

617.8

р

8

Г А.

рта, глотки

6178
R

Dr. Albert Rosenberg,

профессоръ Берлинскаго университета.

Розенберг, А.

177

БОЛѢЗНИ
ПОЛОСТИ РТА, ГЛОТКИ и ГОРТАНИ,

со включеніемъ способовъ изслѣдованія и леченія,

съ ДОБАВЛЕНІЕМЪ

отдѣла объ изслѣдованіи пищевода

(составлен. авторомъ для русск. изданія).

матер
закн!

ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХЪ ВРАЧЕЙ и УЧАЩИХСЯ

Съ 187 рисунками въ текстѣ.



Переводъ съ 2-го просмотрѣннаго и дополненнаго нѣмецкаго изданія

д-ра мед. М. Б. Блюменау.

1952 г.

(Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes mit Einschluss der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Für praktische Aerzte und Studierende von Prof. Albert Rosenberg in Berlin. Zweite neu durchgesehene und erweiterte Auflage. Berlin 1899).

БИБЛИОТЕКА
СТУДЕНТОВЪ-МЕДИКОВЪ

2012

№ 77

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Новороссійскаго университета.

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

Малая Итальянская, 13.

1901.

ИНВЕНТАР
№ 12299

1972

ПЕРЕОБЛІК

617-8

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 4 Сентября 1900 г.

Типографія В. С. Эттингера, Малая Итальянская, 13.

Предисловіе къ первому нѣмецкому изданію.

Предлагаемый учебникъ составленъ на основаніи наблюденій, которые были собраны авторомъ въ теченіе его почти 12-лѣтней дѣятельности въ качествѣ ассистента проф. *B. Fränkel*'я въ Берлинской университетской поликлиникѣ для горловыхъ и носовыхъ болѣзней.

Съ любезнаго разрѣшенія своего глубокоуважаемаго учителя авторъ воспользовался съ этою цѣлью данными, касающимися первыхъ 15—16.000 больныхъ поликлиники, но, во избѣжаніе односторонности, имъ принята также во вниманіе нѣмецкая и иностранная литература.

Книга эта должна удовлетворять потребностямъ практическаго врача, и авторъ надѣется, что, благодаря опыту, вынесенному изъ занятій съ врачами и студентами, ему удалось достигнуть намѣченной цѣли.

Болѣе важныя болѣзни, особенно интересующія практическаго врача, изложены болѣе подробно, между тѣмъ какъ заболѣванія, рѣже встрѣчающіяся, рассмотрѣны вкратцѣ.

Для большей наглядности и лучшаго усвоенія изложеннаго въ текстѣ приведены многочисленныя рисунки.

Берлинъ, въ маѣ 1893 г.

Dr. A. Rosenberg.

Предисловіе ко второму изданію.

Въ предлагаемомъ второмъ изданіи, которое значительно переработано и дополнено, приняты во вниманіе новѣйшія работы, касающіяся различныхъ отдѣловъ болѣзней полости рта, глотки и гортани.

Къ рисункамъ, вошедшимъ въ первое изданіе, прибавлено нѣсколько новыхъ.

Согласно желанія, выраженнаго издателемъ русскаго перевода, добавленъ отдѣлъ объ изслѣдованіи пищевода.

Авторъ надѣется, что предлагаемое новое изданіе встрѣтитъ такой же благосклонный пріемъ, какъ и первое.

Берлинъ, въ мартъ 1899 г.

Dr. A. Rosenberg.

Оглавление.

ЧАСТЬ I.

Болезни ротовой полости.

А. Общая часть.

	Стр.
Анатомія	1
Физиологія	9
Общая симптоматологія, патологія и терапия	11

В. Частная патологія.

Уродства и аномаліи ротовой полости	16
Катаральный стоматитъ	18
Перелойный стоматитъ	19
Язвенный стоматитъ	19
Афтозный стоматитъ	21
Травматическій стоматитъ	21
Ртутный стоматитъ	22
Цынга	24
Хроническій паренхиматозный стоматитъ	25
Флегмонозный стоматитъ	26
Выпотной стоматитъ	29
Дифтерія полости рта	29
Водяной ракъ	30
Черный (волосатый) языкъ	31
Лейкоплакія рта	34
Хроническій поверхностный глосситъ, lingua geographica	35
Сифились	39
Бугорчатка	40
Волчанка	41
Проказа	41
Микозы	41
Молочница	42
Актиномикозъ	43
Pharyngomycosis benigna	43
Сарцина	44
Новообразованія	
Неврозы:	48
Разстройства чувствительности	49
Разстройства вкуса	49
Разстройства подвижности	50

Постороннія тѣла и конкременты	Стр. 51
Паротитъ и воспаленіе другихъ слюнныхъ железъ	52
Angina Ludovici,	53

ЧАСТЬ II.

Болезни глотки.

А. Общая часть.

Анатомія	55
Физиологія	67
Общая этиологія	71
Общая симптоматологія	72
Способъ изслѣдованія, фарингоскопія	74
Общая діагностика	80
Общая терапія	82

В. Частная патологія.

Уродства и аномаліи глотки	95
Острый фарингитъ	97
Лакунарная ангина	99
Фибриновый фарингитъ	104
Афтозный фарингитъ, доброкачественная язва глотки	105
Герпетическая ангина	107
Рожа, острая заразная флегмона глотки	108
Выпотной фарингитъ	109
Пемфигусъ	111
Дифтерія	111
Заглочочный нарывъ	119
Хроническій фарингитъ и тонзиллитъ	121
Гиперплазія глоточной миндалины, аденоидныя разрощенія	127
Гиперплазія небныхъ миндалинъ	133
Гиперплазія язычной миндалины	136
Сифилисъ	137
Бугорчатка	141
Волчанка	144
Проказа	145
Микозы:	
Фарингомикозъ	146
Молочница	147
Сарцина	148
Актиномикозъ	148
Плѣсневой микозъ	149
Опухоли:	
доброкачественныя	149
злокачественныя	151
Постороннія тѣла	153
Поврежденія	155
Кровотеченія	155
Невросы:	
Разстройства чувствительности	157
Разстройства подвижности	160

ЧАСТЬ III.

Болезни гортани.

А. Общая часть.

	Стр.
Анатомія	162
Физиологія	176
Общая этиологія	180
Общая діагностика, ларингоскопія	181
Общая симптоматологія	193
Общая терапія	196

В. Частная патологія.

Уродства и аномаліи	210
Острый ларингитъ	212
Ложный крупъ, острый ларингитъ у дѣтей	216
Хроническій ларингитъ	217
Пахидермія	221
Острый подслизистый (флегмонозный) ларингитъ	226
Хроническій подслизистый ларингитъ	228
Отекъ гортани	229
Крупъ и дифтерія	233
Перихондритъ	236
Постороннія тѣла	238
Поврежденія	241
Раненіе:	243
Переломы и вывихи	244
Кровотеченія	245
Новообразованія	248
» доброкачественныя	256
» злокачественныя	256
Саркома	258
Ракъ	258
Неврозы:	267
Разстройства чувствительности	268
Двигательныя разстройства	268
Судорога голосовой щели у дѣтей	272
Судорога голосовой щели у взрослыхъ	274
Гортанное головокруженіе	275
Нервный кашель	276
Фонаторная судорога голосовой щели	277
Вдыхательная судорога голосовой щели	278
Другія координаторныя разстройства	279
ГипокINETическія разстройства, параличи	281
Параличи мышечнаго происхожденія	284
Параличи нервнаго происхожденія	295
Заболѣванія гортани при хроническихъ и острыхъ заразныхъ болѣзняхъ.	
Бугорчатка	306
Волчанка	308
Сифились	313
Проказа	313
Склерома	315
Корь	315
Скарлатина, оспа, брюшной тифъ	316
Рожа	317
Коклюшь	317

Съуженія дыхательнаго горла:	Стр.
вслѣдствіе прижатія извнѣ	319
вслѣдствіе процессовъ въ самомъ дыхательномъ горлѣ	320

Добавленіе.

Ислѣдованіе пищевода.

Анатомія	322
Физиологія	324
Ощупываніе	325
Выстукиваніе	326
Выслушиваніе	327
Зондированіе	328
Осмотръ пищевода (эзофагоскопія)	331
Радиографія	336
Заключительныя замѣчанія	336

Правленіе бібліотеки студенто́въ-медиковъ напоминаетъ товарищамъ, что они отвѣчаютъ за порчу и поврежденіе книгъ и передлетовъ.

ЧАСТЬ I.

Болезни ротовой полости.

Анатомія ротовой полости.

При сомкнутыхъ челюстяхъ полость рта распадается на двѣ части: 1) на переднюю, меньшую часть, *vestibulum oris*, которая ограничена, съ одной стороны, зубами, съ другой—губами и слизистой оболочкой щекъ, и черезъ отверстіе между губами (*rima oris*) открывается наружу; 2) собственно ротовую полость, *cavum oris*, которая расположена позади верхняго и нижняго ряда зубовъ и ограничена сзади твердымъ и мягкимъ нёбомъ, а внизу языкомъ, resp. дномъ рта.

Обѣ полости сообщаются между собою посредствомъ промежутка, который находится между послѣднимъ кореннымъ зубомъ и переднимъ краемъ вѣчнаго отростка нижней челюсти. Этимъ промежуткомъ мы пользуемся для введенія шпателя при насильственномъ открываніи рта.

Губы, на которыхъ наружная кожа соприкасается съ слизистой оболочкой пищеварительныхъ путей, соединяются съ деснами посредствомъ верхней и нижней уздечки (*frenulum labii super. et inferior*). Внутренняя часть слизистой оболочки губъ снабжена у грудныхъ дѣтей мягкими, ворсинкообразными возвышеніями, длиною до 1 мм., которыя, очевидно, служатъ для лучшаго присасыванія къ грудному соску и впоследствии исчезаютъ.

По бокамъ слизистая оболочка продолжается на внутреннюю поверхность щекъ и проникаетъ въ *ductus Stenonianus*, выводной протокъ околоушной железы (*parotis*), которая расположена впереди и ниже уха между сосцевиднымъ отросткомъ, наружнымъ слуховымъ проходомъ и вѣтвью нижней челюсти. Вверху и внизу слизистая оболочка губъ и щекъ переходитъ на альвеолярные отростки, образуя при этомъ такъ назыв. *десны* (*gingiva*), замыкающія шейки зубовъ, и затѣмъ проникаетъ между послѣдними на внутреннюю поверхность альвеолярныхъ отростковъ, т. е. переходитъ изъ передней въ заднюю собственно ротовую полость, гдѣ она выстилаетъ дно и сводъ ея. Съ *дна рта* она загибается кверху, покрываетъ уздечку языка (*frenulum linguae*), по обѣимъ сторонамъ послѣдней проникаетъ въ выводящіе протоки подчелюстныхъ (*glandulae submaxillares*) и подъязычныхъ слюнныхъ железъ (*gl. sublinguales*) и окружаетъ весь языкъ.

Подчелюстная железа расположена подъ *m. mylohyoideus* между поверхностной и глубокой пластинкой *fascia colli* въ промежуткѣ между краемъ нижней челюсти и обоими брюшками *m. biventer*. Выводной протокъ ея (*ductus Whartonianus*) идетъ надъ *m. mylohyoideus* кнутри и кпереди и открывается въ *caruncula sublingualis*. Подъязычная железа лежитъ на верхней поверхности *m. mylohyoidei* и нѣсколько выпячиваетъ слизистую оболочку дна полости рта; она снабжена 8—12 выводными протоками (*ductus Rivini*), которые открываются позади *caruncula sublingualis* въ полость рта, частью же соединяются въ одинъ общій протокъ (*ductus Bartholini*), который сливается съ *ductus Whartonianus* или открывается на мѣстѣ *caruncula*. Въ верхушкѣ языка между *m. hyo-* и *styloglossus* помѣщается гроздевидная железа *Blandin-Nuhn'a*, выводные протоки которой открываются въ *crista fimbriata*—бахромчатую каемку слизистой оболочки, направленную косвенно къзади и кънаружи.

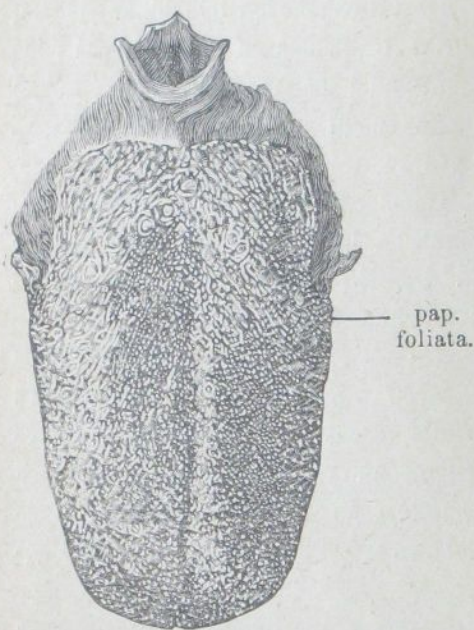


Рис. 1.

Особенно прочно соединена слизистая оболочка, при помощи очень плотной соединительной ткани, съ надкостницей твердаго неба, тогда какъ въ остальныхъ мѣстахъ, за исключеніемъ зубовъ, которые она обхватываетъ, связь ея съ подлежащими частями болѣе свободна.

Между обоими листками *fascia buccalis* у передняго края *m. masseteris* остается промежутокъ, выполненный кругловатымъ жировымъ комкомъ, который между наружною поверхностью *m. buccinatoris* и внутреннею поверхностью вѣтви нижней челюсти простирается вверхъ до *fossa temporalis* (*Hyrthl*). Этотъ такъ назыв. *corpus adiposum malae* особенно развитъ у новорожденныхъ и маленькихъ дѣтей

и не исчезаетъ даже при сильномъ исхуданіи. Онъ долженъ, слѣдовательно, имѣть особое біологическое значеніе; послѣднее состоитъ въ томъ, что этотъ жировой комокъ служитъ подстилкой для *m. buccinator*, подкрѣпляющей дѣятельность щекъ при сосаніи ¹⁾.

Наиболѣе важный органъ ротовой полости представляетъ языкъ (рис. 1), верхняя выпуклая поверхность котораго, прилегающая при закрытомъ ртѣ къ твердому нѣбу, имѣетъ шероховатый видъ влѣдствіе очень многочисленныхъ, заложенныхъ въ слизистой оболочкѣ осязательныхъ и вкусовыхъ сосочковъ—*papillae filiformes* resp. *fungiformes*,

¹⁾ Въ одномъ случаѣ, описанномъ *Zahn'омъ*, жировой комокъ этотъ у 6-мѣсячнаго плода послужилъ исходной точкой громадной миксосаркомы.

которые простираются до *isthmus faucium*, гдѣ они отграничиваются сзади сильно выдающимися *papillae circumvallatae*, расположенными въ видѣ буквы V. Нитевидные сосочки, расположенные въ громадномъ количествѣ на всей тыльной поверхности (*dorsum*) и боковыхъ краяхъ, придаютъ

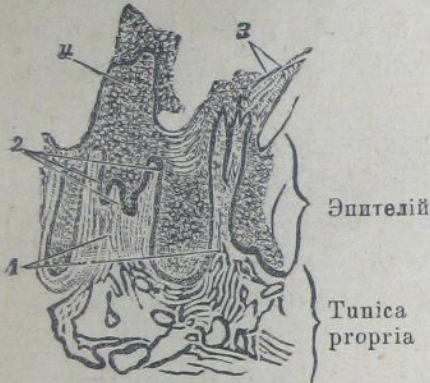


Рис. 2.

1. Нитевидные сосочки, на которыхъ сидятъ по 3 вторичныхъ сосочка (2). 3 и 4. Эпителиальныя продолженія съ свободно сидящими на нихъ плоскими эпителиальными клетками (*Stöhr*).



Рис. 3. Грибовидный сосочекъ.

1. Грибовидный сосочекъ съ вторичными сосочками (2). 3. Ножка грибовиднаго сосочка. 4. Нитевидный сосочекъ (*Stöhr*).

языку матово-бархатистый видъ и завѣдуютъ осязаніемъ, причемъ они снабжены толстымъ эпителиальнымъ покровомъ, состоящимъ изъ черепицеобразно надвинутыхъ другъ на друга клетокъ (рис. 2). Грибовидные сосочки (рис. 3), которые, на-подобіе пуговкообразныхъ возвышеній, рас-

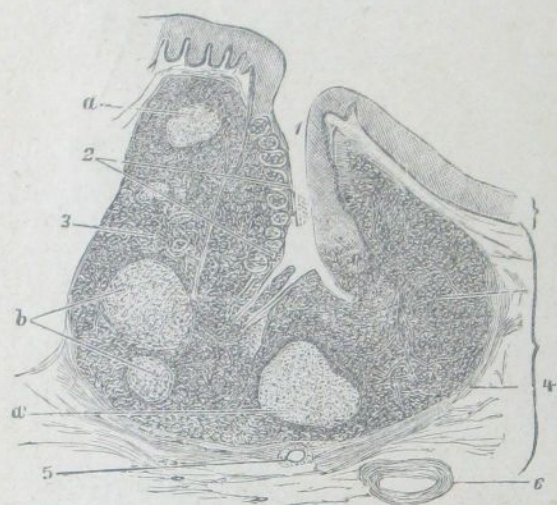


Рис. 4. Желобоватый сосочекъ (*Stöhr*).

положены въ сравнительно небольшомъ количествѣ между первыми, представляютъ, напротивъ, вкусовые сосочки (см. рис. 10 и 11), покрыты тонкимъ эпителиальнымъ слоемъ и, въслѣдствіе просвѣчиванія кровеносныхъ сосудовъ, имѣютъ ясно красный цвѣтъ. Желобоватые сосочки (рис. 4), числомъ 8—15, обыкновенно 7—9, состоятъ каждый изъ губчатого

возвышенія, которое окружено нѣскольکو менѣе высокимъ круговиднымъ валикомъ. Между возвышеніемъ и валикомъ находится глубокій желобъ. Преимущественно на отлогихъ боковыхъ сторонахъ сосочковъ находятся вкусовыя тѣла. На вершинѣ образуемаго этими сосочками V находится *foramen coecum*, которое иногда переходитъ въ болѣе или менѣе длинный слѣпой каналъ (*ductus thyreo-glossus*) и даже можетъ вступать или, вѣрнѣе говоря, оставаться въ связи съ щитовидной железой (какъ у плода).

Позади желобоватыхъ сосочковъ на *корнь языка (radix s. basis linguae)* находятся такъ назыв. мѣшчатыя железы языка, извѣстныя также подъ названіемъ язычной миндалины (*tonsilla linguae*) (рис. 5), которыя устроены на-подобіе миндалевидныхъ железъ и представляютъ



кругловатыя, полушаровидныя возвышенія, снабженныя по серединѣ отверстіемъ, которое ведетъ въ полость мѣшечка; вокругъ мѣшечка расположены фолликулы (подробности см. при описаніи миндалевидныхъ железъ).

Эпителий
Tunica propria

Въ задней части бокового края языка, непосредственно передъ прикрѣпленіемъ передней дужки (*arcus glossopalatinus*), съ каждой стороны находится плоское или слегка возвышенное, неровное образование величиною при-

Рис. 5. Вертикальный разръзъ черезъ мѣшчатую железу языка (Stöhr).

1. Полость мѣшчатой железы, содержащая выселившіеся лейкоциты.
2. Эпителий съ лейкоцитами (слюва и внизу).
3. Аденоидная ткань. а) и б) мѣшчатыя железы, перерываемыя по серединѣ, гезр. сбоку.
4. Волокнистая оболочка.
5. Поперечный разръзъ выводного протока слювистой железы.
6. Кровеносный сосудъ.

близительно съ чечевичу, т. назыв. *papilla foliata* (см. рис. 1), которое тоже завѣдуетъ вкусовыми ощущеніями. Вязливые больные, которые вслѣдствіе какого-либо неприятнаго ощущенія обыкновенно ощупываютъ свой языкъ пальцемъ, находя въ этомъ мѣстѣ (а также на мѣстѣ желобоватыхъ сосочковъ) шероховатость, воображаютъ у себя злокачественную опухоль или какое нибудь другое опасное страданіе.

Мышцы ротовой полости.

Между *губными мышцами* наиболѣе важное значеніе имѣетъ *m. orbicularis oris*; онъ закрываетъ ротъ, заостряетъ губы для различныхъ отправленій и приспособляетъ ихъ для сосанія. Къ *мимическимъ мышцамъ* принадлежатъ *mm. levator lab. sup., levator* и *depressor anguli*

oris, *zygomaticus major* и *minor*, *risorius Santorini*, *levator menti* и др. *M. buccinator*, щечная мышца, расширяет ротовую полость въ поперечномъ направленіи; вмѣстѣ съ *orbicularis oris* она придавливаетъ щеки къ зубамъ или сжимаетъ воздухъ въ ротовой полости, который, напр., при игрѣ на духовыхъ инструментахъ, выходитъ затѣмъ черезъ слегка открытыя губы. Къ *жевательнымъ мышцамъ* принадлежатъ *m. temporalis*, *masseter*, *pterygoideus int.* и *ext.*; онѣ притягиваютъ нижнюю челюсть къ верхней, кромѣ того, послѣдняя мышца смѣщаетъ также нижнюю челюсть впередъ, а при одностороннемъ сокращеніи тянетъ ее въ противоположную сторону.

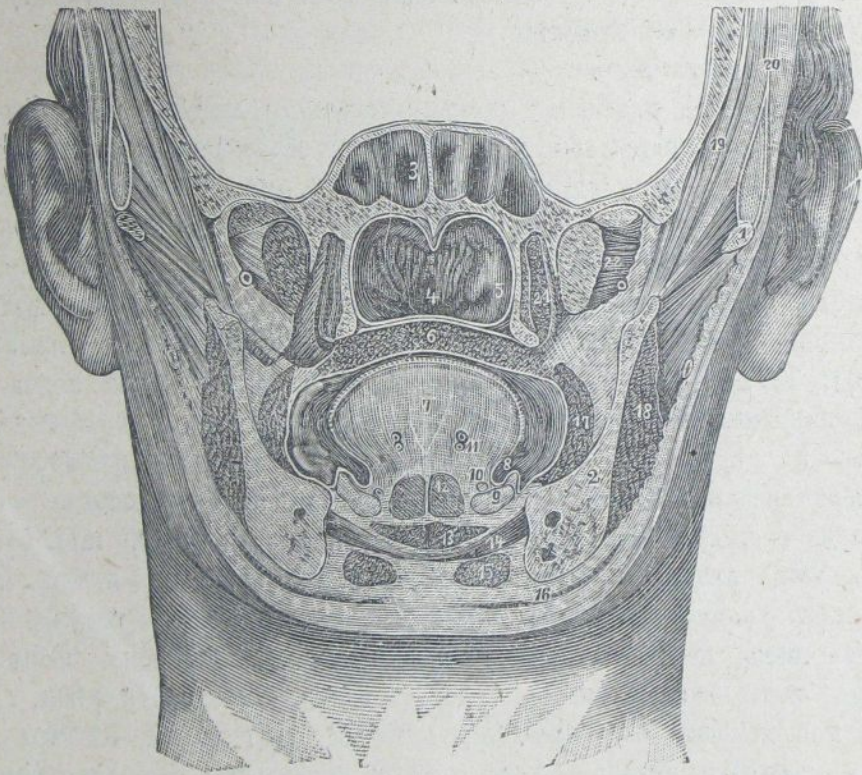


Рис. 6. Фронтальный разрѣзъ черезъ основаніе черепа и лица непосредственно позади *septum nasium* (*Luschka*).

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| 1. <i>arcus zygomaticus</i> | 8. <i>sulcus alveolo-lingualis</i> | 16. <i>m. subcutaneus colli</i> |
| 2. вѣтвь нижней челюсти | 9. <i>glandula sublingualis</i> | 17. <i>m. buccinator</i> |
| 3. полость клиновидной кости, подъ нею <i>sacculus pharyngo-nasale</i> съ | 10. <i>n. lingual. trigemini</i> | 18. <i>m. masseter</i> |
| 4. <i>bursa pharyngea</i> | 11. а. и в. <i>profunda linguae</i> | 19. <i>m. temporalis</i> |
| 5. <i>ostium pharyng. tubae</i> | 12. <i>m. genioglossus</i> | 20. <i>fascia temporalis</i> |
| 6. <i>velum palatin.</i> | 13. <i>m. geniohyoideus</i> | 21. <i>m. pterygoideus int.</i> |
| 7. языкъ | 14. <i>m. mylohyoideus</i> | 22. <i>m. pterygoideus ext.</i> |
| | 15. переднее брюшко <i>m. digastrici</i> | |

На *дно полости рта* находятся: 1) *m. mylohyoideus*, который начинается на внутренней поверхности нижней челюсти на *linea obliqua* отъ послѣдняго коренного зуба до *spina mentalis interna*, прикрѣпляется къ нижнему краю подъязычной кости и выполняетъ пространство между по-

слѣднею и дугою нижней челюсти; 2) *m. geniohyoideus*, который отъ *spina mental. int.* направляется прямо кзади къ передней поверхности подъязычной кости и къ нижнему краю передней поверхности рожка ея и лежитъ по срединѣ дна рта. Между тѣмъ какъ первая мышца поднимаетъ дно полости рта кверху, вторая мышца тянетъ подъязычную кость впередъ и содѣйствуетъ высовыванію языка. Кромѣ того, дно полости рта и языкъ приподнимають: 3) *m. biventer*, который начинается отъ *processus mastoideus*, переходитъ въ длинное сухожиліе, направляющееся книзу къ тѣлу подъязычной кости, и въ видѣ передняго мышечнаго брюшка продолжается къ нижней челюсти, гдѣ прикрѣпляется сбоку отъ *spina ment. interna*; 4) *m. stylohyoideus*, который начинается отъ *proc. stylohyoideus* и прикрѣпляется къ *os hyoideum*.

Языкъ раздѣляется на двѣ симметрическія части при помощи вертикальной фиброзной пластинки (*septum linguae*), которая расположена въ срединѣ его и тянется во всю длину, за исключеніемъ верхушки. Въ составъ его входятъ слѣдующія мышцы: 1) *mm. genioglossi*, которыя начинаются отъ *spina mental. int.* и затѣмъ, направляясь кзади и кверху, лучеобразно переходятъ въ языкъ, причемъ самые верхніе пучки оканчиваются въ верхушкѣ языка, а самые нижніе на верхнемъ краѣ тѣла подъязычной кости. Мышцы эти составляютъ главную массу языка (см. рис. 6); 2) *mm. hyoglossi*, которыя начинаются отъ рожка подъязычной кости, направляются кпереди и оканчиваются на наружной сторонѣ *mm. geniohyoidei* въ языкѣ; 3) *mm. styloglossi*, которыя начинаются отъ *proc. styloideus* височной кости, идутъ книзу, затѣмъ надъ подъязычною костью поворачиваютъ кпереди и направляются по наружной сторонѣ *mm. hyoglossi* къ верхушкѣ языка; онѣ оттягиваютъ языкъ кзади и кверху. Между тѣмъ какъ упомянутыя три *парныя* мышцы при своемъ сокращеніи вызываютъ лишь незначительное смѣщеніе языка, измѣненіе формы его, имѣющее столь важное значеніе для жеванія, глотанія и рѣчи, достигается при помощи *m. lingualis*, который раздѣляется на три слоя: верхній, тонкій и нижній, болѣе толстый продольные слои (*m. lingualis longitudinalis sup. et inf.*) и поперечный слой, начинающійся отъ *septum linguae* (*m. lingual. transversus*).

