железъ 3.
Судороги языка 18, 108;—клонические 108;—тонические 108.
Sulcus terminalis linguae 11.
Сыпной тифъ 52.
Сынная лихорадка 129.

T.

Tabes dorsalis 107.
Teleangiectasia языка 141.
Тепловые повреждения языка 20.
Тифозный языкъ 50.
Трещины языка 41;—сифилитическія 63, 65;—туберкулезныя 76;—при пемфигусъ 95.

Трехлопастный языкъ 14.
Trichinosis 118.
Туберкулезъ языка 75.
Туберкулема языка 76.
Tuberculum impar 11.
Taxis convulsiva 18, 37, 44.
Tylosis linguae 99.
Typhus abdominalis 49;—exanthematicus 52;—recurrens 53.

V. U*.

Ulcus molle 61;—ventriculi rotundum sive simplex 86.
Уродство языка 11.
Urticaria 98.
Уремическія состоянія 130.

Ф. F*.

Febris bilialis haemoglobinurica 58;—intermittens 56;—perniciosa cardialgica 56;—recurrens 53.
Фибромы 149.
Фибромиомы 149.
Фибромы 148.
Fibroma pendulum 149.
Физиология языка 5.
Filaria medinensis 117.
Флегмона языка 29, 31.
Foetor ex ore 21, 26, 29, 35, 41.
Foramen coecum 2.
Frenulum epiglottidis 4;—linguae 3, 9;—ссадина на 44;—изъявления на 44.
Фулгинозный налетъ языка 49.

X. Ch*.

Химическія повреждения языка 20.
Хлороформный наркозъ 11, 15.
Cholera asiatica 55.
Холерина 55.
Холерный поносъ 55.
Холерный тифондъ 56.
Chorea 109.
Хондромы языка 151.
Хроническое поверхностное воспаление языка. 22.

Ч.

Черный языкъ 27.
Чревовѣщаніе 7.

Ц. C*.

Цѣвь налета языка 21.
Цилиндромы языка 152.
Cysticercus 117.
Цынга 98.

III.

Шелушеніе языка скарлатиновое 40.
Шпатель для рта 9.
Шопоть 7.

Э.

Экзампсія 109.
Экстирпация языка 13.
Эндотелиомы языка 152.
Эпидермоидальныя кисты на уздечкѣ язы-
ка 159.
Эпилепсія 109.

Эпилептическіе припадки 18.
Эпителіальныя слипанія языка 16.
Эрготизмъ 18.
Эритематозное воспаленіе краевъ языка
33.
Эрозіи 26, 41;—на уздечкѣ языка 44.
Эхинококковая болѣзнь 116.

Я.

Язвы, образованіе ихъ на языкѣ 34, 44;—
болѣе рѣдкія 34, 37;—катарально-дис-
пептическія 34, 36;—травматическія 34.
Яшуръ 124.