Верхній продольный слой при своемъ сокращеніи вызываетъ впячиваніе тыльной поверхности языка или приподнимаетъ кончикъ его, нижній же продольный слой дѣйствуетъ обратнымъ образомъ; при одновременномъ сокращеніи обоихъ слоевъ языкъ укорачивается, наконецъ, при совмѣстномъ одностороннемъ дѣйствіи ихъ кончикъ языка отклоняется въ ту же сторону. При сокращеніи поперечнаго слоя языкъ суживается.

На 6 или 7 мѣсяцѣ жизни (нерѣдко и раньше) начинается обыкновенно прорѣзываніе *зубовъ*; къ концу 2 года у ребенка бываетъ 20 молочныхъ зубовъ, въ каждой челюсти по 10, именно 4 рѣзца, 2 клыка и 4 коренныхъ зуба. На 7 году молочные зубы начинаютъ выпадать и замѣняются постоянными зубами, число которыхъ увеличивается въ каждой

челюсти на 6 коренныхъ зубовъ, причемъ послѣдній изъ нихъ, называемый также зубомъ мудрости, прорѣзывается только въ 20 годахъ.

Различныя ткани, образующія зубы, развиваются въ различное время. Сначала образуется зародышевый ростокъ *эмали* путемъ выпячивания и отщипуровыванія эпителия слизистой оболочки рта; затѣмъ на днѣ эмалеваго ростка въ видѣ сосочка разрастается соединительная ткань, которая образуетъ *денгинный* ростокъ; наконецъ, позже образуется *цементъ*.

Слизистая оболочка ротовой полости покрыта слоистымъ многослойнымъ эпителиемъ и въ особенности на деснахъ и нѣбѣ снабжена многочисленными сосочками. Эпителий слюнныхъ железъ, открывающихся въ полость рта, представляетъ двуслойный цилиндрическій эпителий; изъ выводныхъ протоковъ ихъ только *ductus Whartonianus* имѣетъ мышечныя



Рис. 7. Вертикальный разръзъ черезъ слизистую оболочку губъ (Stöhr).

волокна, и притомъ расположенныя продольно (Steiner). Слизистая оболочка содержитъ очень многочисленныя слизистыя железы (рис. 7), которыя открываются на поверхности отверстіями величиною съ булавочную головку; самыя железы просвѣчиваютъ черезъ слизистую оболочку губъ, гдѣ онѣ расположены группами.—Подъ аденоидную ткань язычной миндалины (см. рис. 5) находится обильное скопленіе гроздевидныхъ железъ, которыя открываются частью на поверхности, частью въ полость мышечковъ. Железы эти настолько тѣсно окружены мышечными пучками, что при глотаніи происходитъ сдавленіе ихъ и вълѣдствіе этого овлажненіе пути, по которому проходитъ пища.

Артеріи. Кожа и мышцы подъ подбородкомъ питаются *art. submentalis*, которая начинается изъ *a. maxill. externa*; ея *rr. glandulares* и *muscularis* питаютъ околоушную и подъязычную железы resp. *mm. di-*

gastricus, stylohyoideus, masseter и pterygoideus, а отходящая от нея *a. coronaria*—губы. От *carotis ext.* отходить *a. auricul. post.*, которая развѣтвляется въ околоушной железѣ, *m. digastricus*, *stylohyoideus*, *styloglossus* и проч. Околоушная железа получаетъ, кромѣ того, кровь изъ *art. temporalis*; отходящая отъ послѣдней *a. transversa faciei* развѣтвляется въ щекахъ и лицевыхъ мышцахъ. Зубы получаютъ свои артеріи (*aa. alveolares*) изъ *a. maxill. int.*, которая даетъ также вѣтви къ желательнымъ мышцамъ.

A. lingualis (рис. 8), начинающаяся отъ *carot. ext.*, направляется между *m. hyoglossus* и *constrictor pharyng. med.* къ языку, отдаетъ одну вѣтвь слизистой оболочкѣ корня языка, другую—дну ротовой полости, затѣмъ около уздечки языка проникаетъ въ послѣдній и, наконецъ, въ верхушкѣ языка при помощи капилляровъ соединяется съ артеріей противоположной стороны.

Изъ *venz vv. buccales, labii sup. et inf., massetericae, parotideaе, submentales* впадаютъ въ *vena facial. ant.*; *v. transversa faciei alveolar. sup. et inf., parotidea*—въ *vena facial. post.*; наконецъ, *vv. linguales* подъ верхушкой языка изливаются въ *v. jugularis interna*.

Лимфатическіе сосуды, которые находятся въ особенно обильномъ количествѣ въ языкѣ, анастомозируютъ съ лимфатическими сосудами глотки и язычныхъ мышцъ; лимфатическія железы ихъ суть *gl. auriculares ant., facial. profund.*, въ особенности же подчелюстные, а также поверхностныя и глубокія шейныя и яремныя железы.

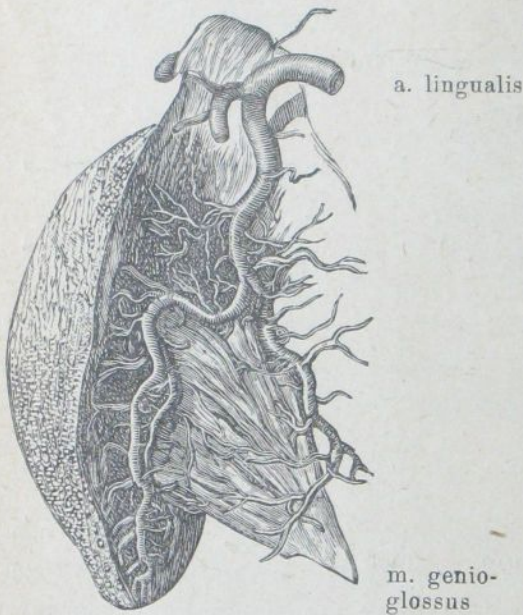
Нервы. Двигательными нервами являются *n. hypoglossus*, который иннервируетъ *mm. hyoglossus, geniohyoideus, genioglossus, longitudinalis* и *transversus linguae*;

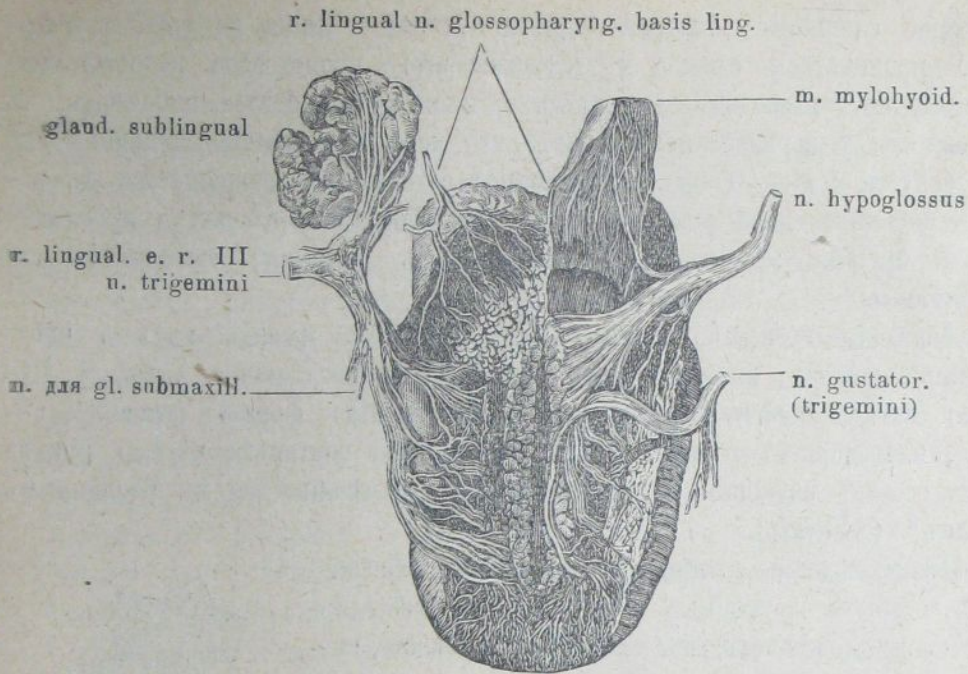
Рис. 8. Языкъ съ *a. lingualis* (Sömmering).

затѣмъ развѣтвленія 3 вѣтви тройничнаго нерва, которыя снабжаютъ переднее брюшко *m. biventer* и *mm. mylohyoidei*, и, наконецъ, *n. facialis*; который иннервируетъ мимическія мышцы.

Чувствительныя нервныя вѣтви отходятъ отъ тройничнаго нерва.

Вкусowymi нервами являются *n. glossopharyngeus* и *n. lingualis trigemini*, въ особенности принадлежащая къ нему *chorda tympani*, берущая начало отъ *n. facialis*. *N. lingualis* съ *chorda tympani* снабжаетъ переднія, *n. glossopharyngeus* же заднія части слизистой оболочки языка.





Верхушка языка (Apex).

Рис. 9. Нижняя поверхность языка съ развѣтвляющимися въ немъ нервами (Sömmering).

Физиологія ротовой полости.

Ротовая полость служит прежде всего для размельченія пищи путемъ жеванія, причѣмъ въ этомъ принимаютъ участіе не только зубы, которыми мы раздробляемъ пищу, но и языкъ, при помощи котораго пищевой комокъ постоянно перемѣщается во рту и для лучшаго размельченія повторно продвигается между коренными зубами. Только послѣ того какъ пищевой комокъ такимъ образомъ превратился въ мягкую кашицу, чему содѣйствуетъ также пропитываніе его слюной, содержащей въ себѣ слѣдней птѣлинъ или амилитическій ферментъ можетъ перевести въ сахаръ находящіеся въ пищѣ углеводы и глюкогенъ.

Слюна, помимо указанного дѣйствія, имѣетъ значеніе для пищеваренія еще въ томъ отношеніи, что она усиливаетъ секреторную и двигательную способность желудка, благодаря тому, что пищевой комокъ при *прохожденіи* *черезъ ротовую полость* принимаетъ слабо кислую реакцію, цѣлесообразную для желудка. Напротивъ, самостоятельно отдѣляемая слюна, а также попадающая въ желудокъ послѣ проглатыванія пищи не играетъ особенной роли (Sticker, Бернацкий). Дальнѣйшему проталкиванію достаточно переработаннаго пищевого комка содѣйствуетъ образующееся въ ротовой полости нагнетающее пространство (Spritzraum), въ которомъ роль поршня играетъ корень языка (см. глотательный актъ).

При слишкомъ быстрой ѣдѣ, при которой пища не успѣваетъ хорошо пропитаться слюной и вслѣдствіе этого происходитъ недостаточное превращеніе углеводовъ въ сахаръ, иногда приходится наблюдать, въ особенности у нервныхъ субъектовъ, что черезъ нѣсколько времени послѣ ѣды (спустя $\frac{1}{4}$ — 6 час.) желудочное содержимое возвращается въ ротовую полость, снова разжевывается, пропитывается слюной и проглатывается. Явленіе это извѣстно подъ именемъ *жвачки*, *ruminatio* или *mergismus*.

Движенія губныхъ, щечныхъ и язычныхъ мышцъ имѣютъ чрезвычайно важное значеніе для ясной членораздѣльной *рѣчи*. „Рѣчевые звуки образуются вслѣдствіе измѣненій формы ротовой полости, благодаря которымъ звукъ, образуемый гортанью, частью принимаетъ особые звуковые оттѣнки, частью примѣшивается къ различнымъ шумамъ“ (*Wundt*).

Происхожденіе *гласныхъ* основано на образованіи особыхъ звуковыхъ оттѣнковъ, которые, въ свою очередь, происходятъ ислѣдствіе резонанса, зависящаго отъ различныхъ положеній ротовой полости.

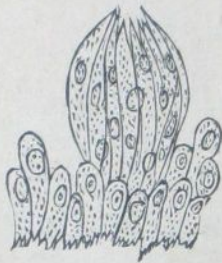


Рис. 10. Вкусовая луковича.

Согласныя представляютъ собою звуки, происходящіе вслѣдствіе неправильныхъ колебаній въ какойнибудь суженной или закрытой части ротовой полости, когда черезъ эту часть проходитъ токъ выдыхаемаго



Рис. 11. Вкусовые луковичи при разсматриваніи ихъ сверху (*Schwalbe*).

воздуха. Соответственно этому различаютъ, смотря по мѣсту закрытія: губныя и небныя согласныя, и смотря по способу закрытія: замыкательныя (P, B, T, D, K, G), шипящія (F, W, S, Sch, Ch, I, H), носовыя (M, N, ng) и дрожательныя звуки (R).

Вкусъ въ общепринятомъ смыслѣ слова представляетъ сочетанное ощущеніе, которое слагается изъ собственно вкуса и обонянія. Дѣйствительно, ежедневный опытъ показываетъ, что при потерѣ обонянія, которая наблюдается временно при остромъ насморкѣ или, какъ постоянное явленіе, при атрофическомъ ринитѣ (*ozena*) и другихъ заболѣваніяхъ носа, вкусъ, и помимо пораженія ротовой полости и глотки, нарушается, притупляется. Больные, правда, въ состояніи ясно отличать сладкій, кислый, соленый и горькій вкусъ, но они не могутъ уже различать болѣе тонкіе оттѣнки ихъ, потому что пахучія составныя части многихъ пищевыхъ средствъ не воспринимаются обоняніемъ.

Органами, воспринимающими вкусовые ощущенія въ собственномъ смыслѣ слова, являются *вкусовые чашечки* или *вкусовые луковичи* (почки), которыя встрѣчаются преимущественно на языкѣ, именно на

мѣстѣ *papillae fungiformes*, *p. foliatae* и *p. circumvallatae*, притомъ на послѣднихъ какъ въ нисходящей части ихъ, такъ и въ меньшемъ количествѣ на сторонѣ валика, обращенной къ желобу (см. рис. 4). Вкусовыя луковицы представляютъ образованія, сидящія довольно широкимъ круглымъ основаніемъ на соединительной ткани, которая къ периферіи постепенно расширяется, а затѣмъ быстро опять сѣуживаются и въ видѣ луковицы или почки закрываются на поверхности эпителия, притомъ такъ, что черезъ отверстіе ихъ выдается пучокъ тонкихъ волосковъ, подъ которыми замѣчаются иногда тонкія втянутыя палочки, исходящія изъ центра вкусовой луковицы. Вкусовыя луковицы состоятъ изъ наружныхъ, *покровныхъ* клѣтокъ, которыя имѣютъ веретенообразную форму и овальное ядро, и внутреннихъ, *вкусовыхъ* клѣтокъ (рис. 10 и 11). Внизу къ луковицѣ, между нею и соединительною тканью, примыкаютъ цилиндрическія ядросодержащія клѣтки, верхній конецъ которыхъ закругленъ, нижній же (быть можетъ, для достиженія прочной связи съ стромой) представляется зазубреннымъ.

Вкусовые нервы, утративши предварительно въ самыхъ наружныхъ слояхъ слизистой оболочки свое мѣлиновое влагалище, вступаютъ, вѣроятно, въ видѣ голыхъ осевыхъ цилиндровъ въ вкусовыя луковицы, гдѣ они непосредственно соединяются съ ихъ вкусовыми клѣтками. Послѣ перерѣзки *n. glossopharyngei v. Vintschgau* наблюдалъ перерожденіе и, въ концѣ-концовъ, атрофію вкусовыхъ луковицъ.

Вкусовыя ощущенія воспринимаются, впрочемъ, не однимъ языкомъ. Такъ, у одного больного, у котораго *Thiery* удалилъ языкъ, вкусовыя ощущенія вполнѣ сохранились и послѣ операціи. Далѣе, *Hoffmann* нашелъ вкусовыя луковицы вполоть до надгортанника, на мягкомъ небѣ и на передней поверхности передней дужки; наконецъ, *Davis* открылъ ихъ даже въ гортани, въ мѣстахъ, гдѣ слизистая оболочка ея не покрыта мерцательнымъ эпителиемъ. Я лично тоже убѣдился цѣлымъ рядомъ опытовъ, что въ верхнихъ частяхъ гортани воспринимаются вкусовыя ощущенія, причемъ лучше всего ощущается горькій вкусъ.

Общая симптоматологія, патологія и терапия.

Ненормальныя *ощущенія*, въ особенности *боли*, при жеваніи, введеніи жидкостей и пищи, въ особенности сильно пряныхъ или горячихъ кушаній, при куреніи и проч. составляютъ главную жалобу больныхъ при всѣхъ воспалительныхъ и язвенныхъ процессахъ въ ротовой полости; стрѣляющія, невралгическія боли встрѣчаются и помимо указанныхъ причинъ у неврастениковъ. При двигательныхъ параличахъ *затрудненная подвижность языка* сильно мѣшаетъ жеванію, глотанію и рѣчи, при чувствительныхъ же разстройствахъ больные жалуются на одеревѣніе, онѣмѣніе языка и другія неприятыя ощущенія. При пораженіи вкусового нерва наблюдается разстройство или потеря чувства вкуса на одной или обѣихъ сторонахъ.

При флегмонѣ или нарывѣ въ языкѣ, на днѣ ротовой полости, и при тому подобныхъ процессахъ, особенно въ задней части, больные жалуются на *затрудненное и болѣзненное глотаніе* или даже на невозможность глотать. Принятіе пищи можетъ быть затруднено также вслѣдствіе „сведенія челюстей“, которое наблюдается при страданіяхъ височно-челюстного сустава или жевательныхъ мышцъ, а также при воспалительныхъ процессахъ въ болѣе глубокихъ частяхъ ротовой полости (воспаленіе надкостницы, перитонзиллитъ, воспаленіе вблизи зубовъ мудрости и проч.).

Слюнотеченіе наблюдается при всѣхъ тѣхъ заболѣваніяхъ, при которыхъ больные, вслѣдствіе боли при глотаніи, стараются избѣгать проглатыванія нормально отдѣляемой слюны, совершающагося при физиологическихъ условіяхъ черезъ извѣстные правильные промежутки времени, или при которыхъ вслѣдствіе паралитического состоянія, какъ, напр., при бульбарномъ параличѣ, актъ глотанія оказывается невозможнымъ. Наоборотъ, на сухость во рту—*уменьшеніе* слюноотдѣленія—больные жалуются при всѣхъ болѣзненныхъ процессахъ, при которыхъ выводится очень много жидкости черезъ другія железы, какъ, напр., при сморщенной почкѣ, полиуріи, усиленномъ потоотдѣленіи и проч., далѣе, при катаррахъ желудка, въ начальномъ періодѣ воспалительныхъ пораженій слизистой оболочки рта и т. д.

Непріятный запаха изо рта составляетъ частое явленіе при различныхъ формахъ стоматита, при которомъ подъ вліяніемъ бактерій, встрѣчающихся въ избыткѣ во рту, происходитъ разложеніе способныхъ къ гніенію веществъ. Въ особенности непріятный запахъ наблюдается при язвенномъ стоматитѣ (*stomatitace*) и при другихъ язвенныхъ процессахъ, причемъ онъ достигаетъ особенно рѣзкой степени при изъязвляющихся злокачественныхъ новообразованіяхъ; напротивъ, при доброкачественныхъ новообразованіяхъ, которыя изъязвляются подъ вліяніемъ механическихъ, химическихъ или термическихъ раздраженій, никогда не бываетъ такого сильнаго зловонія, какъ при язвенно распадающемся ракѣ. Въ болѣе слабой степени непріятный запахъ наблюдается при *костондѣ зубовъ*, въ которыхъ, при недостаточномъ чистомъ содержаніи, разлагаются застрѣвающіе въ нихъ остатки пищи; иногда онъ замѣчается также при хроническихъ *тонзиллитахъ*, когда гнойное отдѣляемое долгое время задерживается и разлагается въ глубокихъ и неровныхъ пазухахъ. Если погрузить въ подозрительное мѣсто ватный шарикъ, то онъ принимаетъ непріятный запахъ, такъ что въ сомнительныхъ случаяхъ, на основаніи этого, легко установить причину или мѣсто, которое служитъ источникомъ непріятнаго запаха.

Если подъ вліяніемъ какого нибудь заболѣванія, сопряженнаго съ болями, либо опухолью, либо пареза, движенія какой либо части ротовой полости становятся затрудненными или невозможными, то наступаютъ различныя *разстройства артикуляціи*, которыя бываютъ болѣе или менѣе рѣзко выражены, геср. проявляются въ различные фазы артикуляціи.

Различаютъ: *rhinolalia aperta*—гнусливость въ собственномъ смыслѣ слова, причемъ выдыхаемый воздухъ *неправильнымъ* образомъ попадаетъ въ носоглоточное пространство и въ носъ; *rhinolalia clausa*—небную, глухую рѣчь; *dyslalia dentalis* и *labialis* (неясное произношеніе д, т, н, с, з, resp. м, ф, б, п, в) и *dyslalia gutturalis* (неясное произношеніе г, с, и). Всѣ эти формы могутъ конечно, сочетаться между собою.

При сильныхъ припуханіяхъ и опухольяхъ, особенно въ задней и нисходящей части языка, могутъ появиться *разстройства дыханія*, благодаря тому, что болѣе или менѣе закрывается доступъ въ дыхательные пути.



Рис. 12. Зубная слизь, содержащая запятовидныя палочки, спирохеты и lepto-
tothrix (Fränkel-Pfeiffer).



Рис. 13. Bacillus subtilis, съ расположенными по срединѣ спорами.
(Fränkel-Pfeiffer).

Наибольшаго вниманія заслуживаетъ состояніе *языка*, который обыкновенно имѣетъ равномерно мягкій, бархатистый красный *видъ*, иногда-же представляется на поверхности избороденнымъ трещинами (*glossitis disse-cans*); по краямъ его даже при нормальныхъ условіяхъ, рѣзче при стоматитѣ, видны отпечатки зубовъ; при болѣе сильномъ выступаніи красныхъ грибовидныхъ сосочковъ языкъ принимаетъ видъ малины, что часто бываетъ при скарлатинѣ, но наблюдается и независимо отъ послѣдней. Нерѣдко языкъ бываетъ покрытъ бѣлымъ, сѣровато-бѣлымъ или болѣе буроватымъ налетомъ.

Присутствіе *налета на языкъ* отнюдь не служитъ признакомъ ка-кого либо пищеварительнаго разстройства, какъ это принято думать; точно также видъ языка, признаваемый характернымъ для определенной болѣзни, далеко не всегда является специфическимъ симптомомъ ея. Налетъ на языкъ можетъ наблюдаться и у виолнѣ здоровыхъ людей, не говоря уже о *грудныхъ дѣтяхъ*, у которыхъ, особенно послѣ кормленія, языкъ бываетъ бѣловатаго цвѣта вслѣдствіе того, что молочные шарики застрѣва-

ютъ на поверхности сосочковъ. Этому содѣйствуютъ рѣдкія движенія губъ и языка, а также продолжительный сонъ, тогда какъ у взрослыхъ постороннія примѣся, благодаря частымъ движеніямъ языка, скорѣе исчезаютъ. Однако и у взрослыхъ налетъ на языкѣ можетъ отчасти состоять изъ составныхъ частей принятой пищи, причемъ онъ принимаетъ иногда, вслѣдствіе этого, особую окраску; обыкновенно, впрочемъ, налетъ скоро исчезаетъ, и только у тяжелыхъ больныхъ, въ особенности у находящихся въ безсознательномъ состояніи, онъ держится болѣе долгое время вслѣдствіе рѣдкихъ движеній языка. *Налетъ состоитъ* главнымъ образомъ изъ небольшого количества эпителиальныхъ клѣтокъ и изъ безчисленнаго множества бактерій, которыя происходятъ изъ воздуха, въ особенности же изъ пищи. При этомъ наичаще и преимущественно встрѣчаются *micrococcus* и *bacillus subtilis*, къ которымъ иногда бываютъ примѣшаны *sarcina ventriculi*, *spirochaeta plicatilis*, одинъ видъ *vibrio* и проч. (рис. 12 и 13). Бактеріи плотно пристають къ тонкимъ продолженіямъ нитевидныхъ сосочковъ, между тѣмъ какъ на грибовидныхъ и желобоватыхъ сосочкахъ, а также въ углубленіяхъ между ними, онѣ встрѣчаются рѣдко. Количество микроорганизмовъ находится, по *Butlin*'у, въ прямомъ отношеніи къ толщинѣ налета, тогда какъ относительно эпителия наблюдается обратное. Только при т. назыв. гладкомъ языкѣ, на которомъ исчезли сосочки, атрофическія мѣста бываютъ свободны отъ налета вслѣдствіе того, что отсутствіе шероховатости на нихъ препятствуетъ застрѣванію микроорганизмовъ.

Верхушка и примыкающіе къ ней края языка обыкновенно бываютъ меньше покрыты налетомъ, во-первыхъ, потому что здѣсь находится много грибовидныхъ сосочковъ, во-вторыхъ, потому что языкъ, благодаря соприкосновенію съ зубами и нѣбомъ, механически очищается; напротивъ, въ части, расположенной болѣе кзади, въ особенности же въ средней части, которая богаче нитевидными сосочками, налетъ встрѣчается чаще и бываетъ толще.

Толщина налета различна (до 1 мм.), причемъ онъ либо образуетъ сплошной слой, либо представляется въ видѣ отдѣльныхъ пятенъ (*pityriasis linguae*). Несомнѣнно, что при пищеварительныхъ расстройствахъ очень часто наблюдается бѣловатый или желтоватый налетъ на языкѣ, однако налетъ можетъ существовать и независимо отъ нихъ. Впрочемъ, *цвѣтъ* налета, какъ уже сказано, зависитъ, во-первыхъ, отъ принятой пищи, во-вторыхъ, отъ того, что и самыя скопленія микроорганизмовъ имѣютъ то болѣе свѣтлый, то болѣе желтоватый или буроватый цвѣтъ.

Такъ называемый *тифозный* языкъ представляетъ въ началѣ болѣзни толстый грязно-бѣлый или желтоватый налетъ; впоследствии языкъ становится бурымъ, потрескавшимся и бываетъ свободнымъ отъ налета. Впрочемъ и при другихъ тяжелыхъ болѣзняхъ, при которыхъ больные дышатъ открытымъ ртомъ, языкъ можетъ имѣть подобный же видъ. При ревма-

тизмъ, при которомъ теплота, влажность, достаточный притокъ воздуха и жидкая пища благопріятствуютъ развитію микроорганизмовъ, влажный языкъ бываетъ покрытъ толстымъ грязно-желтымъ или желтовато-бѣлымъ налетомъ, который занимаетъ всю сосочковую поверхность (*Butlin*).

Присутствіе *односторонняго налета* объясняется просто тѣмъ, что языкъ на соответственной сторонѣ, вслѣдствіе какого нибудь болѣзненнаго пораженія его (изъязвленіе и проч.) или разстройства подвижности (геми-плегія), недостаточно очищается.

[Противъ налета на языкъ, который при обычныхъ условіяхъ удаляютъ механически, приходится принимать мѣры у нѣкоторыхъ больныхъ, которыхъ онъ беспокоитъ вслѣдствіе своей толщины; въ такомъ случаѣ полезно осторожно и повторно очищать языкъ посредствомъ мягкой тряпочки, пропитанной 3% растворомъ борной кислоты].

Сухость языка наблюдается преимущественно у лихорадящихъ, при дыханіи ртомъ, при атрофій слизистой оболочки и у старыхъ субъектовъ.

Десны представляютъ красную, воспаленную кайму при различныхъ формахъ стоматита; при свинцовомъ отравленіи кайма бываетъ сѣро-аспиднаго цвѣта.

Костюда зубовъ развивается при недостаточномъ уходѣ за зубами, послѣ употребленія желѣзныхъ и ртутныхъ препаратовъ и нерѣдко также на почвѣ малокровія, золотухи, рахита и сифилиса.

Уходъ за полостью рта составляетъ необходимую гигиеническую мѣру въ виду того, что черезъ полость рта можетъ, съ одной стороны, наступить зараженіе, съ другой, передаваться другимъ (сифились, бугорчатка и проч.). Необходимо поэтому, по крайней мѣрѣ, одинъ разъ въ день *чистить* зубы порошкомъ или пастой и повторно *прополаскивать* ротъ (лучше всего послѣ приемовъ пищи). Механическое очищеніе ротовой полости у грудныхъ дѣтей излишне, такъ какъ, благодаря сосательнымъ движеніямъ языка, оно происходитъ въ достаточной степени; мало того, оно можетъ принести вредъ, благодаря тѣмъ поврежденіямъ, которыя нерѣдко при этомъ причиняются (см. афты *Bednar'a*). Коль скоро зубы прорѣзались, то необходимо, какъ у взрослыхъ, слѣдить за чистотой рта.

Особенное вниманіе нужно обращать на *каріозные зубы*, такъ какъ, вслѣдствіе происходящаго въ нихъ гниlostнаго разложенія остатковъ пищи, они представляютъ особенно благопріятную почву для размноженія бактерий. Зубные протезы нужно ежедневно тщательно чистить и на ночь вынимать.

У бессознательныхъ и лихорадящихъ больныхъ, а также у нѣкоторыхъ душевно-больныхъ за чистотою рта и зубовъ долженъ наблюдать ухаживающій персоналъ. При пораженіяхъ ротовой полости показуется повторное полосканіе 3—5% растворомъ борной кислоты, марганцево-кислымъ кали (0,5⁰/100), перекисью водорода (1%) и т. п. растворами; если при процессахъ, сопровождающихся болями, жидкость при полосканіи, какъ это обыкновенно бываетъ, не доходить до пораженнаго мѣста,

то нужно сдѣлать промываніе, спринцованіе или смазываніе. Если въ подобныхъ случаяхъ принятіе пищи значительно затруднено, то, коль скоро цѣль не достигается мѣстнымъ обезболиваніемъ, нужно прибѣгнуть къ искусственному кормленію при помощи зонда или къ нитательнымъ клизмамъ, по крайней мѣрѣ, когда болѣзнь отличается длительнымъ теченіемъ.

Изслѣдованіе полости рта производится при *прямомъ освѣщеніи* помощью солнечнаго, разсѣяннаго дневнаго или искусственнаго свѣта, либо посредствомъ *отраженнаго свѣта* (см. изслѣдованіе зѣва), причемъ осматриваютъ языкъ, слизистую оболочку щекъ, боковыя и переднія части десенъ и внутреннюю поверхность губъ.

При пораженіяхъ на днѣ ротовой полости, при припуханіяхъ слизистой оболочки, утолщеніяхъ языка, новообразованіяхъ нерѣдко приходится прибѣгать къ *ощупыванію* съ цѣлью опредѣлить распространенность и глубину процесса, плотность опухоли, наличность зыбленія и проч. При этомъ, если можно, лучше всего производить ощупываніе обѣими руками. Корень языка тоже приходится нерѣдко изслѣдовать помощью ощупыванія; производимый обыкновенно осмотръ его въ достаточной степени возможенъ только посредствомъ гортаннаго зеркала. Помимо зрѣнія и осязанія, для изслѣдованія ротовой полости можно пользоваться также слухомъ и обоняніемъ; ухомъ мы опредѣляемъ расстройство рѣчи, носомъ—присутствіе неприятнаго запаха. Для изслѣдованія вкуса у больного смазываютъ различныя части языка кисточкой или ватнымъ шарикомъ, погруженными въ сладкіе, кислые, соленые или горькіе растворы.

Частная патологія.

Уродства и аномаліи ротовой полости.

Расщелина губы (заячья губа, cheiloschisis) наблюдается почти всегда на верхней губѣ, причемъ она начинается большею частью между наружнымъ рѣзцомъ и клыкомъ, находится всегда сбоку и идетъ вверхъ по направленію къ носовому отверстію. Она бываетъ одностороннею или двустороннею; въ послѣднемъ случаѣ средняя часть состоитъ изъ *filtrum*. Одностороннія расщелины наблюдаются чаще слѣва, чѣмъ справа. Онѣ представляютъ порокъ развитія, подобно тому, какъ и сопровождающая ихъ иногда односторонняя или двусторонняя расщелина альвеолярнаго отростка челюсти (*волчья пасть*), расположенная обыкновенно между рѣзцомъ и клыкомъ. При волчьей пасти дѣло сводится къ неполному соединенію между верхнечелюстною и межчелюстною костями; твердое и мягкое небо по всей длинѣ расщеплены широкимъ отверстіемъ. Уродства эти, конечно, сильно мѣшаютъ питанію грудныхъ дѣтей, поэтому ихъ необходимо, по возможности, скорѣе устранить хирургическимъ путемъ.

Далѣе, наблюдались: образованіе *двойного рта* съ двойнымъ языкомъ, двойнымъ твердымъ небомъ и общею полостью зѣва; *synchelia*, т. е.

полное сращение губъ, такъ что происходитъ атрезія ротовой полости; сильное сужение ротовой щели, *microstomia*, влѣдствіе крайне малой величины губъ, нерѣдко сочетающейся съ недостаточнымъ развитіемъ челюстей, *micrognathia*; полное отсутствіе или ненормальная короткость губъ (большею частью верхней), *achelia*, *micro-* или *brachychelia*, при которыхъ зубы или десны совершенно обнажены или недостаточно закрыты; укорочение уздечки губъ, которое мѣшаетъ движеніямъ ихъ; *macrostomia* или *fissura buccalis congenita*, т. е. одностороннее или двустороннее продолженіе ротовой щели по направленію къ уху.

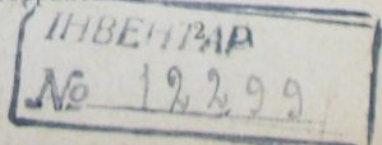
Къ аномаліямъ языка принадлежатъ: *aglossia*, отсутствіе языка (*Jussieu*), которое наблюдается обыкновенно у нежизнеспособныхъ уродовъ; *microglossia*, чрезмѣрно малый, недоразвитый языкъ; *macroglossia*, чрезмѣрно удлиненный языкъ. Далѣе, наблюдаются *частичное сращение* языка съ дномъ ротовой полости; расщепленіе языка, *schistoglossia*, которое обыкновенно простирается только на часть его (изъ млекопитающихъ животныхъ тюлень имѣетъ расщепленный языкъ); *слишкомъ длинная уздечка*, причемъ языкъ при глотаніи можетъ попасть въ глотку, такъ что дѣти могутъ погибнуть отъ задушенія (*Petit*)¹⁾. *Ankyloglossum*, *слишкомъ короткая уздечка*, наблюдается иногда у нѣсколькихъ дѣтей одной и той же семьи; она мѣшаетъ высовыванію языка дальше рѣзцовъ и затрудняетъ сосаніе. Для устраненія этой аномаліи подъ уздечку подводятъ желобоватый зондъ и затѣмъ перерѣзываютъ ее ножницами.

Твердое небо можетъ представлять отклоненія въ томъ отношеніи, что сводъ его имѣетъ не форму овала, а представляется въ видѣ заостренной дуги, куполообразнымъ, угловатымъ или уплощеннымъ. По изслѣдованіямъ *Charon*'а, аномаліи эти встрѣчаются очень часто у душевнобольныхъ, и притомъ преимущественно (80 %) при тѣхъ психозахъ, которые свойственны вырожденію. Такъ у идіотовъ морфологическія отклоненія эти наблюдаются въ 82 %, у истерически помѣшанныхъ въ 70 %, у эпилептиковъ въ 76 %, у прочихъ душевно-больныхъ въ 80 %. Впрочемъ, твердое небо съ высокимъ сводомъ встрѣчается очень часто у дѣтей съ суженіями носа, въ особенности при аденоидныхъ разращеніяхъ (см. дальше).

На твердомъ небѣ наблюдается иногда по обѣимъ сторонамъ срединной линіи, приблизительно на разстояніи 1—2 см. отъ мѣста перехода его въ небную завѣску, по одной круглой, глубокой ямочкѣ, величиною съ булавочную головку.

Приобрѣтенныя отклоненія наблюдаются въ зависимости отъ поврежденій, переломовъ, фосфорнаго омертвѣнія, язвеннаго стоматита, цынги, водяного рака, волчанки, карциномы и проч.

¹⁾ У нѣкоторыхъ лицъ, наблюдается чрезмѣрная подвижность языка, такъ что они въ состояніи ввести кончикъ его въ носоглоточное пространство.



До прорѣзыванія всѣ постоянныя *зубы* лежатъ въ челюсти совершенно неправильно около и другъ надъ другомъ. Если существуютъ, кромя того, зачатки излишнихъ зубовъ, то мѣста оказывается слишкомъ мало, зубы давятъ на стѣнки челюсти, вслѣдствіе чего прорѣзываніе зубовъ еще болѣе затрудняется, такъ что происходитъ *неправильное распределеіе* ихъ (неправильное положеніе зубовъ, см. также: аденоидныя разрошенія). Внутри челюсти зубы могутъ спаяться между собою (т. е. при самомъ образованіи ихъ органически слиться) или сростись между собою (органическое сліяніе наступаетъ уже послѣ образованія зубовъ при помощи цементнаго вещества) и образовать такимъ образомъ объемистыя опухоли.

Flesch описалъ случай *врожденнаго образованія зуба*; вслѣдствіе разстройствъ, которыя онъ причинялъ при сосаніи, зубъ (правый внутренній рѣзецъ) былъ удаленъ, причемъ оказалось, что онъ состоитъ изъ одной эмалевоі оболочки. При прорѣзываніи зубовъ на томъ же мѣстѣ образовался коническій сосочекъ, который представлялъ дентинный стержень зуба безъ эмали. Такимъ образомъ въ этомъ случаѣ имѣлось дѣло съ смѣщеніемъ обѣихъ составныхъ частей зуба, благодаря которому эмалевоі оболочка преждевременно и самостоятельно прорѣзалась въ видѣ врожденнаго зуба.

Стоматитъ (Stomatitis).

1. *Stomatitis catarrhalis*, *катарральный стоматитъ*, бываетъ острымъ или хроническимъ, первичнымъ или вторичнымъ.

Этіологія. Первичная форма обусловливается различными механическими, химическими и термическими раздраженіями, какъ-то: прорѣзываніе зубовъ, костоѣда зубовъ, раздраженіе острыми краями зубовъ, употребленіе слишкомъ холодныхъ и слишкомъ горячихъ кушаній, черезчуръ кислыхъ и твердыхъ веществъ, злоупотребленіе табакомъ и спиртными наитками; далѣе, этиологическое значеніе имѣютъ раздражающія лекарственныя средства: ртуть, висмутъ, мышьякъ, фосфоръ, іодъ и проч., такъ что можно говорить о токсическомъ стоматитѣ. Причинами вторичнаго стоматита являются загрязненія ротовой полости (напр., у грудныхъ дѣтей нечисто содержимыми резиновыми сосками), язвенные процессы во рту и зѣвъ, различныя заразныя болѣзни: корь, скарлатина, тифъ, рожа и проч. Хроническій стоматитъ часто встрѣчается у пьяницъ.

Симптомы. Слизистая оболочка десенъ, щекъ, языка и мягкаго неба (почти никогда твердаго неба, потому что слизистая оболочка на немъ плотно соединена съ подлежащими частями) частью или сплошь оказывается припухшею и красною. На языкѣ замѣчаются отпечатки зубовъ, которые наблюдаются также и на полосчатой нѣсколько возвышенной части слизистой оболочки щекъ, соответствующей плоскости соприкосновенія зубовъ и имѣющей, вслѣдствіе утолщенія эпителия, бѣловатый цвѣтъ. Слизистыя железы припухли и нерѣдко ясно выдаются въ видѣ узелковъ; отдѣленіе слюны и слизи, которая вслѣдствіе большого содержанія клѣ-

токъ бываетъ болѣе густою и появляется на языкѣ въ видѣ бѣлаго налета, увеличено. Десны сильно красны, покрываютъ зубы больше, чѣмъ обыкновенно, и легко кровоточатъ.

Субъективныя разстройства состоятъ въ боли при жеваніи и глотаніи, особенно при употребленіи раздражающей пищи; вкусъ вслѣдствіе упомянутаго налета на языкѣ становится неприятнымъ или горькимъ, и вводимая пища нерѣдко вызываетъ отвращеніе.

Съ устраненіемъ вредныхъ вліяній, какъ первичный, такъ и вторичный стоматитъ обыкновенно скоро проходятъ.

Леченіе состоитъ въ устраненіи причины и тщательномъ уходѣ за ротовою полостью, въ назначеніи нераздражающей пищи и полосканій рта бертолетовою солью (1—2%), борной кислотой (1—3%), квасцами (1%), настойкой мирры (15 капель на стаканъ воды), или смазываній танинъ-глицериномъ (10%), тимоломъ (0,5‰), марганцевокислымъ кали (0,2—0,5‰).

При хроническомъ стоматитѣ полезны смазыванія растворами ляписа и щелочныя воды.

Какъ разновидность катарального стоматита *Schech* описалъ сухую форму, *stomatitis sicca*, которая наблюдается у старыхъ лицъ и вызываетъ нестерпимую сухость во рту и разстройства рѣчи и глотанія.

2. *Stomatitis blennorrhöica*, *перелойный стоматитъ*, описанъ *Dohrn*'омъ, который наблюдалъ у маленькихъ дѣтей (въ возрастѣ 1 недѣли) на краяхъ челюстей, на тыльной поверхности языка и въ заднихъ частяхъ твердаго неба эрозированныя мѣста, покрытыя сначала бѣло-желтоватымъ, а затѣмъ грязножелтымъ налетомъ; въ ткани были найдены гонококки.

3. *Stomatitis ulcerosa*, *язвенный стоматитъ*.

Сюда обыкновенно причисляютъ встрѣчающійся у дѣтей такъ называемый а) *афтозный стоматитъ*, *stomatitis aphthosa*, хотя его, не безъ основанія, можно отнести къ категоріи травматическаго стоматита.

Этиологія. *Epstein* показалъ, что плоскія язвы, которыя наблюдаются у маленькихъ дѣтей въ задне-наружной части твердаго неба, почти исключительно происходятъ механически при очищеніи рта. Взглядъ этотъ подтверждается наблюденіями *Fischl*'я, по которымъ изъ 400 грудныхъ дѣтей, у которыхъ механическое очищеніе полости рта не производилось, всего 1,54% страдали этими т. назыв. *Bednar*'овскими *афтами*, тогда какъ изъ такого же числа дѣтей, у которыхъ очищался ротъ, афты оказались въ 54% случаевъ. Мнѣніе *E. Fränkel*'я, что при этомъ имѣется дѣло съ микотическимъ омертвѣніемъ эпителия, можно, въ виду приведенныхъ данныхъ, объяснить такимъ образомъ, что найденные имъ микробы (*staphylococcus citreus* и *flavus*) проникли лишь послѣ механическаго поврежденія.

Отъ этихъ т. назыв. *Bednar*'овскихъ *афтъ* нужно отличать, во-первыхъ, плоскія язвы, которыя встрѣчаются преимущественно у женщинъ

во время мѣсячныхъ, беременности, кормленія грудью, или послѣ желудочныхъ расстройствъ, во-вторыхъ, бляшки, которыя появляются подъ вліяніемъ обостренія катаррального стоматита въ различныхъ мѣстахъ слизистой оболочки рта и нерѣдко въ началѣ сопровождаются лихорадкой. Бляшки эти, плотно сидящія, состоятъ изъ бѣлыхъ салныхъ массъ, которыя выдаются надъ уровнемъ окружающей ихъ покрасѣвшей слизистой оболочки, и мало по малу, благодаря болѣе обильному отдѣленію, отторгаются.

Наконецъ, встрѣчается *эпидемическій афтозный стоматитъ*, который передается людямъ отъ животныхъ, заболѣвшихъ ящуромъ, и представляетъ злокачественный характеръ (см. дальше).

Субъективныхъ расстройствъ при *Bednar'*овскихъ афтахъ почти не бываетъ; при болѣе глубокомъ вдвиганіи соски въ ротъ, у грудныхъ дѣтей, вслѣдствіе тренія, появляются боли. При вытираніи рта иногда происходятъ небольшія кровотеченія. У взрослыхъ афты при разговорѣ, жеваніи и глотаніи, особенно раздражающей пищи, причиняютъ боли.

Эпидемическій афтозный стоматитъ нерѣдко протекаетъ съ тяжелыми явленіями (головокруженіе, головная боль, ригидность заднихъ шейныхъ мышцъ, помраченіе сознанія), иногда съ лихорадкой; кромѣ того, могутъ присоединиться угрожающія явленія со стороны сердца и кишечнаго канала, такъ что у ослабленныхъ лицъ и дѣтей болѣзнь можетъ кончиться смертельно.

При другихъ формахъ, напротивъ, *теченіе* бываетъ благопріятнымъ; омертвѣвшіе слои эпителія черезъ нѣсколько дней отторгаются и наступаетъ выздоровленіе безъ образованія рубцовъ. Нерѣдко, впрочемъ, наблюдаются возвраты, такъ что у нѣкоторыхъ лицъ болѣзнь повторяется нѣсколько разъ въ году.

Предсказаніе при всѣхъ формахъ, за исключеніемъ эпидемическаго афтознаго стоматита, благопріятно.

Распознаваніе не представляетъ затрудненій. При тщательномъ осмотрѣ афты нельзя смѣшать съ молочницей или дифтерійными бляшками (см. соответствующую главу); отъ ідиопатическаго язвеннаго стоматита (*stomacace*) онѣ отличаются отсутствіемъ зловоннаго запаха, сифилитическія же пораженія слизистой оболочки рта всегда сопровождаются явленіями на другихъ частяхъ тѣла. Вообще быстрое теченіе афтъ служитъ отличительнымъ признакомъ ихъ отъ другихъ сходныхъ пораженій.

Леченіе сводится прежде всего къ устраненію всякаго рода раздражающей пищи; у дѣтей необходимо воздерживаться отъ механическаго очищенія рта. Для полосканія рта назначаютъ растворъ борной кислоты (1—3%), отваръ ромашки; при сильныхъ боляхъ смазываютъ язвочки растворомъ кокаина (1%), ментола (5—10%), бромистаго калия (1—2%), или палочкой ляписа. Всегда нужно обратить также вниманіе на общія причины.

b) Механическія, химическія и термическія раздраженія (укусъ, поврежденіе острыми краями зубовъ, недостаточный уходъ за зубами, ино-

родныя тѣла, треніе нижней поверхности языка о зубы при кашлевыхъ пристуѣахъ вслѣдствіе коклюша или при прорѣзываніи зубовъ, прижиганія химическими веществами и проч.) могутъ вызвать явленія стоматита, который можно назвать *травматическимъ* или *токсическимъ стоматитомъ*. Къ послѣдней категоріи можно отнести и *свинцовый стоматитъ* (*stomatitis saturnina*), который характеризуется присутствіемъ сине-черной каймы по краямъ десенъ около и между зубовъ; въ свинцовой каймѣ свинець находится въ тканяхъ, по всей вѣроятности, въ видѣ растворимаго соединенія.

При отравленіи мышьякомъ могутъ образоваться изъязвленія.

с) *Идіопатическій язвенный стоматитъ*, *stomatocace*, къ которому можно присоединить и *ртутный стоматитъ* (*stomatitis mercurialis*), такъ какъ, по крайней мѣрѣ, въ болѣе тяжелыхъ формахъ онъ почти сходенъ съ первымъ. Хотя ідіопатическій язвенный стоматитъ представляетъ преимущественно болѣзнь дѣтскаго возраста, однако онъ встрѣчается и у взрослыхъ, между тѣмъ какъ у старыхъ людей, потерявшихъ зубы, а также у грудныхъ дѣтей онъ никогда не наблюдается. Это обстоятельство уже указываетъ на то, что недостаточному уходу за зубами нужно приписать важное значеніе въ *этиологіи* этого заболѣванія. Условіями, способствующими развитію его, считаются недостаточное питаніе, нечистоплотность, скученность и проч. *Frühwald*, на основаніи своихъ изслѣдованій, полагаетъ, что въ происхожденіи болѣзни играетъ роль *bacillus foetidus pyogenes*, который вызываетъ будто-бы разложеніе бѣлковыхъ веществъ, застрявшихъ въ зубахъ, однако это весьма сомнительно; во всякомъ случаѣ, и помимо уснѣшной прививки, которую сдѣлалъ самому себѣ *Bergeron*, повторное эпидемическое появленіе болѣзни у солдатъ въ казармахъ или во время походовъ говоритъ въ пользу заразительности ея.

Ртутный стоматитъ развивается при употребленіи ртутныхъ препаратовъ съ лечебною цѣлью, а также у лицъ, которыя по своимъ занятіямъ приходятъ въ соприкосновеніе съ ртутью (зеркальщики, позолотчики, шляпочники и проч.).

Характерными *симптомами* ідіопатическаго язвеннаго стоматита, помимо кровоточивости десенъ при дотрогиваніи, являются зловонный запахъ изо рта, увеличенное отдѣленіе слюны, расшатываніе зубовъ, боли при жеваніи, глотаніи, разговорѣ и проч. Десны, особенно на мѣстѣ переднихъ зубовъ, оказываются припухшими и частью надвинутыми на зубы; вначалѣ онѣ бываютъ багроваго цвѣта, а затѣмъ вскорѣ, или при хроническомъ теченіи, которое, впрочемъ, наблюдается очень рѣдко, спустя нѣсколько недѣль, на нихъ появляется сѣро-желтоватаго цвѣта, грязная кайма, которая мало по малу превращается въ широкія *язвы*. Дно язвъ состоитъ изъ сѣро-желтоватой, пульпозной, довольно плотно сидящей массы, края же представляются дугообразными, изъѣденными и отечными. Язвы могутъ постепенно распространяться вглубь, такъ что зубы обнажаются,

распнтьваются и легко могутъ быть вынуты изъ луночки. Подчелюстная лимфатическія железы оказываются припухшими. На соприкасающейся съ деснами слизистой оболочкѣ губъ, щекъ и языка, которая обыкновенно бываетъ покрыта сѣро-желтоватымъ толстымъ налетомъ, тоже образуются язвы. Въ очень запущенныхъ случаяхъ можетъ наступить даже гангренозное разрушеніе слизистой оболочки, причемъ челюстныя кости омертвѣваютъ и образуется страшно зловонный грязный распадъ. Больные, которые почти не въ состояніи ѣсть, истощаются и погибаютъ при явленіяхъ гноекровія. При правильномъ леченіи дѣло, однако, почти никогда не доходитъ до такихъ угрожающихъ явленій. Общее состояніе, помимо нѣкотораго исхуданія, зависящаго отъ недостаточнаго введенія пищи вслѣдствіе болей, обыкновенно не нарушено; лихорадки почти никогда не бываетъ.

Распознаваніе, на основаніи изложеннаго, не трудно. Отъ цынготнаго пораженія идиопатическій язвенный стоматитъ отличается тѣмъ, что при цынгѣ десны бываютъ болѣе багроваго цвѣта и сильнѣе припухши; кромѣ того, при ней отсутствуетъ желтый налетъ. Напротивъ, отличіе идиопатическаго язвеннаго стоматита, особенно болѣе легкихъ формъ его, отъ ртутнаго стоматита бываетъ нерѣдко довольно трудно и подчасъ возможно только на основаніи тщательнаго анамнеза.

Предсказаніе при правильномъ и своевременномъ леченіи благоприятно.

Леченіе сводится главнымъ образомъ къ назначенію внутрь бертолетовой соли (5,0—10,0 : 200,0, черезъ 2 часа по столовой ложкѣ взрослымъ; дѣтямъ соотвѣтственно меньше), которая представляетъ также прекрасное профилактическое средство при примѣненіи ртутныхъ препаратовъ. Уже послѣ кратковременнаго употребленія ея (черезъ 12—24 часа) зловоніе обыкновенно исчезаетъ, а десны перестаютъ кровоточить и становятся болѣе плотными. Во всякомъ случаѣ даже послѣ такого улучшенія средство это нужно давать еще въ теченіе нѣсколькихъ дней. Тщательный уходъ за зубами и полосканіе рта, особенно послѣ пріемовъ пищи, обеззараживающими растворами весьма важны, въ особенности при примѣненіи ртутныхъ препаратовъ. Пища должна быть жидкая и кашцеобразная; вслѣдствіе даютъ укрѣпляющія и тонизирующія средства, хину, вино, желѣзо и проч.

Цынга.

Этіологія. Причиной цынги считаютъ вообще неправильное и недостаточное питаніе, либо въ качественномъ, либо въ количественномъ отношеніи. Нѣкоторые авторы, однако, видятъ въ этомъ лишь предрасполагающее условіе и признаютъ цыngu за заразную болѣзнь. Взглядъ этотъ въ послѣднее время былъ снова высказанъ Бертенсономъ на основаніи эпидеміи, наблюдавшейся имъ среди солдатъ, изъ коихъ 225 чел. были доставлены въ госпиталь. Начало цынги ограниченными очагами, изъ ко-

торыхъ она затѣмъ распространяется дальше, появленіе ея у госпитальныхъ больныхъ, послѣ поступленія цынготныхъ, а также у больныхъ съ ранами, эндемическое и эпидемическое распространеніе, заболѣваніе цынгой ухаживающаго персонала и нѣкоторыя другія данныя говорятъ, дѣйствительно, въ пользу заразнаго происхожденія болѣзни. До сихъ поръ, однако, не удалось еще найти специфическое болѣзнетворное начало.

Симптомы. Цынга обыкновенно начинается болями въ нижнихъ конечностяхъ или ихъ суставахъ, такъ что является подозрѣніе о ревматизмѣ; вмѣстѣ съ тѣмъ наблюдаются разбитость, дурное расположеніе духа, отсутствіе аппетита, иногда также небольшая лихорадка. Въ легкихъ случаяхъ общее состояніе можетъ, однако, не представлять никакихъ нарушеній. Спустя нѣсколько дней появляются боли при жеваніи; десны представляются багровыми, припухшими и уже при легкомъ дотрогиваніи кровоточатъ; изо рта распространяется неприятный запахъ; зубы расшатываются и иногда выпадаютъ. Мало по малу боли во рту усиливаются, кровотечения становятся обильнѣе и появляются также кровоизліянія въ слизистой оболочкѣ щекъ и языка. Разрыхленная и припухшая слизистая оболочка десенъ изъязвляется, на ней появляются неправильной формы язвы съ грязнобурымъ или кровянистымъ дномъ, окруженныя разросшимися грануляціями. Въ концѣ-концовъ дѣло можетъ дойти до омертвѣнія десенъ, которыя отторгаются большими клочьями, такъ что кости обнажаются; при этомъ изо рта распространяется такое страшное зловоніе, что почти невозможно приблизиться къ больному.

Къ этому присоединяются довольно обильныя иногда кровотечения въ другихъ мѣстахъ тѣла, въ мышцахъ, суставахъ, костяхъ, плеврѣ, окологердечной сумкѣ, полости брюшины и проч., такъ что больные могутъ погибнуть при явленіяхъ сильнаго малокровія и водянки, или же отъ гѣморрагическаго плеврита, перитонита и проч.

У чахоточныхъ, заболѣвающихъ цынгой, теченіе легочнаго процесса ускоряется, хотя кровохарканье и не наблюдается чаще.

Продолжительность болѣзни въ легкихъ случаяхъ (*Бертенсонъ*) равняется обыкновенно 2—4 недѣлямъ, но она можетъ тянуться и больше 2-хъ мѣсяцевъ; въ умѣренно тяжелыхъ случаяхъ болѣзнь продолжается отъ 6—8 недѣль до 3-хъ мѣсяцевъ, въ тяжелыхъ же до 7 мѣсяцевъ. Въ случаяхъ *Бертенсона* смерть наступила въ двухъ черезъ 3 недѣли, въ одномъ черезъ 6 недѣль и въ одномъ черезъ 2½ мѣсяца.

Если наступаетъ выздоровленіе, то припухлость десенъ проходитъ, зубы перестаютъ шататься и язвы зарубцовываются.

Распознаваніе. Въ начальномъ періодѣ цынгѣ можно смѣшать съ язвеннымъ стоматитомъ, но противъ послѣдняго говорятъ болѣе сильная припухлость и болѣе рѣзкій багровый цвѣтъ десенъ, болѣе легкая и сильная кровоточивость ихъ, а также отсутствіе желтой каймы. Кроме того, язвенный стоматитъ представляетъ мѣстное заболѣваніе, тогда какъ при цынгѣ наблюдаются ненормальныя явленія въ различныхъ мѣстахъ тѣла.

Кровотеченія изъ полости рта, а также кровоизліянія наблюдаются, помимо цыгги, при кровоточивости (гемофилія), лейкомія, ревматической пурпурѣ, сахарномъ мочеизнуреніи, Верльгофовой болѣзни, далѣе вслѣдствіе поврежденій, напр. вслѣдствіе укуса языка при эпилепсіи, наконецъ, при рактѣ, при которомъ кровотеченія изъ языка могутъ быть очень обильными.

Предсказаніе при дурныхъ санитарныхъ условіяхъ неблагоприятно, при хорошихъ же виѣшнихъ условіяхъ, напротивъ, въ общемъ благоприятно.

При *леченіи* слѣдуетъ прежде всего обратить вниманіе на питаніе. Необходимо назначить въ большомъ количествѣ молоко (но не исключительную молочную діету), кромѣ того, свѣжіе овощи, плоды, лимонный сокъ, кислоты, особенно сѣрную кислоту (*elixir acid. Halleri*), фосфорную кислоту. Внутрь даютъ танинъ (*A. Rose*) или іодную настойку (*Koch*). Что касается мѣстнаго леченія, то, помимо тщательнаго очищенія ротовой полости, полезны полосканія растворомъ борной кислоты и смазыванія десенъ таниномъ, карболовой кислотой, хлораль-глицериномъ (приблизительно 15 % -ный растворъ); при сильныхъ боляхъ примѣняютъ смазыванія кокаиномъ, а при кровотеченіяхъ слабымъ растворомъ 1¹/₂-хлористаго желѣза или крѣпкимъ растворомъ антипирина.

Хроническій паренхиматозный стоматитъ. **Stomatitis parenchymatosa chronica, macroglossia, prolapsus linguae.**

Этіологія. Болѣзнь эта бываетъ обыкновенно врожденной, рѣдко приобрѣтенной, и встрѣчается совмѣстно съ идиотизмомъ, кретинизмомъ и микседемой; иногда она сочεταιся съ мышечной гипертрофіей всего тѣла или чаще однихъ нижнихъ конечностей. Увеличеніе объема языка зависитъ отъ разрощенія межзубочной соединительной ткани съ послѣдовательнымъ превращеніемъ ея въ лимфатическія полости (*lymphangioma cavernosum*)—своего рода частичная слоновость (*Virchow*),—либо отъ застоя лимфы, который ведетъ къ расширенію лимфатическихъ капилляровъ съ послѣдовательнымъ разрощеніемъ соединительной ткани (*Wagner*), либо отъ чистой гиперплазіи всѣхъ тканей, входящихъ въ составъ языка, слѣдовательно, и мышцъ (*Maas*), либо, наконецъ, отъ настоящей мышечной гипертрофіи. Мышечная *macroglossia* характеризуется равномернымъ, постепеннымъ и неуклоннымъ увеличеніемъ размѣровъ языка и значительною подвижностью его. Поверхность его гладка, причѣмъ сосочки не увеличены. *Reverdin* и *Buscarlet* описали одинъ случай, въ которомъ *macroglossia* зависѣла отъ пещеристой ангиомы, расположенной въ передней части языка. Приобрѣтенная *macroglossia* развивается вслѣдствіе повторныхъ воспаленій.

Наиболѣе бросающимся въ глаза и важнымъ *симптомомъ* является выстояніе (на 6 см. и больше) изъ полости рта достигающаго иногда

громадныхъ размѣровъ языка, который вслѣдствіе высыхания становится потрескавшимся и шероховатымъ. Глотаніе и дыханіе нерѣдко затруднены. Изъ рта вытекаетъ слюна, зубной отростокъ (*processus alveolaris*) нижней челюсти представляется горизонтально наклоненнымъ; передніе нижніе зубы часто выпадаютъ. Если процессъ бываетъ одностороннимъ, что наблюдается рѣдко, то разстройства меньше выражены; наконецъ, при ограниченныхъ паренхиматозныхъ утолщеніяхъ, развивающихся вслѣдствіе тренія языка объ острые края зубовъ и проч., наблюдается лишь нѣкоторая трудноподвижность языка.

Леченіе оперативное (вырѣзываютъ часть въ видѣ клина или дѣлаютъ ампутацію языка посредствомъ гальванокаустической петли); *Fehleisen* предлагаетъ перевязку *art. lingualis*. При ограниченныхъ формахъ достаточно смазываній іодомъ или прижиганій ляписомъ.

Флегмонозный (рожистый) стоматитъ.

Stomatitis phlegmonosa (erysipelatos).

Этіологія. Флегмонозный стоматитъ встрѣчается обыкновенно у взрослыхъ, и притомъ у мужчинъ чаще, нежели у женщинъ. Причиной считаютъ простуду, поврежденія, укусы и уколы насѣкомыхъ, прижиганіе ѣдкими веществами и проч. Вторичная форма появляется послѣ тифа, скарлатины и ангины; въ одномъ подобномъ случаѣ наблюдалось осложненіе тризмомъ.

Симптомы. Когда флегмона развивается въ подслизистомъ слое губъ и щекъ, то одновременно съ лихорадкой появляется боль при разговорѣ и ѣдѣ; на пораженномъ мѣстѣ прощупывается затвердѣніе, которое либо разсасывается, либо переходитъ въ нагноеніе и можетъ повести къ омертвѣнію и гнилоственному зараженію. Если поражается языкъ (*glossitis phlegmonosa*), что бываетъ сравнительно часто,—иногда процессъ занимаетъ только одну половину языка (*hemiglossitis*),—то при жеваніи появляется чувствительность, которая мало по малу переходитъ въ сильную боль. Языкъ становится трудноподвижнымъ и припухшимъ, такъ что онъ можетъ выпячиваться изъ рта; на багровой мягкой поверхности его замѣчается толстый грязнобѣлый налетъ. Могутъ появиться также кровоизліянія въ слизистой оболочкѣ, такъ что она принимаетъ синевато-черный цвѣтъ—явленіе, которое будто-бы часто встрѣчается при хроническомъ алкоголизмѣ (*glossitis acuta haemorrhagica*). Помимо этого наблюдаются обильное слюнотеченіе, дисфагія, рѣдко одышка, припуханіе слюнныхъ и лимфатическихъ железъ; повышеніе температуры рѣдко переходитъ за $39^{\circ},0$. Въ рѣдкихъ случаяхъ рожа лица распространяется на слизистую оболочку ротовой полости (*stomatitis erysipelatos*); наступающія при этомъ измѣненія въ общемъ сходны съ только что описанными.

Подъ вліяніемъ разлитого нагноенія языка, истощенія, гнилостного зараженія или пневмоніи, можетъ наступить смерть; языкъ можетъ под-

вернуться омертвѣнію. Обыкновенно, однако, дѣло не доходить до нагноенія, припухлость проходитъ и вмѣстѣ съ тѣмъ исчезаютъ и разстройства; иногда языкъ остается нѣсколько утолщеннымъ. Въ мочѣ находятъ иногда бѣлокъ.

Распознаваніе въ виду лихорадки, быстрого и сильнаго припуханія, спонотеченія, болей и проч. настолько легко, что оно не требуетъ дальнѣйшаго разбора.

Предсказаніе въ общемъ благоприятно.

Леченіе состоитъ въ примѣненіи льда, пиваковъ или глубокихъ наслѣчекъ, слабительныхъ и молочной діеты; въ случаѣ надобности, искусственное кормленіе при помощи *Nélaton*'овскаго катетера, введеннаго черезъ носъ; при сильной одышкѣ иногда приходится дѣлать трахеотомию.

Выпотной стоматитъ (*Stomatitis exsudativa*).

Подъ этимъ названіемъ мы разсмотримъ всѣ болѣзненные измѣненія слизистой оболочки рта, которыя выражаются образованіемъ пузырей, бляшекъ или пустулъ и могутъ наблюдаться и независимо отъ присутствія подобныхъ же высыпей на кожѣ.

а) *Herpes* появляется на губахъ у нѣкоторыхъ предрасположенныхъ лицъ, нерѣдко подѣ влияніемъ какого либо болѣе или менѣе сильнаго раздраженія; далѣе, онъ наблюдается также при пищеварительныхъ расстройствахъ и иногда при желтухѣ (*Tacchetti*); наконецъ, онъ составляетъ очень частое явленіе при лихорадочныхъ болѣзняхъ, особенно при пневмоніи, инфлюэнцѣ, ревматизмѣ, а также при обыкновенномъ насморкѣ и ангинѣ. Напротивъ, при брюшномъ и возвратномъ тифахъ *herpes* почти всегда отсутствуетъ.

Симптомы. Одновременно съ лихорадкой, которая иногда доходитъ до $40^{\circ},0$ — $41^{\circ},0$ Ц., появляются обыкновенно у *края губъ* (*herpes labialis*), рѣже на различныхъ частяхъ лица (*herpes facialis*), группы пузырьковъ, величиною отъ булавочной головки до чечевицы, съ прозрачнымъ содержимымъ, которое постепенно становится мутнымъ. На 2—3-й день на мѣстѣ пузырьковъ образуется корка, причѣмъ существующее въ началѣ чувство напряженія и легкой боли исчезаетъ. Послѣ отпаденія корки обыкновенно, вслѣдствіе продолжающагося еще серознаго отдѣленія изъ обнаженной кожи, образуется еще 1—2 раза струпь, а затѣмъ въ концѣ-концовъ кожа покрывается эпидермисомъ.

На *слизистой оболочкѣ ротовой полости* тоже иногда наблюдаются герпетическіе пузырьки, которые, однако, настолько быстро распадаются, что обыкновенно находятъ только образовавшіяся изъ нихъ отдѣльныя, или чаще расположенныя группами, плоскія изъязвленія съ бѣловатымъ дномъ и покрасѣвшіею окружностью. Изъязвленія эти причиняютъ, особенно при употребленіи раздражающихъ кушаній, боли, которыя при болѣе значительныхъ изъязвленіяхъ могутъ достигать очень

сильной степени. Черезъ нѣсколько дней язвы заживаютъ, хотя описаны и случаи хроническаго herpes'a.

Герпетическая высыпь на языкѣ расположена обыкновенно на верхушкѣ и по краямъ его, причемъ она наблюдается преимущественно при разстройствахъ пищеваренія и большею частью черезъ нѣсколько дней (съ устраненіемъ пищеварительнаго разстройства) исчезаетъ; она можетъ сопровождаться лихорадкой и сильною припухlostью слизистой оболочки языка. *Güterbock* описалъ одностороннее, острое воспалительное герпетическое пораженіе языка (*hemiglossitis herpetica*), которое встрѣчается особенно часто у мужчинъ и локализуется соотвѣтственно развѣтвленіямъ тройничнаго нерва, иногда, вѣроятно, также *chorda tympani*. *G. Lewin* наблюдалъ *herpes zoster* слизистой оболочки рта и зѣва, который онъ тоже объясняетъ пораженіемъ тройничнаго нерва. Существуетъ, слѣдовательно, *herpes* рта и зѣва, который совпадаетъ съ *herpes facialis*, *progenitalis* и проч., и, съ другой стороны, *herpes*, который появляется взаимно или вмѣстѣ съ *herpes zoster*.

Распознаваніе. Отъ афтознаго или язвеннаго стоматита *herpes* отличается своимъ быстрымъ теченіемъ и незначительнымъ участіемъ окружающей ткани въ воспалительномъ процессѣ.

Леченіе herpes'a слизистой оболочки рта сводится къ полосканіямъ растворомъ борной кислоты или смазываніямъ глицериновымъ растворомъ буры; *herpes* на наружной сторонѣ губъ не требуетъ леченія. При сильныхъ боляхъ примѣняютъ полосканія растворомъ бромистаго калия (приблизительно 1,5%), смазыванія глицериновымъ растворомъ морфія, или даютъ антипирина вънутрь. При хроническомъ или рецидивирующемъ *herpes'ѣ* нѣрѣдко дѣйствуютъ хорошо приемы мышьяка.

б) *Ящуръ* тоже можетъ передаваться отъ животныхъ людямъ, либо прямо, либо черезъ молоко коровъ, причемъ инкубаціонный періодъ продолжается обыкновенно 3—5 дней.

Симптомы. На губахъ, языкѣ, рѣже на твердомъ небѣ и въ зѣвѣ, появляются желтовато-бѣлаго цвѣта пузырьки, величиною до горошины, съ бѣловато-мутнымъ содержимымъ; черезъ 1—2 дня пузырьки лопаются, эпителий отторгается и остаются плоскія темно-краснаго цвѣта эрозіи. Губы представляются припухшими, слизистая оболочка рта покраснѣвшей, отдѣленіе слюны и слизи увеличено. Это пораженіе слизистой оболочки рта и зѣва затрудняетъ, конечно, жеваніе, рѣчь и глотаніе. Къ этому присоединяются обыкновенно явленія желудочно-кишечнаго катарра съ лихорадкой, и во многихъ случаяхъ на пальцахъ и кистяхъ появляется пузырьчатая высыпь. Обыкновенно спустя недѣлю, рѣдко позже, наступаетъ выздоровленіе.

При *распознаваніи*, помимо указанныхъ явленій, руководствуются анамнезомъ.

Леченіе сводится, кромѣ назначенія соотвѣтственной діеты, къ смазываніямъ слизистой оболочки глицериновымъ растворомъ буры, или при болѣзненныхъ эрозіяхъ къ прижиганіямъ палочкой ляписа.

с) Образование пузырей наблюдается при ожогахъ, рожѣ и *pemphigus*. При послѣднемъ образуются на щекахъ, языкѣ и небѣ большіе пузыри, которые наполнены серознымъ, серозно-гнойнымъ или кровянисто-гнойнымъ содержимымъ и могутъ появиться либо независимо, либо до или послѣ появленія пемфигозныхъ пузырей на кожѣ. Нерѣдко, однако, не удастся видѣть пузыри на слизистой оболочкѣ рта. Въ такомъ случаѣ при *распознаваніи* руководствуются слѣдующими данными (*Мандельштамъ*): въ теченіе нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ на слизистой оболочкѣ рта, зѣва, даже надгортанника, въ различныхъ мѣстахъ появляются неправильныя, съ рѣзкими очертаніями, сѣро-бѣлыя или совершенно бѣлыя, болѣе или менѣе толстыя бляшки (утолщеніе и приподнятіе эпителия), величиною отъ чечевицы до 10-копѣечной монеты, черезъ которыя тамъ и сямъ просвѣчиваетъ обнаженный отъ эпителия, красный точкообразный островокъ слизистой оболочки. Бляшки трудно снимаются, причемъ появляется небольшое кровотеченіе. Окружающая ихъ ткань нормальна и въ очень рѣдкихъ случаяхъ бываетъ развѣ нѣсколько отечна. Бляшки могутъ держаться долгое время, обыкновенно, однако, онѣ исчезаютъ, не оставляя послѣ себя никакихъ слѣдовъ. Теченіе безлихорадочное, и, за исключеніемъ затрудненнаго глотанія, слюнотеченія и непріятнаго запаха изо рта, не бываетъ никакихъ разстройствъ. Такой *pemphigus* безъ пузырей наблюдался преимущественно у взрослыхъ.

Пузырчатая сыпь послѣ употребленія *антипирина* и *хинина* чаще появляются на губахъ (и половыхъ частяхъ), вслѣдствіе чего ихъ иногда смѣшиваютъ съ сифилитическими явленіями.

д) При *крапивницѣ* (*urticaria*) иногда появляется сыпь на слизистой оболочкѣ рта, зѣва и надгортанника.

е) При *внутриротовой оснѣ* (*varicella*) образование пузырьковъ наблюдается иногда и на слизистой оболочкѣ рта.

ф) При *оснѣ* (*variola*) на слизистой оболочкѣ рта тоже подчасъ появляются характерныя пустулы, образование которыхъ сопровождается явленіями сильнаго стоматита.

г) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *lichen* на щекахъ и языкѣ замѣчаются бѣлыя, точечныя, слегка выдающіяся надъ поверхностью пятна, которыя постепенно сливаются въ болѣе обширныя бляшки. Такъ какъ они обыкновенно встрѣчаются одновременно съ *lichen* на кожѣ, то ихъ нельзя смѣшивать съ очень похожей на нихъ лейкомой, тѣмъ болѣе, что подъ вліяніемъ мышьяка они обыкновенно скоро проходятъ.

h) *Erythema multiforme* (см. болѣзни зѣва).

При *кори*, какъ ранній симптомъ, очень часто наблюдается на слизистой оболочкѣ щекъ впервые описанная *Koplik*'омъ сыпь, состоящая изъ блестящихъ красныхъ пятнышекъ, въ серединѣ которыхъ замѣчаются очень мелкія, синевато-бѣлаго цвѣта наслоенія.

При *сибирской язвѣ* въ полости рта появляются иногда кровоподтеки и кровоизліянія, которые сопровождаются продолжительными кровотечениями изо рта.

Дифтерія ротової полости.

Этіологія. Дифтерія ротової полости встрѣчается рѣдко и обыкновенно развивается влѣдъ за дифтеріей зѣва, которая переходитъ на корень языка и небо и можетъ распространиться на слизистую оболочку щекъ, дна ротової полости, языка и десенъ. Первичная дифтерія ротової полости наблюдалась *Schech* оми въ двухъ случаяхъ безъ нарушенія цѣлости слизистой оболочки; обыкновенно, однако, зараженіе происходитъ черезъ эрозіи, изъязвленія или раны.

Симптомы. На слизистой оболочкѣ ротової полости появляются характерныя пленки, по удаленіи которыхъ замѣчается ссаднящая, легко кровоточащая поверхность, кромѣ того, наблюдаются непріятный запахъ изо рта и общія явленія, свойственныя также дифтеріи зѣва. Субъективно болѣзнь выражается болями во рту, особенно при жеваніи и глѣ.

Процессъ либо ограничивается полостью рта, либо распространяется на носъ, зѣвъ и гортань.

Предсказаніе различно, смотря по распространенности процесса, общему состоянію и осложненіямъ.

Леченіе такое же, какъ и при дифтеріи зѣва (см. дальше).

Водяной ракъ. Noma (Stomatitis gangraenosa).

Этіологія. *West* на 30.000 больныхъ дѣтей видѣлъ всего 7 случаевъ водяного рака; онъ представляетъ, слѣдовательно, рѣдкую болѣзнь, встрѣчающуюся притомъ обыкновенно у дѣтей въ возрастѣ 2—12 лѣтъ (у дѣвочекъ чаще, нежели у мальчиковъ), которыя находятся въ періодѣ выздоравливанія отъ тяжелыхъ болѣзней (корь, скарлатина, пневмонія, брюшной тифъ и проч.) и уже раньше представляли упадокъ питанія (золотуха, бугорчатка, сифилисъ, рахитъ). Тотъ фактъ, что водяной ракъ нерѣдко развивается въ цѣломъ рядѣ случаевъ, заставляетъ предположить, что въ происхожденіи его играютъ роль нисшіе организмы. У взрослыхъ водяной ракъ наблюдается очень рѣдко, именно послѣ брюшного тифа и иногда послѣ злоупотребленія ртутными препаратами.

Симптомы. Обыкновенно вблизи угла рта появляется плотная припухлость, величиною съ лѣсной орѣхъ, которая при дотрогиваніи неособенно чувствительна. На внутренней поверхности щеки образуется язва съ омертвѣлымъ дномъ, которая вскорѣ становится больше и глубже. На соответственномъ мѣстѣ кожа щеки принимаетъ багровый цвѣтъ, появляется темное пятно, которое очень быстро увеличивается и вскорѣ замѣняется темнымъ сухимъ струпомъ, послѣ отпаденія котораго щека оказывается прободенною. Процессъ распространяется на губы, крылья носа, нижнее вѣко, ушную раковину, даже виски, по направленію же книзу до ключицы. Челюстныя кости омертвѣваютъ, зубы выпадаютъ или легко могутъ быть удалены. Кожа щеки и нижняго вѣка сильно отечны. Шейныя лимфатическія железы припухаютъ. Иногда образуются новые очаги омертвѣнія, которые могутъ слиться съ первымъ. Они распространяютъ

сильное зловоніе; появляется слювотеченіе, омертвѣвшія части мало по малу отторгаются, такъ что некротизированныя челюстные кости обнажаются.

Лихорадка и боли существуютъ лишь въ умѣренной степени; вслѣдствіе указанныхъ явленій больные, однако, вялы или сильно угнетены, могутъ принимать лишь жидкую пищу, да и то въ маломъ количествѣ, и представляются на видъ блѣдными и худосочными. Въ тяжелыхъ случаяхъ появляются отекъ ногъ, бредъ, сильный поносъ, гниlostное, ячорозное пропитываніе легкихъ, иногда омертвѣніе половыхъ частей, и черезъ нѣсколько дней наступаетъ смерть. Въ благопріятно протекающихъ случаяхъ (приблизительно 25%) образуется воспалительный вѣчикъ вокругъ струпа, который затѣмъ отпадаетъ.

Распознаваніе, въ виду картины и теченія болѣзни, не представляетъ никакихъ затрудненій.

Предсказаніе неблагопріятно.

Леченіе сводится къ прижиганіямъ омертвѣвшаго очага крѣпкой соляной кислотой, къ обеззараживанію его и ротовой полости растворомъ бертолетовой соли, къ смазываніямъ liq. ferri subsulfurati пополамъ съ глицериномъ (*Wharton*) или къ примѣненію каленаго желѣза (подъ хлороформомъ). Внутрь даютъ возбуждающія.

Черный (волосатый) языкъ.—*Nigrities linguae.*

Этиологія. Взглядъ *Dessois*, что болѣзнь эта вызывается особымъ грибоккомъ, *glossophyton*, который окрашиваетъ сосочки въ черный цвѣтъ, пока раздѣляется далеко не всѣми, хотя въ послѣднее время нѣкоторые авторы высказались въ такомъ же смыслѣ. Дѣло идетъ о хроническомъ воспаленіи сосочковъ, которое, вѣроятно, вызывается мѣстными раздраженіями; какъ на причину болѣзни указываютъ еще на пищеварительныя и трофическія разстройства, а также на сахарное мочеизнуреніе. Болѣзнь эта наблюдалась и послѣ скарлатины. Она встрѣчается преимущественно у мужчинъ, но также и у женщинъ и дѣтей, и притомъ уже въ первые мѣсяцы жизни.

Симптомы. Субъективныя разстройства могутъ совершенно отсутствовать; въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные жалуются на сухость, онѣмѣніе языка, ослабленіе вкуса или дурной вкусъ во рту.

Обыкновенно начиная отъ середины задней части языка и дальше кпереди, причемъ верхушка и края языка почти всегда остаются нормальными, замѣчаютъ буроватую, темнобурюю или почти черную окраску слизистой оболочки, которая зависитъ отъ пигментаціи сосочковъ, удлиненныхъ въ видѣ волосковъ. Послѣдніе лежатъ на поверхности въ направленіи спереди кзади, такъ что при поглаживаніи въ противоположную сторону они приподнимаются, по мѣткому сравненію *Schech'a*, какъ ворсъ цилиндра.

Если изслѣдовать эти волосовидныя образованія *микроскопически*,

то видны нити, состоящія изъ темнубураго цвѣта эпителиальныхъ чешуекъ, расположенныхъ черепацеобразно; кромѣ того, находятъ рядъ низшихъ организмовъ: *spirochaeta buccalis*, *oidium albicans*, *bacillus subtilis* и проч., встрѣчающіеся, какъ мы видѣли, и въ налетѣ на языкѣ.

Dinkler и нѣкоторые другіе авторы видѣли на поверхности языка также *желтоватая* волосовидныя продолженія, наружный слой которыхъ состоялъ изъ тѣсно переплетенныхъ бацилярныхъ нитей, внутренній же представлялъ конусообразно разросшіеся нитевидные сосочки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ продолженія эти были желто-бѣлаго цвѣта, такъ что можно установить цѣлый рядъ переходовъ различныхъ отбѣнковъ отъ желто-бѣлаго до чернаго цвѣта. *Moureck* описалъ даже одинъ случай *зеленаго* волосатаго языка; онъ объясняетъ эту своеобразную окраску тѣмъ, что во время разрошенія эпителия и быстрого ороговѣнія его поверхность языка приходила въ соприкосновеніе съ веществами, окрашенными въ зеленый цвѣтъ, причемъ клѣтки затѣмъ не отслоились, а остались на мѣстѣ.

Распознаваніе, въ виду указанныхъ явленій, а также данныхъ микроскопическаго изслѣдованія, легко.

Fowler видѣлъ у одного больного сине-чернаго цвѣта полосы на боковыхъ частяхъ языка, буроватое пятно на границѣ между твердымъ и мягкимъ небомъ и легкую пигментацію слизистой оболочки щекъ и губъ. Явленія эти, зависѣвшія, по его мнѣнію, отъ *Аддисоновой* болѣзни, едва-ли можно смѣшать съ *nigrities linguae*.

Черноватая окраска языка можетъ быть вызвана также чернилами, краснымъ виномъ, черникой и желѣзными препаратами; *бурая окраска* можетъ появиться послѣ куренія и употребленія солодковаго корня, свѣжихъ орѣховъ и сливъ; *бурокраснымъ* языкъ становится подъ вліяніемъ шоколада, *желтымъ* подъ вліяніемъ шафрана, опія, ревеня и хромовой кислоты. Всѣ эти измѣненія цвѣта слизистой оболочки языка нельзя, однако, смѣшать съ описаннымъ выше состояніемъ въ виду отсутствія волосовидно удлинненныхъ сосочковъ.

Предсказаніе благопріятно, хотя болѣзнь не всегда легко поддается леченію.

Леченіе состоитъ въ тщательномъ обеззараживаніи полости рта, смазываніи пораженной части языка 5 % эфирнымъ растворомъ салициловой кислоты или такимъ же 10 % растворомъ резорцина съ прибавленіемъ 5 % коллодія (*Унна*), въ смачиваніи перекисью водорода или 10 % растворомъ сулемы, срѣзываніи удлинненныхъ сосочковъ, прижиганіи ихъ и проч.

Leukoplakia oris (*Schwimmer*), **Leukoma** (*Hutchinson*), **Psoriasis**, **Plaques opalines** (*Ricord*), **Ichthyosis** (*Hulke*), **Tylosis**, **Keratosis** (*Kaposi*).

Подъ приведенными названіями разумѣютъ *пятнистую* или болѣе разлитую синева- или *перламутрово-сѣрую окраску* слизистой обо-

лочки языка или щекъ, которая должна быть разсматриваема какъ послѣдствіе легкаго хроническаго воспаления слизистой оболочки. По крайней мѣрѣ, по согласному заявленію большинства авторовъ, при этомъ находятъ облитерацию сосочковъ, измѣненіе характера эпидермальныхъ клѣтокъ и болѣе обширное развитіе рогового слоя; кромѣ того, эпителиальные отростки, которые проникаютъ между сосочками, короче, чѣмъ обыкновенно, а самая слизистая оболочка пронизана лейкоцитами.

Къ *причинамъ*, вызывающимъ это пораженіе слизистой оболочки рта, принадлежатъ различныя вредныя вліянія, дѣйствующія на нее раздражающимъ образомъ: постоянное употребленіе спиртныхъ напитковъ, введеніе слишкомъ горячей или пряной пищи, треніе объ острые края зубовъ, леченіе ртутными препаратами и, въ особенности, сифились; далѣе, нѣкоторые авторы указываютъ на пищеварительныя разстройства, малокровіе и сахарное мочеизнуреніе. Во всякомъ случаѣ, однако, для развитія болѣзни требуется извѣстное *предрасположеніе*, которое состоитъ въ ненормальной тонкости и меньшей сопротивляемости слизистой оболочки. Лейкома встрѣчается почти исключительно послѣ 20-ти лѣтъ, рѣдко послѣ 60-ти лѣтъ, и притомъ преимущественно у мужчинъ, очень рѣдко у женщинъ.

Большую частью лейкомы наблюдаются на языкѣ, однако довольно часто бывають поражены также слизистая оболочка щекъ, въ особенности часть ея, расположенная между верхними и нижними зубами, губы вблизи угловъ рта, равно какъ лежащая непосредственно позади нихъ часть слизистой оболочки; десны или небо поражаются рѣдко.

Schwimmer считаетъ *началомъ болѣзни* образованіе темнокрасныхъ или красноватыхъ гладкихъ пятенъ; въ дѣйствительности, однако, больные обращаются обыкновенно къ врачу уже съ синева-то-бѣловатыми пятнами.

Пятна эти бывають различной величины; въ началѣ они обыкновенно величиною отъ чечевицы до горошины, а затѣмъ мало по малу они становятся больше, иногда же, напротивъ, уменьшаются. Большую частью они сливаются въ болѣе обширныя бляшки и въ концѣ-концовъ могутъ занять большую часть, а иногда всю поверхность языка. Отдѣльныя пятна рѣдко выдѣляются на поверхности языка вслѣдствіе того, что прилежащая слизистая оболочка представляется сильно красной, или оттого, что они иногда бывають отграничены широкимъ мутнымъ краемъ. Въ нѣкоторыхъ, рѣдкихъ случаяхъ цвѣтъ пятенъ постепенно переходитъ въ цвѣтъ окружающей ихъ слизистой оболочки; иногда и внутри пятенъ замѣчаются красныя островки и плоскія или болѣе или менѣе глубокія борозды. Пятна лежатъ обыкновенно на одномъ уровнѣ съ окружающей слизистой оболочкой, однако они могутъ также слегка выдаваться, въ особенности въ центрѣ. Последнее преимущественно свойственно пятнамъ на слизистой оболочкѣ щекъ, гдѣ они подчасъ образуютъ полосчатыя, круглыя или неправильныя, бѣловато-сѣраго цвѣта утолщенія.

Иногда наступают обострения под влиянием острого воспаления. Пятна могут долгое время, годами, оставаться без изменения, иногда же они, или часть ихъ, становятся толще, бѣлѣе и покрываются налетомъ, который отторгается, оставляя послѣ себя красныя, ссаднищія поверхности. Самый языкъ вслѣдствіе атрофіи сосочковъ оказывается довольно гладкимъ.

При *сифилитической формѣ*, т. е. при лейкомѣ, развившейся вслѣдствіе предшествовавшего сифилиса, поверхность языка (по *Kaposi*), вслѣдствіе разбуханія, мацерации и расщепленія черепицеобразно расположенныхъ другъ надъ другомъ эпителиальныхъ клѣтокъ нитевидныхъ сосочковъ, представляется грязно-сѣрой, ворсистой, усаженной образованиями, имѣющими видъ волосъ или кисточекъ; мѣстами среди нихъ замѣчаются неправильно-округлыя, гладкія, блѣднорозоваго цвѣта пятна. Кромѣ того, на слизистой оболочкѣ языка наблюдаются борозды краснаго цвѣта, или окаймленныя желтоватыми, кровянистыми краями. Вся *поверхность языка* покрыта тягучей, грязножелтой, маркой (распадъ эпителиальныхъ клѣтокъ) слизью. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ хроническій воспалительный процессъ ведетъ къ рубцовому утолщенію и сморщиванію слизистой оболочки языка, такъ что по краямъ языка замѣчаются плотныя, рубцовыя, блестящія втягиванія, а на тыльной поверхности гладкія, блестяще-сѣрыя мозолистыя утолщенія.

Течение очень продолжительное; пятна то измѣняютъ свою форму и останавливаются больше, то остаются стаціонарными, а затѣмъ сразу начинаютъ распространяться, такъ что могутъ покрыть всю тыльную поверхность языка; покровъ становится толще и плотнѣе, тамъ и сямъ отторгается и оставляетъ послѣ себя ссаднищую поверхность. Наиболее серьезнымъ послѣдствіемъ лейкомы является ракъ, къ развитію котораго, несомнѣнно, предрасполагаетъ лейкома; дѣлымъ рядомъ наблюденій доказано, что въ значительномъ числѣ случаевъ на почвѣ лейкомы впоследствии развивается эпителиальный ракъ.

Субъективныя разстройства весьма непостоянны; между тѣмъ какъ у однихъ болѣзнь не вызываетъ никакихъ разстройствъ, другіе жалуются на сухость, ощущение неловкости и боли при жеваніи, разговорѣ, въ особенности же при употребленіи горячей или сильно пряной пищи. Разстройства эти появляются преимущественно въ позднѣйшихъ стадіяхъ, когда подъ влияніемъ экскоріацій, трещинъ и бороздъ увеличивается чувствительность слизистой оболочки; точно также они наступаютъ обыкновенно при обостреніяхъ процесса. Когда пятна очень обширны и постепенно подверглись утолщенію, то извѣстная тугоподвижность языка или губъ затрудняетъ рѣчь; кромѣ того, иногда появляется чувство сильной жажды. Вкусъ обыкновенно мало измѣненъ, но на пораженныхъ частяхъ онъ бываетъ нерѣдко пониженъ.

Распознаваніе при тщательномъ осмотрѣ обыкновенно легко. Смѣшать лейкому можно въ сущности только съ сифилитическими папулами. Однако послѣднія развиваются быстро и вскорѣ распадаются, пред-

ставляются болѣе возвышенными и, въ противоположность болѣе синеватому отбѣску лейкомы, имѣютъ сѣро-бѣлый цвѣтъ; напротивъ, лейкома отличается очень хроническимъ теченіемъ, пятна обыкновенно долго держатся, не легко уступаютъ леченію и встрѣчаются только у взрослыхъ и рѣдко у женщинъ. Далѣе, за лейкому можно иногда принять иѣжные, синеватаго цвѣта плоскіе рубцы послѣ вторичнаго сифилиса; однако рубцы остаются на одномъ и томъ же мѣстѣ, не измѣняются и обыкновенно представляются углубленными. Наконецъ, при дифференціальномъ діагнозѣ необходимо имѣть еще въ виду *lichen ruber planus*. Достаточными отличительными признаками этой болѣзни служатъ образованіе бѣлыхъ пятенъ изъ узелковъ, распредѣленіе ихъ и одновременное или послѣдовательное появленіе пятенъ на кожѣ.

Предсказаніе, въ виду изложеннаго, до извѣстной степени неблагоприятно. Съ одной стороны, даже мало выраженные случаи нерѣдко очень долго не уступаютъ леченію, тяжелыя же и болѣе распространенныя формы, несомнѣнно, даютъ мало надежды на выздоровленіе; съ другой стороны, нельзя исключить возможности образованія рака, и поэтому у больныхъ съ лейкомой нужно обращать особенно тщательное вниманіе на всякую появляющуюся и медленно заживающую язву, или на образующіея узель.

Леченіе. Необходимо прежде всего запретить или значительно ограничить куреніе, посоветовать больнымъ не употреблять раздражающихъ, слишкомъ горячихъ или холодныхъ напитковъ и кушаній, а также обратить тщательное вниманіе на состояніе зубовъ.

Мѣстно примѣняютъ смазыванія растворомъ двууглекислаго натра (4%), буры, квасцовъ (½%), хромовой кислоты (¼—½%); наилучшіе результаты *Beragszaszy* видѣлъ отъ силициловой кислоты (*acid. salicyl. 1,0, spirit vin. rectific., aq. destill. aa. 10,0*, постепенно переходя къ 5%-ному раствору). *Schwimmer* для устраненія болѣе смазывалъ мѣста, обнаженные отъ эпителія, 5—10% растворомъ *parayotin'a*. *Kaposi* совѣтуетъ смазыванія 50%-нымъ растворомъ ляписа, тогда какъ *Butlin* рѣшительно возстаетъ противъ примѣненія всякихъ прижигающихъ средствъ, такъ какъ они способствуютъ развитію рака.

Glossitis superficialis chronica (Möller); lingua geographica.

Болѣзнь эта сводится къ *хроническому воспалительному процессу*, который протекаетъ въ подъ-эпителіальной соединительной ткани и сопровождается истонченіемъ или слущиваніемъ эпителія. Клинически она выражается образованіемъ ярко-краснаго цвѣта, неправильныхъ эксекоріацій съ рѣзкими очертаніями, которыя помѣщаются преимущественно на краяхъ и верхушкѣ языка. Эксекоріаціи эти держатся долгое время, не увеличиваясь по поверхности или въ глубину.

Болѣзнь встрѣчается преимущественно у *женщинъ слабого сложенія*, страдающихъ пищеварительными разстройствами (желудочно-кишечный катарръ, ленточныя глисты).

Симптомы сводятся къ сильному жженію, которое мѣшаетъ больнымъ ѣсть и заглушаетъ вкусовые ощущенія (*Michelson*).

Экскоріаціи отличаются отъ таковыхъ же, предшествующихъ *psoriasis linguae*, тѣмъ, что послѣднія наряду съ гиперэмированными пятнами представляютъ бѣлые участки, обыкновенно встрѣчаются также на слизистой оболочкѣ щекъ и губъ и не вызываютъ такихъ рѣзкихъ разстройствъ.

При *lingua geographica* тоже наблюдаются краснаго цвѣта пятна, однако послѣднія представляютъ покрытые слегка утолщеннымъ эпителиемъ, бѣловатаго цвѣта, извилистые края, форма которыхъ въ теченіе нѣсколькихъ дней можетъ измѣниться („измѣнчивыя доброкачественныя бляшки“ — *Caspary*; „блуждающая сыпь“). Пятна эти не причиняютъ никакихъ разстройствъ и встрѣчаются преимущественно у дѣтей.

Болезнь отличается очень хроническимъ теченіемъ; *лечение* мало помогаетъ. *Joseph* совѣтуетъ смазывать пятна 5% -нымъ растворомъ молочной кислоты и очень доволенъ результатомъ такого леченія.

Сифилисъ ротовой полости.

Этіологія. *Первичное затвердніе (твердый шанкръ)* встрѣчается, хотя въ общемъ и не часто, на губахъ, языкѣ, щекахъ и миндалинахъ, причѣмъ зараженіе происходитъ черезъ поцѣлуй, при противоестественномъ половомъ сношеніи, употребленіи зараженной посуды, инструментовъ и проч. Грудныя дѣти заражаются иногда отъ сифилитическихъ кормилицъ; я лично наблюдалъ нѣсколько такихъ случаевъ, въ которыхъ, благодаря тому, что свойство болѣзни не было на первыхъ порахъ распознано, наступили очень тяжелыя и глубокія измѣненія на слизистой оболочкѣ рта и зѣва.

Первичная язва, образующая вначалѣ лишь дефектъ эпителія, уже очень рано представляетъ валикообразно утолщенные края и плотное дно; между тѣмъ какъ на остальныхъ мѣстахъ слизистой оболочки рта язва большею частью не распространяется вглубь, на миндалинахъ, напр., дѣло доходитъ до обширнаго распада.

Подъязычныя, подчелюстныя, подбородочныя и затылочные лимфатическія железы припухаютъ и иногда болѣзненны. Если возникаетъ сомнѣніе относительно свойства язвы, то дальнѣйшее *теченіе* выясняетъ *діагнозъ*.

Во *вторичномъ періодѣ* сифилиса наблюдаются слизистыя папулы, которыя появляются преимущественно на внутренней поверхности губъ, въ углахъ рта, на щекахъ, небѣ и языкѣ; на послѣднемъ онѣ сидятъ обыкновенно на краяхъ, нерѣдко также на срединѣ тыльной поверхности непосредственно передъ желобовидными сосочками. Онѣ бываютъ обыкновенно круглой или овальной формы, иногда сливаются между собою въ болѣе обширныя плоскія возвышенія и подчасъ могутъ покрыть наподобіе пленки значительныя части слизистой оболочки.

Симптомы. Слизистая папулы бѣлаго цвѣта, гладки, или представляютъ, особенно въ углахъ рта, углубленія и трещины, т. назыв. рагады; ткань въ окружности ихъ гипертрофирована. При отсутствіи леченія онѣ могутъ долгое время оставаться почти безъ измѣненія, или же онѣ увеличиваются, либо теряютъ свой бѣловатый покровъ и подъ вліяніемъ какого либо раздраженія изъязвляются. Обыкновенно въ центрѣ папулы образуется эрозія, которая окружена какъ-бы мягкимъ сѣробѣлымъ кольцомъ, окаймленнымъ, въ свою очередь, краснымъ воспалительнымъ вѣнчикомъ.

При неблагоприятныхъ мѣстныхъ (курение, употребленіе спиртныхъ напитковъ и проч.) или общихъ условійхъ (слабое сложеніе) язва можетъ стать больше и глубже.

Кромѣ такихъ язвъ, образующихся вѣдствие распаденія папулъ, наблюдаются еще ссадины, трещины и щели, особенно на языкѣ.

Подъ вліяніемъ обильной клѣточной пролифераціи въ слизистой оболочкѣ, соединительной и мышечной ткани, а также разрошенія соединительной ткани языкъ припухаетъ цѣликомъ или въ видѣ ограниченныхъ узловъ, а затѣмъ, вѣдствие происходящаго въ дальнѣйшемъ сморщиванія соединительной ткани, становится бугристымъ, изборожденнымъ, дольчатымъ (*glossitis specifica indurativa*).

Субъективныя разстройства состоятъ въ боляхъ при ѣдѣ, питьѣ, куреніи, разговорѣ; трещины въ углахъ рта затрудняютъ свободное открываніе рта или дѣлаютъ его болѣзненнымъ, вторичныя же явленія на языкѣ нѣсколько мѣшаютъ подвижности его и потому затрудняютъ рѣчь. Обыкновенно существуетъ незначительное слюнотеченіе.

Въ *третичномъ періодѣ* (обыкновенно черезъ 2—3 года, рѣдко раньше, чаще значительно позже, черезъ 15—20 лѣтъ послѣ первичнаго затвердѣнія) преимущественно поражаются небо и языкъ, очень рѣдко слизистая оболочка щекъ и губъ, причемъ обыкновенно образуется лишь *одинъ* гуммозный узелъ. *Schech* наблюдалъ *гуммы* также въ жевательныхъ мышцахъ (*m. masseter*) и въ мѣстахъ прикрѣпленія ихъ на наружной поверхности нижней челюсти.

Онѣ встрѣчаются въ видѣ плотныхъ, не всегда ясно ограниченныхъ „*поверхностныхъ гуммозныхъ узловъ*“ величиною отъ булавочной головки до горошины, выдающихся изъ-подъ слизистой оболочки, которая на мѣстѣ ихъ мало по малу становится краснѣе. *Глубокіе* или „*наренхиматозные*“ *узлы* рѣдко бываютъ очень мелки и, благодаря сліянію, могутъ даже достигнуть размѣровъ грецкаго орѣха; при ощупываніи они не производятъ впечатлѣнія ограниченныхъ опухолей, а кажется какъ будто имѣется дѣло съ инороднымъ тѣломъ, окруженнымъ слоемъ воспалительной ткани.

Глубокіе узлы все болѣе и болѣе подвигаются къ поверхности, выпячиваются, размягчаются и, наконецъ, распадаются подобно тому, какъ и поверхностные узлы; образуются *язвы*, которыя, смотря по размѣрамъ

и болѣе поверхностному или глубокому положенію гуммы, имѣютъ различный видъ, а именно, представляютъ то плоскія, болѣе или менѣе длинныя, иногда въ видѣ трещинъ изъязвленія, которыя, однако, имѣютъ наклонность распространяться вглубь, то, напротивъ, большія, глубокія, кратеровидныя язвы съ рѣзкими или подрытыми краями. Въ последнемъ случаѣ размягченіе, предшествующее образованію язвы, выражается тѣмъ, что въ центрѣ, принимающемъ слегка желтоватый цвѣтъ, появляется небольшое отверстие, которое быстро увеличивается вслѣдствіе распадения инфильтрированной окружности. Если такія глубокія язвы заживаютъ, то вслѣдствіе образованія рубца происходятъ глубокія вдавленія, которыя придаютъ языку бугристый, узловатый видъ.

То же самое наблюдается иногда при распаденіи гуммъ на твердомъ небѣ, гдѣ онѣ помѣщаются обыкновенно по срединной линіи и представляются въ видѣ багрово-краснаго цвѣта узловъ. Такъ какъ слизистая оболочка здѣсь очень тонка и непосредственно прилежитъ къ надкостницѣ, то процессъ очень скоро переходитъ на последнюю и ведетъ къ омертвѣнію кости, такъ что зондъ черезъ твердое небо проникаетъ въ носовую полость. Съ другой стороны, и сошникъ служитъ нерѣдко исходной точкой образованія гуммы.

Такъ назыв. *гладкую атрофію корня языка*, при которой, по изслѣдованіямъ *Lewin'a* и *Heller'a*, происходитъ истонченіе эпителиальнаго слоя и атрофія мѣшечковыхъ железъ и на связь которой съ сифилисомъ впервые указалъ *Virchow*, мнѣ приходилось наблюдать сравнительно рѣдко; съ другой стороны, я встрѣчалъ ее, хотя, можетъ быть, и не въ столь рѣзкой степени, также у субъектовъ, не имѣвшихъ сифилиса.

Субъективныя расстройства при гуммахъ незначительны. Болѣе почти не бываетъ, или онѣ, во всякомъ случаѣ, ничтожны; однако множественныя или большія гуммы могутъ затруднять движенія языка, а, слѣдовательно, рѣчь и ѣду. При распаденіи гуммъ появляются, конечно, боли; при достаточно большомъ прободеніи твердаго неба голосъ становится гнусливымъ, а жидкости при глотаніи попадаютъ черезъ отверстие въ носъ и затѣмъ выдѣляются изъ него.

Распознаваніе первичнаго затверднѣнія не всегда легко. Язва, особенно на губахъ, можетъ казаться очень поверхностной и безобидной, однако отъ обыкновенныхъ трещинъ она отличается тѣмъ, что она нерѣдко бываетъ болѣе выражена въ ширину, тогда какъ первыя располагаются отвѣсно къ краю губъ. Въ сомнительныхъ случаяхъ для выясненія распознаванія приходится назначить ртутныя втиранія.

Вторичныя явленія обыкновенно не представляютъ затрудненія для распознаванія. Папулы можно иногда смѣшивать съ пятнами лейкомы; однако послѣднія бываютъ плотнѣе и суше и имѣютъ болѣе перламутрово-сѣрый цвѣтъ, тогда какъ папулы бываютъ бѣловато-сѣраго цвѣта; далѣе, папулы обыкновенно сопровождаются изъязвленіями и развиваются скорѣе. Наконецъ, другія явленія сифилиса устраняютъ всякія сомнѣнія.

Язвы, образующіяся влѣдствіе распаденія папуль, въ виду вышеизложеннаго, вполнѣ характерны; экскоріаціи, трещины и щели представляютъ въ окрѣжности очень ничтожныя воспалительныя явленія.

Гуммы можно смѣшать съ доброкачественными опухолями и ракомъ. Фибромы, жировики и проч. обыкновенно бываютъ рѣзко отграничены, упруги и подвижны, чего не наблюдается при гуммахъ; ракъ чаще развивается на краяхъ и на нижней поверхности языка, притомъ обыкновенно въ возрастѣ старше 40 лѣтъ, вызываетъ большую часть сильныхъ боли, иногда кровотеченіе и, въ особенности, сопровождается въ дальнѣйшемъ припухлостью соотвѣтственныхъ лимфатическихъ железъ. Хроническій нарывъ бываетъ обыкновенно болѣе отграниченнымъ и круглой формы. Въ сомнительныхъ случаяхъ успѣшное примѣненіе іодистаго калия выясняетъ сифилитическое свойство процесса.

Язвы, какъ незначительныя, такъ и большія и круглыя, представляютъ нерѣдко извѣстное сходство съ бугорчатыми и раковыми язвами. При бугорчаткѣ, однако, язвы бываютъ обыкновенно менѣе глубоки и въ отдѣляемомъ ихъ находятся бугорчатыя палочки; раковая язва располагается преимущественно на краяхъ языка, имѣетъ бугристое, плотное дно и сопровождается обыкновенно припухлостью лимфатическихъ железъ, чего почти никогда не бываетъ при третичныхъ сифилитическихъ язвахъ. Въ случаѣ сомнѣнія микроскопическое изслѣдованіе вырѣзаннаго кусочка можетъ выяснитъ, съ чѣмъ имѣется дѣло.

При сифилисѣ врожденномъ или пріобрѣтенномъ въ раннемъ дѣтствѣ зубы, хотя и не всегда, оказываются въ нижней части стертыми, такъ что поперечникъ ихъ въ направленіи спереди и сверху къзади и книзу уплощается; стертая часть ясно отдѣляется отъ верхней неизмѣненной части въ видѣ полудунія (*Hutchinson'овскіе зубы*).

Предсказаніе благоприятно, въ особенности при вторичномъ сифилисѣ, хотя подъ вліяніемъ частыхъ мѣстныхъ раздраженій легко наступаютъ возвраты; при третичныхъ формахъ могутъ образоваться обезображивающіе рубцы, особенно на языкъ, и прободенія твердаго неба.

Леченіе, какъ при первичномъ затвердѣніи, такъ и при вторичныхъ явленіяхъ, состоитъ въ примѣненіи ртутныхъ втираній, причемъ необходимо тщательный уходъ за полостью рта (полосканіе растворомъ бертолетовой соли). При часто рецидивирующихъ папулахъ, особенно если было примѣнено уже повторное ртутное леченіе, иногда достаточно *мѣстнаго леченія*, которое можно сочетать также съ ртутными втираніями. При этомъ нужно всегда помнить, что больные съ вторичными явленіями легко могутъ заразить окружающихъ, влѣдствіе чего ихъ необходимо предупредить, чтобы они не пользовались вмѣстѣ съ другими одной и той же посудой и проч. Мѣстно примѣняютъ смазыванія 1—5 % -ными растворами сулемы, прижиганія ляписомъ, хромовой кислотой и проч. Вмѣстѣ съ тѣмъ нужно, конечно, устранить всякія вредныя вліянія, вызывающія мѣстное раздраженіе.

При третичныхъ формахъ даютъ іодистый калий въ количествѣ 5,0—10,0 : 200,0, три раза въ день по I столовой ложкѣ; язвы, въ особенности если дно и края ихъ отчасти омертвѣли, выскабливаютъ острой ложечкой, а затѣмъ либо прижигаютъ ѣдкими средствами, либо присыпаютъ порошками, которые дѣйствуютъ вяжущимъ образомъ или способствуютъ образованію грануляціи.

Бугорчатка ротовой полости.

Этіологія. Бугорчатка ротовой полости рѣдко встрѣчается какъ *первичная* болѣзнь, хотя наблюденіями несомнѣнно установлено, что ротовая полость можетъ первично подвергнуться зараженію бугорчатыми палочками. Чаше она бываетъ *вторичной*, причемъ зараженіе происходитъ черезъ посредство легкихъ, гортани или зѣва. Во всякомъ случаѣ бугорчатка ротовой полости представляетъ довольно рѣдкую болѣзнь; у мужчинъ она встрѣчается чаше, нежели у женщинъ.

Симптомы. Сравнительно наибаче поражается *языкъ*, и притомъ въ видѣ *разстѣянныхъ* или ограниченныхъ опухолевидныхъ *узловъ*. Въ первомъ случаѣ подъ слизистой оболочкой языка замѣчаются постепенно подвигающіеся къ поверхности, слегка просвѣчивающіе, сѣроватаго цвѣта, круглые узелки, величиною съ просіяное зерно, которые спустя короткое время распадаются и ведутъ къ обыкновенно довольно характернымъ *изъязвленіямъ*. Послѣднія представляютъ зернистую, блѣдно-краснаго цвѣта поверхность, покрытую маркимъ гнойнымъ отдѣляемымъ, и иногда рѣзкіе, нерѣдко зазубренные края, причемъ ткань въ окружности ихъ большею частью не уплотнена, но обыкновенно слегка припухши и красна. На краяхъ или вблизи нихъ почти всегда наблюдаются точечныя, величиною до булавочной головки, желтовато-сѣрыя вкрапленія, которыя представляютъ бугорчатые узелки и нерѣдко отчасти уже подверглись язвенному распаденію. Язвы обыкновенно распространяются больше по поверхности, но иногда, послѣ продолжительнаго существованія, онѣ могутъ также проникать вглубь, притомъ обыкновенно въ одномъ мѣстѣ больше, чѣмъ въ другомъ. Въ общемъ язвы наибаче помѣщаются на верхушкѣ и краяхъ языка.

Далѣе, бугорчатые изъязвленія могутъ встрѣчаться на губахъ и слизистой оболочкѣ щекъ, а также, хотя и очень рѣдко, на деснахъ и твердомъ небѣ.

Вторая и болѣе рѣдкая форма *образованія узловъ* характеризуется появленіемъ круглыхъ, плотныхъ на-ощупь опухолей величиною отъ горошины до лѣснаго орѣха, которыя могутъ держаться довольно долгое время, прежде чѣмъ наступитъ язвенное распаденіе ихъ.

Тогда какъ при этой формѣ процессъ, ведущій къ изъязвленію, отличается медленнымъ теченіемъ и, въ виду болѣе ограниченаго характера его, представляетъ больше шансовъ для улучшенія или излеченія, первая форма, напротивъ, распространяется большею частью все дальше и дальше и вскорѣ ведетъ къ смерти.

Въ послѣднемъ случаѣ и *припадки* бываютъ выражены гораздо рѣзче. Въ самомъ началѣ, правда, и изъязвленія мало болѣзненны, въ дальнѣйшемъ однако боли могутъ сдѣлаться невыносимыми, такъ что больные отказываются отъ пищи. Кромѣ того, существуютъ слюнотечение, непріятный запахъ изо рта и припухлость лимфатическихъ железъ въ подподбородочной области, между тѣмъ какъ при формѣ, выражающейся образованіемъ узловъ, преимущественно наблюдается разстройство подвижности.

Распознаваніе бугорчатой язвы иногда не легко, такъ какъ ее можно смѣшать съ сифилитической и раковой язвой. Свообразная форма язвы, отсутствіе подрывныхъ, вывороченныхъ, геср. затвердѣлыхъ краевъ составляютъ, однако, достаточные отличительные признаки. Наконецъ, микроскопическое изслѣдованіе отдѣляемаго язвы на бугорчатыхъ палочкахъ устраняетъ всякія сомнѣнія. Узлы бываютъ иногда желтоватаго цвѣта, но ихъ не всегда легко отличить отъ другого рода узловъ; разъ они появляются у чахоточныхъ, то они, конечно, подозрительны. Если имѣется дѣло съ гуммозными узлами, то помогаетъ іодистый калий, тогда какъ раковые узлы не уступаютъ этому средству и, въ противоположность гуммамъ, уже рано вызываютъ стрѣляющія боли.

Леченіе должно быть направлено, во-первыхъ, противъ существующаго иногда общаго заболѣванія, и, во-вторыхъ, противъ мѣстнаго процесса. Выскабливаніе язвъ острой ложечкой и послѣдовательное прижиганіе ихъ 20—80% молочной кислотой или гальванокаутеромъ въ рѣдкихъ случаяхъ вели къ излеченію. Противъ болей примѣняютъ смазываніе ментоловымъ масломъ (10—20%), растворомъ антипирина (50—100%), кокаина, ортоформа и проч., а также обеззараживающія полосканія (изъ борной кислоты и проч.).

Узлы лучше всего своевременно вылущить, такъ какъ при этомъ, съ одной стороны, можно рассчитывать на излеченіе, съ другой, устраняется источникъ для зараженія.

Волчанка.

Этіологія. Волчанка обыкновенно распространяется съ лица, а именно съ губъ, на слизистую оболочку щекъ, твердаго неба, рѣдко языка, а затѣмъ переходитъ дальше на слизистую оболочку зѣва и гортани; рѣдко наблюдается первичная волчанка ротовой полости. Слизистая оболочка представляется бархатисто-красной, слегка припухшей и усѣянной легко кровоточащими узелками съ зернистою мягкою поверхностью, величиною съ булавочную головку; изъязвленія покрыты вялыми, иногда грибовидно разросшимися грануляціями и при зарубцеваніи могутъ повести къ тяжелымъ обезображиваніямъ, напр. къ суженію рта. Изъязвленія мало или совсѣмъ не болѣзненны.

При *распознаваніи* руководствуются наличностью безболѣзненныхъ, вяло гранулирующихъ язвъ, а также присутствіемъ узелковъ; иногда

одновременно съ изъязвленіями находятъ рубцы. Присутствіе бугорчатыхъ палочекъ большею частью трудно констатировать.

Лечение сводится главнымъ образомъ къ выкабливанію язвъ и послѣдовательному прижиганію ихъ гальванокаутеромъ или ѣдкими средствами.

Проказа.

Бугристое утолщеніе губъ и появленіе узловъ въ слизистой оболочкѣ щекъ и языка должно вызвать подозрѣніе о проказѣ, въ особенности при медленномъ ростѣ ихъ и отсутствіи субъективныхъ разстройствъ; вообще проказное пораженіе ротовой полости присоединяется всегда только послѣ того, какъ на лицѣ уже развились характерныя явленія.

Микозы.

Изъ *животныхъ паразитовъ* были найдены въ языкѣ гвинейскій червь (*Davani*), трихины (*Miller*), далѣе, *цистицеркы* и *эхинококкы*.

Растительныя паразиты встрѣчаются въ полости рта очень часто. *Oidium albicans* вызываетъ

а) *Soor*, молочницу, которая встрѣчается обыкновенно у дѣтей и притомъ преимущественно у вскармливаемыхъ рожкомъ, у взрослыхъ же появляется почти исключительно подѣ влияніемъ истощающихъ болѣзней (см. молочницу зѣва). Слизистая оболочка представляется покраснѣвшей, причемъ на красномъ основаніи замѣчаются на губахъ, деснахъ, щекахъ, углахъ рта и языкѣ (преимущественно на верхушкѣ и краяхъ) круглыя, постепенно увеличивающіяся и сливающіяся между собою, плотно сидящія бѣлыя пятна, которыя распространяются въ глотку и пищеводъ, очень рѣдко въ гортань, такъ какъ они образуются почти исключительно на мѣстахъ, покрытыхъ плоскимъ эпителиемъ. Пятна становятся мало по малу суше и опадаютъ; если ихъ искусственно удаляютъ, то слизистая оболочка легко кровоточитъ. Дѣти обыкновенно безпокойны, сосаніе причиняетъ имъ боли, такъ что они отказываются брать рожокъ или грудь, либо часто выпускаютъ ихъ; нерѣдко они страдаютъ разстройствами пищеваренія. У хорошо содержимыхъ дѣтей молочница обыкновенно черезъ нѣсколько дней проходитъ, при плохомъ же уходѣ она распространяется далѣе и дѣти нерѣдко погибаютъ при явленіяхъ энтерита.

Распознаваніе основано на присутствіи *бѣлыхъ*, сливающихся иногда въ большія пленки *пятенъ*, свойство которыхъ тотчасъ же выясняется при микроскопическомъ изслѣдованіи. Они состоятъ изъ широкихъ, двуконтурныхъ нитей, снабженныхъ многочисленными поперечными перегородками, и круглыхъ споръ, которыя расположены въ мелкозернистой массѣ (рис. 14).

Въ противоположность *афтамъ* молочница встрѣчается большею частью у гораздо болѣе молодыхъ дѣтей; кромѣ того, первыя окружены

обыкновенно краснымъ вѣнчикомъ и не имѣютъ такой круглой и правильной формы. Смѣшать молочницу съ *дифтеріей* при тщательномъ осмотрѣ едва-ли возможно въ виду локализаціи, распространенія и чисто бѣлаго цвѣта пятенъ, отсутствія лихорадки, зловоннаго запаха изо рта и проч.

Лечение сводится преимущественно къ чистому содержанію рожка и къ обмыванію пятенъ мягкими тряпочками, пропитанными растворомъ буры (boracis 2,0, glycerin. 4,0, aq. destill. 34,0); въ тяжелыхъ случаяхъ можно примѣнить 0,4 % -ный растворъ ляписа.

в) *Актиномикозъ*. Возбудитель его, *лучистый грибокъ* (рис. 15),



Рис. 14. *Oidium lactis* (Fränkel-Pfeiffer).

проникаетъ въ чело-вѣскій организмъ рѣдко черезъ дыхательные и пищеварительные пути; обыкновенно зараженіе происходитъ черезъ полость рта и зѣва—миндалины, языкъ и чаще всего зубы, и притомъ преимущественно черезъ большіе коренные зубы, рѣже черезъ малые коренные и клыки и никогда черезъ рѣзцы.

Актиномикозъ представляетъ хронически протекающую заразную болѣзнь, которая была впервые открыта и описана *Bollinger*'омъ

(1877) у рогатаго скота, у чело-вѣка же впервые распознана *J. Israel*'емъ и *Ponfick*'омъ. По мнѣнію послѣдняго автора, носителями грибка являются растительныя пищевыя средства, мѣстомъ же размноженія его ротовая полость, въ особенности же каріозные зубы. *Varacz* описалъ случай, въ которомъ мужчина, страдавшій актиномикозомъ ротовой полости, черезъ поцѣлуй заразилъ дѣвушку.

Актиномикозъ выражается „появленіемъ на нижней челюсти ограниченной, повидимому, зыблущейся припухлости, которая постепенно можетъ распространиться на шею до ключицы, а вверхъ до основанія черепа, причемъ она вскрывается въ различныхъ мѣстахъ, не оставляя иногда никакихъ слѣдовъ на первоначально пораженномъ мѣстѣ“. При вскрытіи выдѣляется губчатая грануляціонная масса, въ которой, равно какъ и въ гноѣ замѣчаются желтыя зерна, представляющія скопленія лучистаго грибка. При микроскопическомъ изслѣдованіи они состоятъ изъ густого

сплетенія грибковыхъ нитей, которыя оканчиваются булавовидными утолщеніями (рис. 15).

Въ *языкъ*, въ который грибокъ проникаетъ черезъ ранки или эрозіи, образуются большей или меньшей величины довольно плотные узлы, которые мало по малу нагнаиваются; то же наблюдается и на щекахъ.

Распознаваніе ставится на основаніи характерныхъ свойствъ гноя; въ нѣкоторыхъ случаяхъ актиномикозъ, исходящій отъ зуба, можетъ быть принятъ неопытными за воспаленіе надкостницы.

Предсказаніе въ общемъ неблагопріятно, хотя при ограниченномъ пораженіи можетъ быть достигнуто излеченіе. Менѣе благопріятное предсказаніе даютъ случаи, въ которыхъ процессъ исходитъ изъ верхней челюсти, такъ какъ въ такихъ случаяхъ, прежде чѣмъ процессъ дойдетъ до поверхности, можетъ уже наступить разрушеніе глубокихъ тканей, которое, въ виду близости верхняго отдѣла позвоночника и основанія черепа, легко можетъ повести къ смерти.

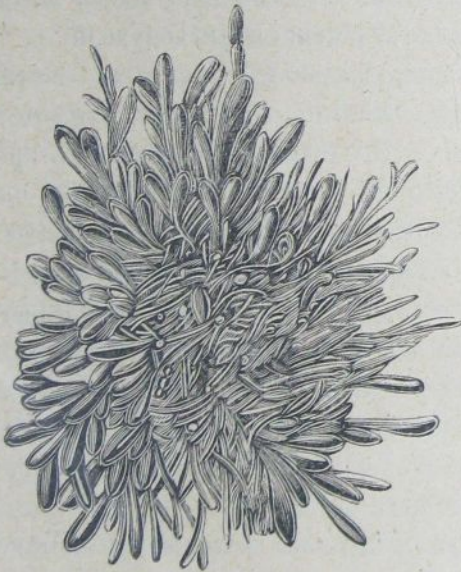


Рис. 15. Лучистый грибокъ (*Strümpell*).

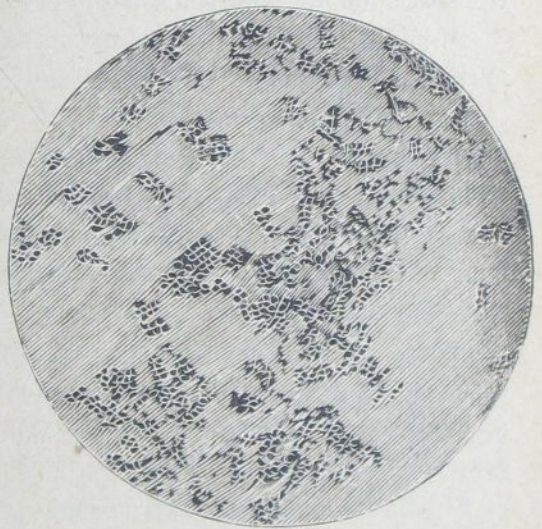


Рис. 16. Сарцина (*Fränkel-Pfeiffer*).

Леченіе состоитъ въ основательномъ удаленіи и выскабливаніи пораженныхъ частей ¹⁾.

с) О т. назыв. *pharyngomycosis benigna*, вызванномъ *leptothrix buccalis*, будетъ сказано при микозахъ зѣва.

д) *Грибки сарцины* (рис. 16) встрѣчаются большими кучками въ видѣ бѣлыхъ пятенъ на слизистой оболочкѣ рта, языкѣ и твердомъ небѣ, въ особенности у худосочныхъ субъектовъ, чахоточныхъ, тифозныхъ и проч. *H. Fischer* находилъ ихъ сравнительно часто въ ротовой слизи и въ отдѣляемомъ изъ зѣва и бронховъ; въ незначительныхъ размѣрахъ раз-

¹⁾ Внутри назначаютъ *йодистый калий*, который, по наблюденіямъ многихъ авторовъ, даетъ при актиномикозѣ очень хорошіе результаты. *Прим. перес.*

витіе сарцины наблюдается также у легко-больныхъ, въ особенности при стоматитѣ, и даже у здоровыхъ.

Скопленія сарацины не вызываютъ никакихъ явленій; при простомъ осмотрѣ ихъ можно иногда смѣшать съ молочницей, отъ которой, однако, ихъ легко отличить при микроскопическомъ изслѣдованіи, при которомъ находятъ образованія, имѣющія видъ товарныхъ тѣловъ (рис. 16).

Новообразованія ротовой полости.

Этіологія. Настоящая причина происхожденія опухолей ротовой полости, какъ и вообще новообразованій, неизвѣстна, однако, во многихъ случаяхъ въ этиологіи ихъ, повидимому, играютъ роль неумѣренное куреніе, а также поврежденія, въ особенности на языкѣ, вслѣдствіе тренія его объ острые края зубовъ. Кромѣ того, нѣкоторые авторы указываютъ на связь сифилиса съ ракомъ, связующимъ звеномъ которыхъ является иногда лейкома (см. выше), хотя, съ другой стороны, ракъ можетъ, конечно, развиться и независимо отъ послѣдней. Относительно кистъ можно сказать, что онѣ обыкновенно представляютъ ретенціонныя опухоли.

а) На *губахъ* и *щекахъ* изъ новообразованій наибаче встрѣчаются *слизистыя кисты, родимыя пятна, ангиомы, папилломы, фибромы, жировики* и *раки*. Послѣдніе наблюдаются преимущественно на нижней губѣ, въ боковой части ея, причемъ они начинаются здѣсь обыкновенно въ видѣ поверхностнаго, не поддающагося никакому леченію дефекта, который вскорѣ превращается въ язву съ плотной инфильтрированной окружностью, дно и края которой имѣютъ желтовато-красноватый цвѣтъ; язва мало по малу приподнимается надъ уровнемъ губы и принимаетъ такимъ образомъ характеръ опухоли. Губа, особенно при быстромъ ростѣ опухоли, становится малоподвижной; соответственныя лимфатическія железы припухаютъ, а именно сначала обыкновенно подчелюстные, а затѣмъ подбородочныя железы.

Такъ назыв. лимфангіектазіи или *лимфангиомы* встрѣчаются обыкновенно на верхней губѣ и бываютъ большею частью врожденными; иногда при этомъ происходитъ также разрощеніе соединительной ткани и заложенныхъ въ слизистой оболочкѣ железистыхъ элементовъ. Это утолщеніе губъ называютъ также *macrocheilia*.

Опухоли, исходящія изъ зубного края *челюсти*, извѣстны обыкновенно подъ общимъ названіемъ *epulis*. Онѣ исходятъ большею частью изъ надкостницы луночки или изъ соединительной ткани альвеолярнаго отростка челюсти и представляютъ либо простыя *грануломы*, либо чаще *саркомы* или *фибромы*, рѣдко *раки*, которые преимущественно встрѣчаются у старыхъ людей и часто развиваются около заднихъ коренныхъ зубовъ. Очень рѣдко наблюдаются *энхондромы* и *одонтомы*, т. е. чрезмѣрное развитіе тканей зуба или уродливое образованіе зубовъ. Одонтомы встрѣчаются либо на правильно образованныхъ и расположенныхъ зубахъ (вродѣ экзостоза), либо образуются внутри челюстной кости (вродѣ эн-

стога).— Очень рѣдко опухоль состоитъ изъ зародышеваго ростка мягкой matrix.

Различаютъ зубовидныя, незубовидныя, эмбриопластическія, одонтопластическія, коронковыя и корешковыя одонтомы (*Broca*).

Челюстные опухоли, зависящія отъ ненормальнаго развитія зубовъ, обуславливаютъ обыкновенно болѣе или менѣе сильное утолщеніе верхней челюсти; при этомъ въ ней находятъ больше готовыхъ, плотныхъ, нежели неразвитыхъ, мягкихъ зубовъ, кромѣ того, въ соединительной ткани, окружающей зубы, встрѣчается множество кучекъ и прослойковъ эпителія; послѣдніе превращаются въ эмаль, соединительная же ткань въ дентинное вещество. Подобнымъ образомъ въ челюсти съ теченіемъ времени можетъ образоваться нѣсколько сотъ зубовъ.

Далѣе, къ зубамъ имѣютъ отношеніе такъ назыв. *зубныя кисты*. Различаютъ: 1) *фолликулярныя* кисты, которыя образуются вслѣдствіе нарушенія въ развитіи зубной луночки, и 2) *поднадкостничныя* кисты, которыя развиваются изъ корня зуба вслѣдствіе отслоенія и воспаленія надкостницы; эти кругловатыя, медленно растущія, безболѣзненные опухоли при ощупываніи даютъ хрустъ вслѣдствіе податливости костной стѣнки ихъ.

б) *Опухоли языка*. 1) *Кисты*: онѣ развиваются быстро или болѣе или менѣе медленно и представляютъ обыкновенно ретенціонныя опухоли. Сюда относится, какъ наиболѣе частая форма, такъ назыв. *ranula* (*лягушечья опухоль*)—кистовидная опухоль, которая образуется насчетъ железы Blandin-Nuhn'a и расположена на днѣ ротовой полости, обыкновенно около срединной линіи. Такъ какъ, кромѣ того, и на боковыхъ краяхъ языка, вблизи *m. styloglossus*, находится средняя и задняя группа железъ, которыя открываются на краяхъ языка или на днѣ рта, то, понятно, что и въ указанныхъ мѣстахъ могутъ образоваться кисты. Помимо такихъ ретенціонныхъ кистъ описаны также врожденныя *дермоидныя кисты*.

Къ вузырьчатымъ опухолямъ, встрѣчающимся на языкѣ, принадлежатъ также *цистицеркъ* и *эхинококкъ*.

2) *Папилломы*. Онѣ плоски или снабжены ножкой, одиночны или множественны, и встрѣчаются обыкновенно на тыльной поверхности языка у молодыхъ субъектовъ въ видѣ бугристыхъ опухолей, величиною отъ булавочной головки до горошины, рѣдко до лѣснаго орѣха. Особеннаго вниманія заслуживаютъ описанныя *Albertомъ папилломы papillae foliatae*, которыя нерѣдко бываютъ причиной *невралгій языка*, особенно у женщинъ.

3) *Фибромы* встрѣчаются чаще у мужчинъ, нежели у женщинъ, бываютъ очень рѣдко врожденными и помѣщаются на тыльной поверхности или краяхъ языка. Онѣ сидятъ на ножкѣ или же, чаще, въ мускулатурѣ, такъ что выпячиваютъ поверхность языка, которая въ соответственномъ мѣстѣ представляется болѣе плотной, блѣдной и гладкой. Отъ

злокачественныхъ опухолей онѣ отличаются при этомъ яснымъ ограниченіемъ отъ окружающихъ частей и медленнымъ ростомъ.

4) *Жировики (липомы)* развиваются въ подслизистой и межмышечной соединительной ткани и бываютъ почти всегда одиночными, очень рѣдко множественными; они могутъ достигать размѣровъ куриного яйца и представляютъ по большей части гладкія, круглой формы, упругія опухоли, которыя иногда просвѣчиваютъ черезъ слизистую оболочку.

5) Описаны также *фибролипомы* и *остеофибромы*.

6) *Телеангиэктазии (наevi)* встрѣчаются иногда уже у дѣтей и подчасъ сами собою проходятъ.

7) *Ангиомы* бываютъ большею частью врожденными, но наблюдаются также и у взрослыхъ. Особенную роль въ этиологіи ихъ играетъ беременность, и описаны случаи, когда у женщинъ во время каждой беременности развивались небольшія ангиомы.

Между тѣмъ какъ доброкачественныя опухоли языка, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, когда онѣ, вслѣдствіе своихъ размѣровъ или неблагоприятнаго положенія на корнѣ языка, вызываютъ расстройства глотанія, рѣчи или дыханія, нерѣдко протекаютъ безъ всякихъ симптомовъ или причиняютъ лишь незначительныя расстройства, злокачественныя опухоли, напротивъ, имѣютъ гораздо болѣе серьезное значеніе, такъ какъ онѣ глубже проникаютъ въ мышцы и поэтому нарушаютъ дѣятельность ихъ, рано переходятъ на окружающія части и подвергаются изъязвленію.

8) *Саркомы* и *лимфосаркомы* языка крайне рѣдки (чаще онѣ развиваются на корнѣ языка), причѣмъ встрѣчаются также у дѣтей; такъ, *Jacoby* наблюдалъ врожденную саркому языка; *C. Stern* удалилъ подобную же саркому у 4-лѣтняго ребенка. Саркомы представляютъ плоскія или шаровидныя, первоначально медленно растущія опухоли, которыя помѣщаются большею частью въ паренхимѣ языка; симптомы ихъ—затрудненіе рѣчи, боли, отдающія въ ухо—зависятъ главнымъ образомъ отъ размѣровъ и мѣстоположенія ихъ.

9) *Ракъ* принадлежитъ къ болѣе частымъ новообразованіямъ языка и, въ виду важнаго клиническаго значенія его, заслуживаетъ болѣе подробнаго разсмотрѣнія. На языкѣ встрѣчается только эпителиома, и притомъ преимущественно въ передней части какъ на тыльной поверхности, такъ и на краяхъ; очень рѣдко ракъ развивается на задней половинѣ языкѣ. Онъ наблюдается обыкновенно у лицъ старше 30-лѣтняго возраста, причѣмъ частота его у мужчинъ и женщинъ составляетъ приблизительно 6 : 1. Развитію рака могутъ способствовать неумѣренное куреніе, злоупотребленіе спиртными напитками, а также сифились и поврежденія языка; особенно опасны, по заявленію нѣкоторыхъ авторовъ, сильныя прижиганія простыхъ, доброкачественныхъ ранъ языка у лицъ указаннаго возраста. Выше мы уже указали на то, что лейкома языка, т. е. хроническое воспаленіе поверхностныхъ слоевъ слизистой оболочки его, нерѣдко предшествуетъ раку и предрасполагаетъ къ развитію его. Описанъ также переходъ гуммозныхъ узловъ въ ракъ.

Ракъ можетъ *развиться* изъ всякой ссадины или раны, какого бы происхожденія она первоначально ни была; края и дно становятся мало по малу плотнѣе, язва увеличивается вслѣдствіе распаденія краевъ, и нерѣдко уже въ это время опредѣляется припухлость одной изъ подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ, хотя иногда железы припухаютъ только спустя 6—8 мѣсяцевъ послѣ развитія рака. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ ракъ переходитъ простой узелокъ или папиллома; такой переходъ выражается тѣмъ, что первоначально доброкачественная опухоль увеличивается, становится плотнѣе и изъязвляется, причемъ въ основаніи ея появляется затвердѣніе. Наконецъ, въ очень рѣдкихъ случаяхъ ракъ развивается въ видѣ узелка въ существѣ языка, именно, нерѣдко на мѣстѣ прикрѣпленія передней дужки (*arcus palatoglossus*) къ заднему краю языка; узелокъ постепенно увеличивается, приближается все больше къ поверхности, становится плотнымъ и превращается въ язву. Края язвы представляютъ иногда папилломатозныя разрощенія или бываютъ узловатыми, бугристыми.

Новообразованіе распространяется все дальше и глубже въ мышечную ткань и переходитъ затѣмъ обыкновенно на сосѣднія части (на дно ротовой полости, десны и челюсть, *resp.* на гортань или небныя дужки и миндалины).

Субъективные *симптомы* вначалѣ состоятъ обыкновенно въ боли и слюнотеченіи; *боль* бываетъ острой, буравящей, нерѣдко отдаетъ въ ухо и большею частью появляется уже рано, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ раковыя язвы въ теченіе долгаго времени могутъ оставаться небольшими.

Речь, которая вначалѣ бываетъ измѣнена вслѣдствіе нѣкоторой одеревенѣлости и трудноподвижности языка, становится постепенно все болѣе невнятной и, наконецъ, очень трудно разборчивой, въ особенности когда пораженный языкъ спаялся съ дномъ ротовой полости и существуетъ сильное слюнотеченіе. Вслѣдствіе неподвижности языка больные въ концѣ-концовъ не въ состояніи жевать, такъ что они ограничиваются жидкой и мягкой пищей. Вмѣстѣ съ тѣмъ изо рта распространяется зловонный запахъ. При дальнѣйшемъ изъязвленіи новообразованія могутъ разрушиться стѣнки сосудовъ и наступить *кровотеченія*, которыя иногда угрожаютъ жизни.

Вслѣдствіе затрудненнаго *принятія пищи*, болей, бессонницы, икрознаго распаденія рака больные мало по малу до такой степени ослабѣваютъ, что они погибаютъ отъ истощенія или отъ пневмоніи, которая нерѣдко развивается въ это время (смерть наступаетъ приблизительно черезъ 1—1½ года послѣ появленія первыхъ симптомовъ).

Распознаваніе иногда довольно трудно, такъ какъ изъязвившійся ракъ легко смѣшать съ *сифилитической* язвой. Однако, молодой возрастъ, частая локализанія сифилитическихъ язвъ на верхушкѣ языка, существующая съ самаго начала припухлость железъ, другія явленія си-

филиса, а также дальнейшее течение даютъ большую частью возможность поставить дифференціальный діагнозъ. Сравнительно труднѣ отличить ракъ отъ гуммы; въ пользу послѣдней говорятъ множественность узловъ, присутствіе старыхъ рубцовъ, другія явленія сифилиса и улучшеніе подъ вліяніемъ іодистаго калия, въ пользу же рака—сопутствующая лейкома или поверхностный глосситъ. Наконецъ, рѣшающее значеніе имѣетъ микроскопическое изслѣдованіе.

Предсказаніе въ общемъ неблагоприятно, но при ранней операціи иногда улучшается.

Леченіе. *Доброкачественныя* опухоли удаляются ножницами, гальванокаустической петлей, ножемъ или путемъ вылущенія, смотря по тому, сидятъ-ли онѣ на ножкѣ или распространяются въ подлежащую ткань; при кистахъ иногда достаточно удалить часть ихъ стѣнки.

При *злокачественныхъ* опухоляхъ необходимо удалить весь языкъ или часть его, захвативши и здоровую ткань; всякую подозрительную язву, всякій подозрительный узелокъ нужно своевременно вылущить. Если имѣется уже дѣло съ неоперабельнымъ ракомъ, то задача сводится къ тому, чтобы успокоить боли. *Butlin* особенно хвалитъ ежедневное, однократное или повторное, присыпаніе очищенной язвенной поверхности слѣдующею смѣсью: *Boracis* 0,2, *Jodoform.* 0,06, *Morphii muriat.* 0,01—0,03; при невыносимыхъ боляхъ совѣтуютъ также перерѣзку язычныхъ нервовъ. Противъ зловоннаго запаха, наряду съ противогнилостными полосканіями, примѣняютъ присыпку іодоформомъ, ортоформомъ или салициловой кислотой, либо вдыханія паровъ креозота. Пища должна быть мягкой консистенціи, нераздражающей; если и подобная пища вызываетъ боли, то прибѣгаютъ къ питательнымъ клизмамъ или къ кормленію черезъ зондъ.

Неврозы ротовой полости.

а) Разстройства чувствительности.

1. *Гипѣстезія и анестезія.* Онѣ зависятъ отъ центральныхъ заболѣваній (апоплексія, эмболія) или отъ периферическаго пораженія второй или третьей вѣтви тройничнаго нерва, либо бывають истерическаго происхожденія.

Симптомы. При питьѣ изъ стакана больнымъ кажется, будто край его отломанъ; попавшіе между щекой и деснами куски пищи не ощущаются ими, такъ что десны вслѣдствіе продолжительнаго раздраженія разрыхляются и легко кровоточатъ. При одновременномъ пораженіи языка присоединяются разстройства вкуса.

2. *Гиперѣстезія и невралгическія боли* тоже встрѣчаются при центральныхъ заболѣваніяхъ и истеріи, но обыкновенно зависятъ отъ невралгіи тройничнаго нерва.

Симптомы. Больные жалуются на болѣзненное ощущеніе въ ротовой полости на мѣстѣ верхнихъ зубовъ, въ верхней губѣ, небѣ, ноздрѣ

носа (gam. II), рѣже въ нижней челюсти, нижней губѣ, краѣ и кончикѣ языка (gam. III trigemini); въ очень рѣдкихъ случаяхъ боль сосредоточивается исключительно въ деснѣ или языкѣ (*glossodynia*). При этомъ наблюдаются въ видѣ приступовъ стрѣляющія боли, которыя черезъ нѣсколько минутъ проходятъ, а затѣмъ вскорѣ опять появляются; отдѣленіе слюны обыкновенно увеличено.

При *glossodynia*, которая тоже можетъ наступать въ видѣ приступовъ, но нерѣдко продолжается долгое время, иногда находятъ незначительныя измѣненія слизистой оболочки языка; въ особенности *Albert* ставитъ многіе случаи *glossodyniae* въ зависимости отъ „напилломы *rappillae foliatae*“ (см. выше), тогда какъ *Kaposi*. наблюдалъ ее при малокровіи, хлорозѣ, диспепсiи, дисменорреѣ и истеріи. *Schech* описалъ случаи, въ которыхъ боль иррадіровала съ зѣва (*pharyngitis lateral., granulosa*). Во всякомъ случаѣ, она въ большинствѣ случаевъ обуславливается, вѣроятно, неврозомъ язычныхъ нервовъ. О боляхъ при ракѣ языка была рѣчь уже выше.

Симптомы. Рѣчь и жеваніе болѣзненны.

3. *Парестезіи*, именно, чувство зуда, бѣганія мурашекъ, онѣмѣнія, жара, холода и проч., нерѣдко встрѣчаются совместно съ упомянутыми выше расстройствами чувствительности.

b) *Расстройства вкуса.*

1. *Anaesthesia gustatoria, ageusia.*

Она можетъ зависѣть, во-первыхъ, отъ механической причины, именно отъ сухости или сильнаго налета на языкѣ, которые мѣшаютъ вкусовымъ веществамъ дѣйствовать на сосочки; съ другой стороны, слишкомъ горячая или слишкомъ холодная пища можетъ до извѣстной степени заглушить вкусъ вслѣдствіе сильнаго раздраженія осязательныхъ нервовъ. Центральныя и периферическія заболѣванія тройничнаго нерва, язычнаго, барабанной струны (*chorda tympani*), лицевого и языко-глоточнаго нервовъ тоже могутъ обусловить потерю вкуса въ переднихъ $\frac{2}{3}$ и кончикѣ языка, resp. на корнѣ языка, небѣ и задней стѣнкѣ зѣва. Ампутація языка не ведетъ къ потерѣ вкуса (см. вкусъ, въ физиологической части).

2. *Hyperaesthesia gustatoria, hypergeusia.*

Hypergeusia встрѣчается у истерическихъ лицъ; они получаютъ вкусовые ощущенія и отъ такихъ предметовъ, которые вообще считаются лишенными вкуса. Обыкновенно при этомъ наблюдаются также извращенныя вкусовые ощущенія.

3. *Paraesthesia gustatoria, allotriogeusia.*

Больные смѣшиваютъ при этомъ различныя вкусовые ощущенія (сладкій, кислый, зеленый, горькій вкусъ), или же послѣднія появляются самостоятельно — т. наз. вкусовые галлюцинаціи, которыя у душевнобольныхъ нерѣдко обуславливаютъ бредъ отравленія. При параличѣ лицевого нерва больные иногда жалуются на горькій вкусъ во рту.

Распознаваніе этихъ различныхъ разстройствъ чувствительности и вкуса можетъ быть легко поставлено при объективномъ изслѣдованіи.

Леченіе сообразуется съ основнымъ страданіемъ; особенно показуется примѣненіе электричества.

е) *Сосудодвигательный неврозъ (Ангионеврозъ).*

Подъ этимъ названіемъ разумѣютъ острое отечное опуханіе губъ, языка, вѣкъ, щекъ, носа, которое наступаетъ послѣ простуды, травмы и пр., болшею частью же подъ вліяніемъ неизвѣстныхъ причинъ.

d) *Разстройства подвижности.*

1. *Параличи (парезы).* Параличи губъ, жевательныхъ и язычныхъ мышцъ зависятъ обыкновенно отъ центральныхъ разстройствъ; при параличѣ лицевого нерва *обыкновенно* наблюдается односторонній параличъ верхней, нижней или обѣихъ губъ, причемъ губные звуки выговариваются невнятно, свистаніе и тушеніе свѣчи невозможны. При *параличѣ* губъ слюна вытекаетъ изо рта, иногда также выпадаютъ куски пищи. Если парализованы жевательныя мышцы, что наблюдается почти исключительно при центральныхъ заболѣваніяхъ, то жеваніе плотной пищи крайне затруднительно или даже невозможно. Параличъ языка тоже бываетъ обыкновенно центральнаго происхожденія, хотя иногда дифтерія или свинцовое отравленіе, увеличеніе лимфатическихъ железъ, сифилисъ и другія причины могутъ вызвать периферическій параличъ подъязычнаго нерва.

При *одностороннемъ* параличѣ языка кончикъ высунутаго языка отклоняется въ парализованную сторону; если параличъ *обоюдосторонній*, то языкъ лежитъ неподвижно въ ротовой полости; при этомъ пища остается лежать на тыльной поверхности, если же ее продвигаютъ въ зѣвъ, то вслѣдствіе недостаточнаго замыканія его она возвращается обратно въ ротъ. При половинномъ параличѣ языка произношеніе язычныхъ звуковъ (д, т, н, л, р, с) неясно, при полномъ же параличѣ рѣчь становится шепелявой и непонятной.

2. *Судороги.* Судороги, частью клоническія, частью тоническія, встрѣчаются болшею частью въ языкѣ, рѣдко самостоятельно, обыкновенно какъ проявленіе общихъ нервныхъ болѣзней (хорея, эпилепсія, эклампсія, истерія); кромѣ того, онѣ наблюдаются при мимической и жевательной судорогѣ лица. При *клоническихъ* судорогахъ языкъ совершаетъ произвольныя движенія изъ стороны въ сторону, при клоническихъ же судорогахъ жевательныхъ мышцъ (при менингитѣ, дрожательномъ параличѣ и проч.) нижняя челюсть ударяется о верхнюю, причемъ слышится громкій стукъ зубовъ. *Erlenmeyer* описалъ одинъ случай, въ которомъ у *малокровнаго* субъекта языкъ по временамъ внезапно то оттягивался назадъ, то выдвигался впередъ; приступы эти продолжались нерѣдко нѣсколько часовъ. Подъ вліяніемъ брома и желѣза наступило выздоровленіе. У дру-

того больного наблюдалась, нерѣдко по цѣлымъ часамъ, судорога языка (судорожное приподнятіе его съ чувствомъ напряженія въ области гортани), которая, однако, никогда не наступала при ѣдѣ и разговорѣ. При *тоническихъ* судорогахъ языкъ придавливается къ твердому небу, выталкивается изо рта или судорожно оттягивается до надгортанника, такъ что можетъ наступить затрудненіе дыханія (*Thomas*); при тоническихъ судорогахъ жевательныхъ мышцъ послѣднія представляются сильно сокращенными, твердыми какъ доска, челюсти же плотно сжатыми (*тризмъ*). Само собою разумѣется, что во всѣхъ этихъ случаяхъ ѣда и рѣчь затруднены.

Распознаваніе не представляетъ никакихъ затрудненій.

Предсказаніе различно, смотря по причинѣ.

При *леченіи* необходимо прежде всего обратить вниманіе на причину; при тризмѣ можетъ потребоваться искусственное кормленіе посредствомъ зонда, введеннаго черезъ носъ.

При параличахъ примѣняютъ электричество.

Инородныя тѣла и конкременты (слюнные камни).

Этіологія. Инородныя тѣла попадаютъ вслѣдствіе поврежденій, либо извнѣ, либо изнутри, въ железы или выводящіе протоки ихъ и затѣмъ служатъ ядромъ для образованія слюннаго камня. При этомъ принимаетъ участіе главнымъ образомъ *leptothrix buccalis*, который обладаетъ способностью выдѣлять изъ всѣхъ ея соединений въ видѣ углекислой извести. *Слюнные камни* бываютъ величиною отъ горошины до грецкаго орѣха и помѣщаются либо въ выводномъ протокѣ, который они закупориваютъ (чаще всего протокъ подчелюстной железы), либо въ ткани железы.

Явленія, соотвѣтственно этому, суть: заставаніе слюны позади камня и припуханіе железы; она становится болѣзненной особенно при давленіи, и если камень не выдѣлится самъ собою или не будетъ удаленъ искусственнымъ путемъ, то боли усиливаются и наступаетъ нагноеніе железы, которое можетъ повести къ образованію слюнныхъ свищей.

Распознаваніе основывается, помимо указанныхъ признаковъ, на непосредственномъ опредѣленіи камня при помощи зонда, введеннаго въ выводной протокъ железы; камень при этомъ ощущается въ видѣ шероховатой, песчаной массы. Если существуетъ воспалительная припухлость, то процессъ можно иногда смѣшать съ *angina Ludovici*; для послѣдняго заболѣванія характерны, однако, лихорадка, расстройство общаго состоянія, сильныя боли при глотаніи или одышка.

Предсказаніе благоприятно.

Леченіе. Предварительно назначаютъ пилокарпинъ; если средство это не помогаетъ, то расширяютъ выводной протокъ или, если это невозможно въ достаточной степени, расщепляютъ его по желобоватому зонду. Нарывъ нужно, конечно, вскрыть, причемъ выдѣляется и камень; послѣдній

бываетъ обыкновенно слегка бугристымъ и на разрѣзѣ состоитъ изъ отдѣльныхъ словъ.

Паротитъ (*и воспаленіе подчелюстныхъ и подъязычныхъ слюнныхъ железъ*).

Этіологія. Воспаленіе слюнныхъ железъ развивается, какъ уже сказано выше, вслѣдствіе попаданія въ выводящій протокъ или въ ткань ихъ инородныхъ тѣлъ, а также возбудителей воспаленія; далѣе, оно происходитъ вслѣдствіе распространенія воспаленія съ прилежащей слизистой оболочки. Воспаленіе околоушной железы встрѣчается также эпидемически въ видѣ контагіозной заразной болѣзни (*свинка, заушница*), инкубационный періодъ которой равняется 4 — 14 днямъ. Болѣзнь эта наблюдается обыкновенно у дѣтей въ возрастѣ 2 — 15 лѣтъ, и притомъ чаще у мальчиковъ, нежели у дѣвочекъ; грудныя дѣти и старики почти совершенно невосприимчивы. *Вторичное* или метастатическое воспаленіе, которое обыкновенно ведетъ къ нагноенію, встрѣчается при тифѣ, скарлатинѣ и другихъ заразныхъ болѣзняхъ, а также у раковыхъ больныхъ и послѣ оваріотоміи.

Симптомы. При эпидемическомъ паротитѣ обыкновенно наблюдаются продромальныя явленія (легкая лихорадка, познабливаніе, разбитость, потеря аппетита), къ которымъ вскорѣ присоединяется усиливающаяся въ ближайшіе дни, но въ общемъ незначительная, *боль* впереди уха, которая ощущается при открываніи рта, въ особенности же при разговорѣ и жеваніи. Область околоушной железы впереди и подъ ухомъ, или между вѣтвью нижней челюсти и сосцевиднымъ отросткомъ, представляется припухшей, такъ что ушная раковина оттопыривается; при ощупываніи опредѣляется обыкновенно мягкая, тѣстоватая припухлость, которая можетъ распространиться на соотвѣтственную сторону лица, или также внизъ на шею. Больные плохо открываютъ ротъ, держать голову неподвижно; при чаще встрѣчающейся односторонней формѣ она повернута въ большую сторону. Иногда наблюдаются шумъ въ ушахъ и тупость слуха.

Наряду съ околоушной железой могутъ заболѣть также обѣ другія слюнные железы, *подъязычная* и *подчелюстная*; кромѣ того, наблюдается припухлость шейныхъ и подмышечныхъ лимфатическихъ железъ, а также селезенки. Иногда присоединяются опуханіе яичка (извѣстное уже Гиппократу — *orchitis parotidea*), острый отекъ кожи на мошонкѣ и водянка яичка, resp. опуханіе яичниковъ и воспаленіе вульвы и влагалища.

Теченіе. Если припухлость или послѣдовательный отекъ распространяются внутрь, то процессъ можетъ перейти на глотку, миндалины и даже гортань и вызвать рѣзкія расстройства дыханія.

Рѣдко эпидемическій паротитъ ведетъ къ нагноенію или осложняется воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ, гемиплегіей и другими тяжелыми расстройствами. Продержавшись въ продолженіе 3 — 6 дней, явленія обыкновенно вскорѣ проходятъ, такъ что спустя 1 — 2 недѣли наступаетъ выздоровленіе. Если происходитъ нагноеніе, какъ это обыкновенно бываетъ при

метастатической формѣ, при которой железа съ самаго начала оказывается болѣе плотной, то боли рѣзко усиливаются, кожа надъ железой краснѣетъ, и нарывъ, если онъ не будетъ своевременно вскрытъ, самъ собою вскрывается въ наружный слуховой проходъ, ротовую полость, зѣвъ и проч. При этомъ обыкновенно оказываются нагноившимися не только дольки железы, но и междольчатая соединительная ткань. Нерѣдко присоединяется пораженіе прилежащаго лицевого нерва, такъ что картина можетъ осложниться параличемъ отдѣльныхъ лицевыхъ мышцъ на соответственной сторонѣ; далѣе, могутъ наступить тромбозъ венъ, костоѣда лицевыхъ и черепныхъ костей, гангрена, гноекровіе.

Распознаваніе не представляетъ никакихъ затрудненій; въ крайнемъ случаѣ, болѣзнь можно бы смѣшать съ *опухолями околоушной железы*. Вслѣдствіе разрошенія тканей, входящихъ въ составъ железы, развиваются хотя и рѣдко, гипертрофіи ея; далѣе, встрѣчаются кисты, которыя образуются вслѣдствіе закупорки выводного протока, иногда сидятъ на околоушной железѣ и могутъ достигать размѣровъ воложскаго орѣха. Онѣ плотны или даютъ зыбленіе. Наичаще наблюдаются хондромы, которыя состоятъ изъ настоящаго гіалиноваго хряща (*König*) и образуютъ на поверхности одно или многодольчатые узлы; нерѣдко встрѣчаются также миксосаркомы, миксохондромы, фибромиксохондромы и др. смѣшанныя формы.

Ракъ, который наблюдается преимущественно въ преклонномъ возрастѣ въ видѣ скирра или мозговика, образуетъ плотныя, бугристыя опухоли и сопровождается опуханіемъ лимфатическихъ железъ.

Опухоли подчелюстной железы рѣдки, еще рѣже онѣ развиваются въ подъязычной железѣ. На 441 случай опухолей слюнныхъ железъ, собранныхъ изъ литературы *Vöhm*'омъ, въ 372-хъ опухоль занимала околоушную железу, въ 34-хъ подчелюстную и всего въ 5-ти подъязычную железу; большею частью имѣлось дѣло съ смѣшанными опухолями.

Предсказаніе при заушницѣ благопріятно. При метастатическомъ паротитѣ предсказаніе различно въ зависимости отъ основной болѣзни и смотря по тому, въ какое время онъ осложняетъ послѣднюю; чѣмъ раньше онъ наступаетъ, тѣмъ хуже предсказаніе, между тѣмъ какъ развивающійся въ періодъ выздоравливанія метастатическій паротитъ имѣетъ менѣе серьезное значеніе.

Леченіе. При заушницѣ пораженную железу закрываютъ ватой; противъ сильной лихорадки назначаютъ хининъ, салициловую кислоту, противъ заповровъ слабительныя и проч., при распространеніи воспалительнаго процесса на зѣвъ дѣлаютъ насѣчки; если образуется нарывъ, то его нужно своевременно вскрыть.

Въ остальномъ леченіе сообразуется съ основною болѣзью.

Angina Ludovici.

Этіологія. Болѣзнь эта, впервые описанная вюртембергскимъ врачомъ *Ludwig*'омъ (1836 г.), состоитъ въ воспалительной *инфильтраціи*

подчелюстной и верхней шейной области и развивается, вѣроятно, вслѣдствіе видренія микроорганизмовъ черезъ лишенную эпителиа часть слизистой оболочки рта. Соответственно этому, въ этиологіи ея играютъ роль различныя поврежденія слизистой оболочки, далѣе, въ особенности, заразныя болѣзни (скарлатина, корь, тифъ, дифтерія), а также сопровождающіеся опуханіемъ подчелюстной железы флегмонозные, рожистые и т. п. процессы ротовой полости и зѣва. Подобно тому, какъ и раньше въ Вюртембергѣ, болѣзнь эта лѣтъ 8 тому назадъ наблюдалась въ видѣ эпидеміи въ Берлинѣ. Встрѣчается она во всѣхъ возрастахъ.

Симптомы. При умѣренной лихорадкѣ, или же безъ лихорадки, кпереди и кнутри отъ угла нижней челюсти, обыкновенно съ одной стороны, появляется плотная, ясно прощупываемая болѣзненная *припухлость*, которая постепенно распространяется кпереди, кзади и книзу, такъ что въ концѣ-концовъ вся передняя половина шеи можетъ быть занята твердой, какъ доска, инфильтраціей, на мѣстѣ которой кожа неподвижна, сначала нормальнаго цвѣта, а затѣмъ постепенно краснѣетъ. *Боли* при глотаніи усиливаются, открываніе рта становится все болѣе затруднительнымъ; при дальнѣйшемъ распространеніи процесса наступаетъ отекъ слизистой оболочки гортани, который вмѣстѣ съ прижатіемъ дыхательнаго горла подъ вліяніемъ инфильтрата можетъ повести къ очень сильной *одышкѣ*. Давленіе на яремную вену вызываетъ синюху лица, головокруженіе; можетъ наступить также закупорка вены и въ зависимости отъ этого воспаленіе мозговыхъ оболочекъ. Въ одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ появляется зыбленіе, и при разрѣзѣ выдѣляется буроватый гной съ омертвѣлыми клочьями; въ тяжелыхъ случаяхъ наступаетъ гангрена. Если процессъ протекаетъ остро и присоединяется къ и безъ того уже тяжелымъ болѣзнямъ, то нерѣдко наступаетъ смерть вслѣдствіе истощенія, задушенія или гноекровоія.

Распознаваніе вначалѣ можетъ иногда колебаться между *angina Ludovici* и флегмоной подчелюстной железы, однако въ послѣднемъ случаѣ воспалительный процессъ занимаетъ гораздо болѣе ограниченную область; актиномикозъ исключается какъ на основаніи теченія болѣзни, такъ и на основаніи изслѣдованія гноя.

Предсказаніе сравнительно благопріятно, если, по возможности, своевременно примѣняется соответственное леченіе; даже въ далеко зашедшихъ случаяхъ возможно еще выздоровленіе, хотя при неблагопріятныхъ условіяхъ, какъ уже сказано, въ такихъ случаяхъ вслѣдствіе различныхъ причинъ можетъ наступить смерть.

Леченіе вначалѣ противовоспалительное; если не наступаетъ разрѣшенія, то нужно, во всякомъ случаѣ, по возможности рано сдѣлать разрѣзъ, такъ какъ этимъ лучше всего предотвращаются пораженіе гортани и общее зараженіе. Далѣе, въ случаѣ надобности, даютъ жаропонижающія, возбуждающія, дѣлаютъ насѣчки на отечной слизистой оболочкѣ гортани или трахеотомію.

ЧАСТЬ II.

Болѣзни зѣва.

Анатомія зѣва.

Глотка (*pharynx*) представляетъ въ своей верхней части желобъ, который сообщается спереди съ носовою полостью, ртомъ и гортанью и позади голосовой щели послѣдней переходитъ въ замкнутую со всѣхъ сторонъ, воронкообразно суживающуюся книзу *полость*. Она начинается у основанія черепа и простирается до нижняго края 6-го шейнаго позвонка или, говоря иначе, приблизительно до нижняго края перстневиднаго хряща.

Самая верхняя часть глотки, т. назыв. *носоглотка*, представляетъ пространство величиною съ грецкій орѣхъ съ закругленными краями, которое при горизонтальномъ положеніи небной занавѣски имѣетъ почти форму куба. Верхняя стѣнка ея, сводъ (*fornix*), безъ ясныхъ границъ переходитъ дугообразно въ *заднюю стѣнку*, которая, въ свою очередь, только на уровнѣ *tuberculum anticum* перваго шейнаго позвонка представляетъ плоскую поверхность. Послѣдняя соотвѣтствуетъ передней поверхности позвоночника, съ которою слизистая оболочка соединена посредствомъ рыхлой клѣтчатки.

На мѣстѣ перехода свода въ *боковыя стѣнки* находится съ каждой стороны болѣе или менѣе глубокое вдавленіе, *Rosenmüller*'овская *ямка*, кнаружи отъ которой помѣщаются отверстія *Евстахіевыхъ трубъ* (рис. 17). Передній край этихъ отверстій, которыя имѣютъ воронкообразную или щелевидную форму и направлены кпереди и книзу, переходитъ въ *plica salpingo-palatina*; отъ задняго края Евстахіевой трубы направляется внизъ по боковой стѣнкѣ *plica salpingo-pharyngea*, которая перекрещивается съ заднимъ краемъ *m. levator veli palatini* и идетъ затѣмъ къ задней небной дужкѣ.

Передняя стѣнка соотвѣтствуетъ заднему отверстию носовой полости, *хоанамъ*, нижняя же образуется подвижной небной занавѣской.

Слизистая оболочка покрываетъ на сводѣ наружную поверхность основанія черепа въ формѣ трапеціи, которая обхватываетъ наружныя отверстія сонныхъ каналовъ (*canales carotici*), кпереди простирается до хоанъ, а по бокамъ переходитъ за *sulcus petro-basilaris* (рис. 18). Это наиболѣе важная и въ патологическомъ отношеніи имѣющая наибольшее значеніе область глотки.

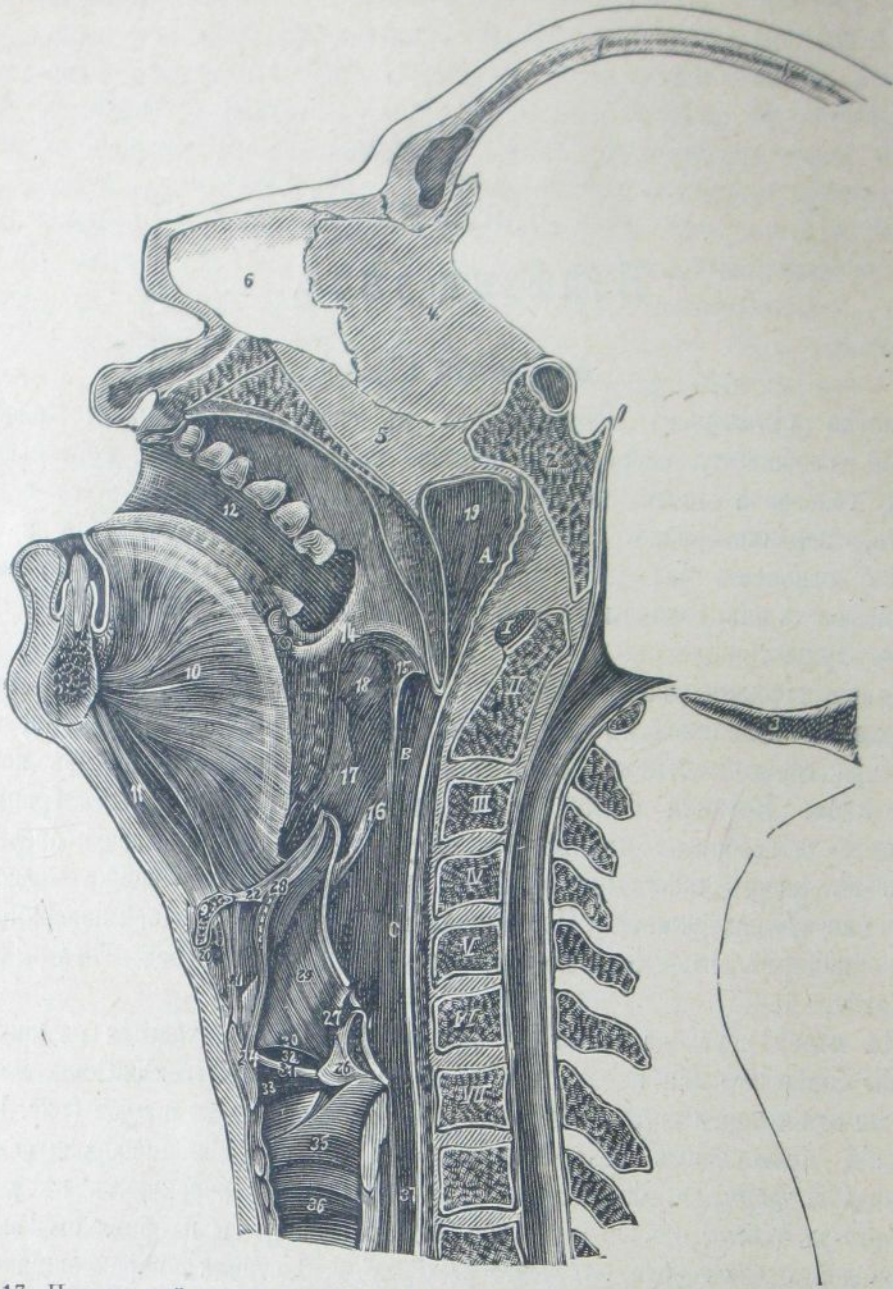


Рис. 17. Продольный разрезъ головы и шеи, на которомъ видны полость глотки и придаточныя части ея (*Luschka*). 1) лобная кость; 2) тѣло клиновидной кости; 3) затылочная кость; 4) lamina perpendicularis рѣшетчатой кости; 5) сошникъ; 6) cartilag. quadrangul.; 7) верхняя челюсть; 8) нижняя челюсть; I — VII шейные позвонки; 9) подъязычная кость; 10) m. genioglossus; 11) m. geniohyoideus; 12) отверстие duct. Stenopiani; 13) небная занавѣска; 14) передняя небная дужка; 15) задняя небная дужка; 16) arcus pharyngo-epiglotticus; 17) interstitium arcuarium; 18) миндалевидная железа; 19) глоточное отверстие Евстахіевой трубы; А. носоглоточное пространство; В. глоточно-ротовое пространство; С. глоточно-гортанное пространство; 20) bursa mucosa subhyoidea; 21) membrana hyo-thyreoidea; 22) membrana hyo-epiglottica; 24) щитовидный хрящъ; 25) перстневидный хрящъ; 26) черпаловидный хрящъ; 27) Врисберговъ хрящъ; 28) надгортанникъ; 29) plica ary-epiglottica; 30) ложная голосовая связка; 31) истинная голосовая связка; 32) ventriculus Morgagni; 33) m. thyreo-arytenoideus; 34) m. crico-arytenoideus; 35) m. arytenoideus transversus; 36) дыхательное горло; 37) пищеводъ.

Аденоидная ткань глотки, состоящая из съединительной ткани, въ петляхъ которой заложено множество лимфатическихъ тѣлецъ, распределенныхъ диффузно или въ видѣ замкнутыхъ фолликуловъ (рис. 19), расположена въ видѣ кольца, т. назыв. *Waldeyer'овскаго лимфатическаго кольца*. Последнее образуется обѣими небными миндалинами, которыя внизу соединены между собою посредствомъ язычнаго миндалика, тогда какъ вверху оно замыкается глоточнымъ миндаликомъ и его продолженіями.

Вполнѣ развитый глоточный миндаликъ встречается почти исключительно у дѣтей или, по крайней мѣрѣ, до періода половой зрѣлости, тогда какъ у взрослыхъ находятъ только остатокъ его, болѣе или менѣе напоминающій первоначальную форму.

Глоточный миндаликъ состоитъ изъ нѣсколькихъ складокъ, которыя расположены болѣею частью вполнѣ симметрически по обѣимъ сторонамъ срединной борозды, въ числѣ 4—6, причѣмъ онѣ раздѣлены глубокими желобами; складки эти, по мѣрѣ приближенія къ наружному краю, становятся короче и представляютъ слегка вогнутый кнутри изгибъ.

Отдѣльныя складки, бывающія толщиной до 0,7—1 см., могутъ быть нерѣдко развернуты подобно листамъ книги; иногда отдѣльныя смежныя складки мѣстами сжаты между собою мостикообразными соединеніями, такъ что образуются небольшіе карманы и пазухи (рис. 21).

Срединную борозду называютъ также *recessus medius*, боковыя же *recessus laterales*. Срединная борозда представляетъ обыкновенно наиболѣе долго сохраняющуюся часть миндалика, хотя она и не всегда удерживается

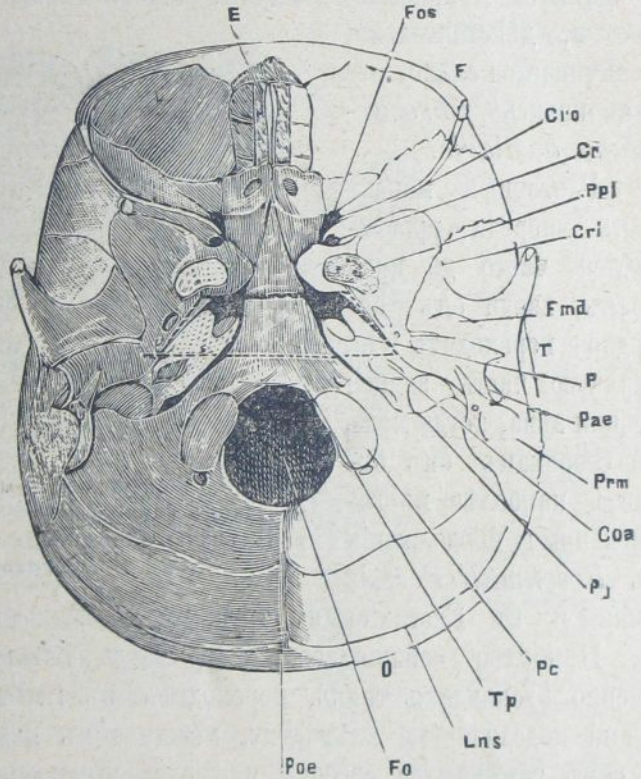


Рис. 18. Основаніе черепа (*Henle*); нарисованная трапеція обнимаетъ покрытую слизистой оболочкой часть основанія черепа.

- | | |
|---|----------------------------|
| Cca. Canalis caroticus. | O. Os occipitale. |
| Cr. Canalis rotundus. | P. Pyramis ossis temporum. |
| Cri. Crista infratemporalis. | Pae. Porus acust. ext. |
| Cro. Crista orbital. alae temporis oss. sphenoid. | Pc. Processus condyloid. |
| E. os ethmoideum. | Pj. Process. jugul. |
| F. os frontis. | Ppt. Process. pterygoid. |
| Fmd. Fossa mandibularis. | Prm. Proc. mastoid. |
| Fo. Foramen occipitale. | Tp. Tubercul. pharyng. |

живасть свою первоначальную длину и форму; иногда она бывает укорочена, иногда же представляется въ видѣ широкаго слѣпного углубленія, расположеннаго по срединной линіи глоточнаго свода, ближе кпереди или къзади. Въмѣстѣ съ тѣмъ у взрослыхъ нерѣдко наблюдаются тамъ и сямъ отдѣльныя ямки, величиною отъ булавочной головки до чечевицы, которыя представляютъ остатки первоначальныхъ бороздъ. Упомянутое выше слѣпое углубленіе (остатокъ *recessus medii*), съ которымъ иногда сообщаются и боковыя трещины, носить также названіе *bursa pharyngea* и, дѣйствительно, оканчивается слѣпо, ограничиваясь *fibrocartilago basilaris*.

Глоточный миндаликъ кпереди простирается часто до края хоанъ, къзади онъ нерѣдко переходитъ на верхнюю часть задней стѣнки зѣва, тогда какъ по сторонамъ онъ отдаетъ наиболѣе многочисленныя продолженія въ *Rosenmüller*'овскія ямки и къ Евстахіевымъ трубамъ.

Наиболѣе важная составная часть *слизистой оболочки* глотки, именно аденоидная ткань, переходитъ въ глубинѣ въ лишенную жировой ткани подслизистую кѣтчатку, между тѣмъ какъ на поверхности ея тамъ и сямъ замѣчаются сосочки или едва выраженные пирамидальныя возвы-

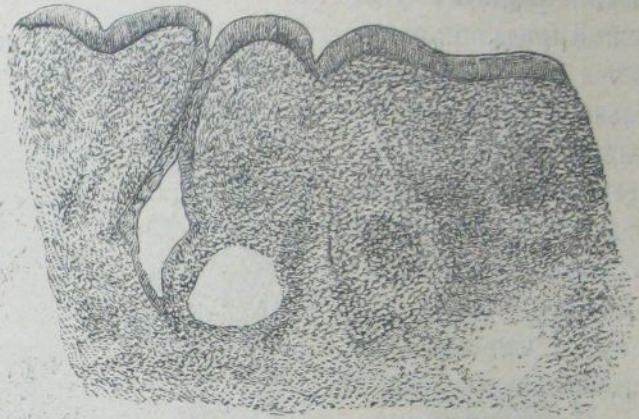


Рис. 19. Вертикальный разрѣвъ черезъ глоточный миндаликъ (микроскопическій препаратъ), на которомъ видны образованіе фолликуловъ и диффузная инфильтрація.



Рис. 20. Фронтальное изображеніе носоглоточной полости (*Luschka*); образованіе продольныхъ трещинъ въ аденоидной ткани.

- 1) *proc. pterygoid*; 2) разрѣвъ сошника; 3) задній конецъ свода носовой полости; 4) глоточное отверстіе Евстахіевой трубы; 5) отверстіе *bursae pharyngeae*; 6) *recessus pharyngeus*, *Rosenmüller*'овская ямка; 7) аденоидная ткань съ продольными трещинами.

шенія. Сводъ носоглоточнаго пространства до плоскости передняго края *foramen occipitale magnum*, задняя стѣнка и боковыя стороны выстланы мерцательнымъ эпителиемъ, тогда какъ носовая поверхность небной занавѣски покрыта плоскимъ эпителиемъ (*Luschka*). *Rüdinger*, однако, нашелъ и здѣсь мерцательный эпителий. Гроздевидныя слизистыя железы

встрѣчаются въ наибольшемъ количествѣ на задней стѣнкѣ и боковыхъ сторонахъ носоглотки, особенно въ области *Rosenmüller*'овскихъ ямокъ. Кроме того, на задней стѣнкѣ встрѣчаются отдѣльныя мѣшчатыя железы, т. е. небольшія выпячиванія слизистой оболочки, окруженныя аденонидною тканью въ разлитой формѣ или въ видѣ фолликулъ.

Артеріи. *A. pharyngea suprema*, начинающаяся отъ *a. nasalis posterior* (послѣдняя представляетъ вѣтвь *a. maxillaris internae*), идетъ къ верхней стѣнкѣ хоаны и глотки. *A. vidiana* начинается отъ *a. palatina descendens* (тоже вѣтвь *a. maxill. int.*) и направляется къ самой верхней части глотки и къ окружности глоточнаго отверстія Евстахіевой трубы.

A. pharyngea ascendens, берущая начало отъ *art. carotis externa*, идетъ вверхъ до основанія черепа и отдаетъ по одной вѣтви для *pars nasalis*, *oralis*, и *laryngea pharyngis*. Первая вѣтвь загибается на основаніи черепа и идетъ внизъ около бокового края *pars nasalis*, причемъ отдаетъ вѣтви задней части небной занавѣски и Евстахіевой трубы. *Rami basillares*, которые представляютъ развѣтвленія концевой части *a. pharyng. ascend.*, направляются черезъ различныя отверстія основанія черепа.

Рис. 21 показываетъ часто встрѣчающееся у взрослыхъ растрескиваніе аденонидной ткани.



Вены глотки образуютъ сплетеніе, *plexus venosus pharyngis*, ко-

торое расположено между сжимающими мышцами (*m. constrictores*) и *fascia externa* и сообщается съ венами позвоночника и неба.

Лимфатическіе сосуды верхняго отдѣла глотки соединяются съ лимфатической железой, которая лежитъ вблизи основанія черепа между *m. rectus capitis anticus major* и соответствующимъ ей желобомъ на задней стѣнкѣ глотки. Припуханіе этой железы можетъ вызвать выпячиваніе стѣнки глотки, нагноеніе же ея можетъ повести къ образованію заглоточнаго нарыва.

Нервы носоглоточнаго пространства суть *rr. pharyngei n. trigemini, vagi* и *accessorii*.

Pars oralis глотки ограничивается спереди переднею поверхностью небной занавѣски и задними небными дужками (*arcus pharyngo-palatini*), сбоку пазухами, которыя лежатъ между дужками, снизу воображаемою плоскостью, проведенною черезъ подъязычную кость, сзади же слизистой оболочкою, покрывающею 2-й и 3-й шейные позвонки.



- 1) fibrocartilago basill.
- 2) fascia pharyng. int.
- 3) constrictor pharyng. superior.
- 4) lacunae tonsill.
- 5) Перерѣзанные фолликулы и мѣшчатыя железы.
- 6) Слизистыя железы.

Рис. 22. Сагиттальный разрѣвъ глоточнаго миндалика (2/1).

Небная занавѣска, velum palatinum, свѣшивается въ видѣ продолженія твердаго неба кзади и книзу, причемъ передняя поверхность ея, какъ съ боковъ, такъ и сверху внизъ, слегка вогнута, задняя же соотвѣтственно выпукла. Верхняя часть ея, вслѣдствіе присутствія толстаго мышечнаго слоя и множества гроздевидныхъ железъ, толщиною около 1 см., тогда какъ нижняя часть, которая не содержитъ мышцъ, сравнительно тонка. Длина небной занавѣски равна $2\frac{1}{2}$ — 3 см. Сбоку и книзу она ограничена съ каждой стороны обѣими *небными дужками* — переднею, *arcus glosso-palatinus*, которая начинается отъ *sulcus alveolo-lingualis* и позади послѣдняго коренного зуба отъ бокового края языка, и заднею, *arcus pharyngo-palatinus*, которая соединяется съ боковыми стѣнками глотки. У своего основанія обѣ дужки отстоятъ другъ отъ друга приблизительно на ширину пальца, по направленію же кверху онѣ постепенно сближаются и затѣмъ, слившись между собою, оканчиваются у язычка, гсп. образуютъ боковой край его. Это мѣсто представляется обыкновенно очень тонкимъ и слегка просвѣчивающимъ, потому что слизистая оболочка, не содержащая мышцъ, образуетъ здѣсь лишь дубликатуру и очень бѣдна железами. Передняя небная дужка, представляющая дубликатуру слизистой оболочки, содержащую *m. glosso-palatinus*, лежитъ своимъ краемъ приблизительно на 1 см. выше и болѣе кнаружи, чѣмъ задняя.

Язычекъ (uvula) находится по срединѣ небной занавѣски и свѣшивается въ видѣ кругловатаго, гладкаго образованія, длиною въ 2 см. Въ углубленіи между небными дужками (*interstitium arcuarium*) помѣщается съ каждой стороны миндалина, *tonsilla palatina*, представляющая то полушаровидной формы, то болѣе плоскій железистый органъ, на поверхности котораго находятся большей или меньшей величины отверстія. Обѣ миндалины соединяются между собою посредствомъ язычнаго миндалика, расположеннаго на корнѣ языка.

Отверстія на поверхности миндалинъ соотвѣтствуютъ устьямъ *лакунъ (fossulae)*, которыя представляютъ собою впячиванія слизистой оболочки.

Мышцы небной занавѣски.

1. *M. tensor veli palatini* или *spheno-salpingo-staphylinus* начинается частью отъ клиновидной кости, именно, отъ внутренней стороны *spina angul.* большого крыла и отъ верхняго конца задняго края внутренней пластинки крыловиднаго отростка, частью отъ Евстахіевой трубы и прикрѣпляется при помощи сухожилія, огибающаго *hamulus proc. pteryg.*, въ видѣ апоневроза къ заднему краю твердаго неба; середина этого апоневроза составляетъ продолженіе *spina nasal. post.* и служитъ мѣстомъ начала *m. azygos uvulae*. Мышца эта напрягаетъ небную занавѣску и расширяетъ Евстахіеву трубу.

2. *M. levator veli palatini* s. *petro-salpyngo-staphylinus* начинается частью отъ хрящевой части Евстахіевой трубы, главнымъ же образомъ отъ передней окружности *apertura externa canalis carotici* и образуетъ въ

небной занавѣскѣ выпуклую книзу петлю, заложенную между обѣими пластинками слизистой оболочки. Идущіе съ обѣхъ сторонъ фронтальные мышечные пучки перекрещиваются между собою и въ передней, прилежащей къ твердому небу, части раздвигаются въ срединной плоскости сагиттальными пучками *m. azygos uvulae*, который они обхватываютъ дальше книзу въ видѣ петли.

3. *M. azygos uvulae* начинается отъ сухожильной пластинки *m. tensor veli palat.* и представляетъ первоначально двойную, впоследствии же непарную мышцу, которая образуетъ основу языка и иногда болѣе или менѣе сохраняетъ расщепленную форму (*uvula bifida*). *Rüdingер*, изслѣдовавшій эту мышцу на сагиттальныхъ и фронтальныхъ разрѣзахъ, убѣдился, что она въ задней, resp. нижней части распадается въ видѣ мышечнаго плетения; въ промежуткахъ этого плетения заложены слизистыя железы, выводные протоки которыхъ направляются къ передней поверхности неба, такъ что мышца эта служитъ для сжиманія протоковъ. Обѣ половины мышцы нерѣдко ассиметрически развиты, отъ чего зависитъ часто наблюдаемое косоое положеніе язычка.

Главная мышечная масса небной занавѣски лежитъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ передняго, болѣе сухожильнаго конца ея и образуется, помимо *m. levatores veli palatini*, еще *mm. glosso- et pharyngo-palatini*.

Послѣднія мышцы распадается у бокового края небной занавѣски на болѣе тонкую, нижнюю часть, которая теряется между группами гроздевидныхъ железъ, и на болѣе толстую, верхнюю часть, которая дугообразно перекрещивается съ *m. levator veli palatini*; отдѣльныя волокна послѣ перекрещиванія ихъ соединяются съ *m. levator et tensor veli palat.* и внутри небной занавѣтки вступаютъ въ связь съ соответствующими мышечными пучками другой стороны (рис. 24).

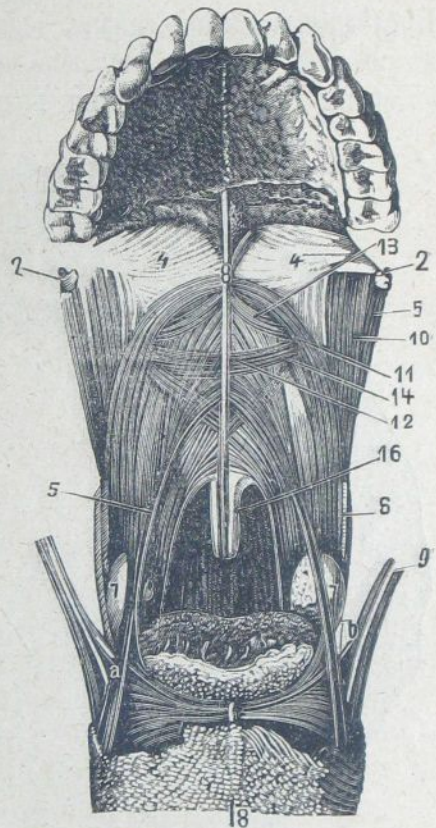


Рис. 23. Мышцы небной занавѣски спереди (*Luschka*).

- 1) Твердое небо; 2) *hamulus pterygoid.*; 3) *septum veli palat.*; 4) небный апоневрозъ; 5) *m. pterygopharyng.*; 6) фронтальный разрѣзъ верхней сжимающей мышцы; 7) миндалина; 8) языкъ съ *m. transversus ling.*; 9) *m. styloglossus*; а) продольный, б) поперечный слой ея; 10) *m. pharyngo-palatin.*; 11) *m. thyro-palatin.*; 12) соединеніе *levator veli*; 13) пучокъ ихъ, прикрѣпляющійся къ *septum veli (raphe)*; 14) пучки ихъ, перекрещивающіеся по срединѣ; 15) *m. glosso-palatinus*; а) продольный, б) поперечный язычный конецъ ея, в) конецъ ихъ, дугообразно сливающимійся съ пучками противоположной стороны, д) самостоятельный наружный небный конецъ *m. glosso-palatinus*; 16) *m. azygos uvulae*.

На нижнемъ концѣ истонченной уже небной занавѣски на задней поверхности ея ясно выступаетъ въ видѣ кругловатаго, брюшистаго утолщенія *m. azygos uvulae*.

Небная занавѣска содержитъ очень много *гроздевидныхъ железъ*. Последнія особенно сильно развиты въ наиболѣе переднемъ отдѣлѣ, прилегающемъ къ твердому небу и почти лишенномъ мышць, и, кромѣ того, разсыяны между мышцами нижнихъ отдѣловъ, причеь выводные про-

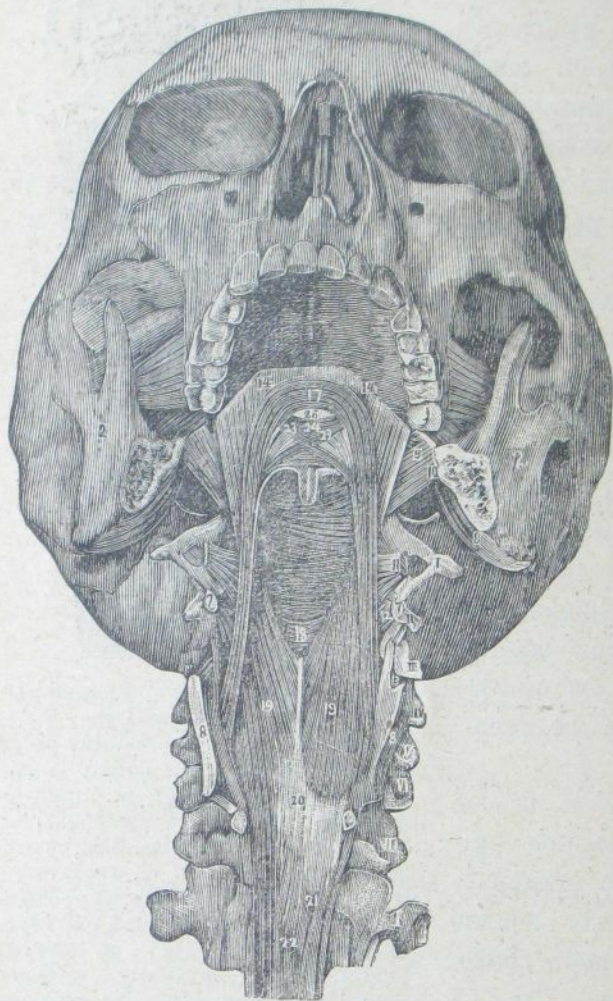
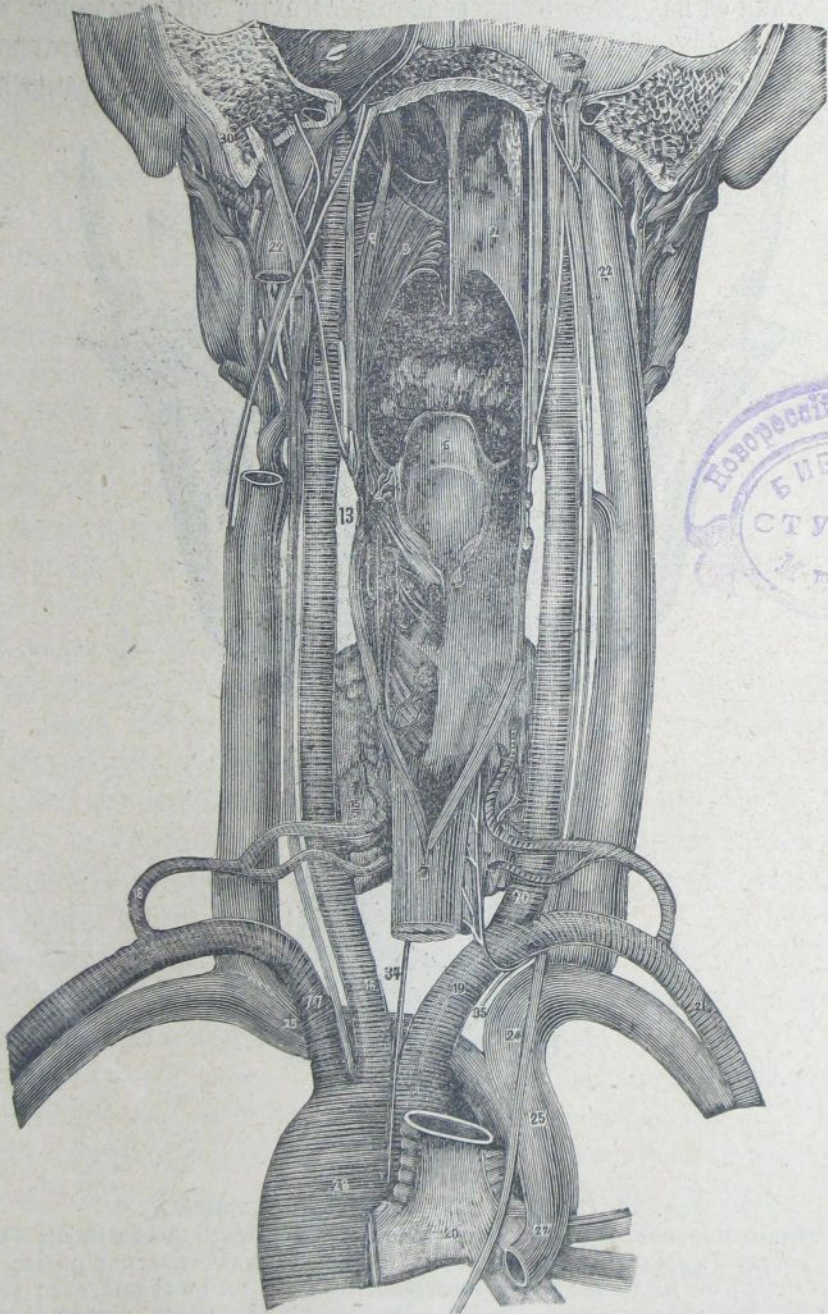


Рис. 24. I — VII шейные позвонки.

- 1) Первый грудной позвонокъ;
- 2) вѣтвь нижней челюсти;
- 3) *m. pterygoid. int.*;
- 4) *m. pterygoid. ext.*;
- 5) *hamulus pterygoid.*;
- 6) *ligam. pterygo-mandibulare*;
- 7) отрѣзокъ большого рожка подъязычной кости;
- 8) боковая пластинка щитовиднаго хряща;
- 9) *m. bucco-pharyngeus*;
- 10) *m. mylo-pharyng.*;
- 11) *m. glosso-pharyngeus.*;
- 12) *m. hyo-pharyng.*;
- 13) *m. thyreo-pharyng.*;
- 14) небный апоневрозъ;
- 15) *m. thyreo-palatin.*;
- 16) *m. pharyngo-palatin.*;
- 17) соединеніе *m. thyreo-palatin* въ небной занавѣскѣ;
- 18) соединеніе *m. pharyngo-palatin* на задней стѣнкѣ зъва;
- 19) волокна *m. thyreo-pharyngo-palatin.*, прилегающія къ срединной сухожильной нити;
- 20) эластической апоневрозъ этой мышцы;
- 21) продольныя волокна, переходящія на внутреннюю сторону круговиднаго мышечнаго слоя пищевода;
- 22) круговидный мышечный слой пищевода;
- 23) пучокъ сжимающей мышцы на задней стѣнкѣ *pars oralis pharyngis*;
- 24) соединеніе *m. levatores veli palatini*;
- 25) перекрещивающіеся пучки ихъ;
- 26) ш. *azygos uvulae* (*Luschka*).

токи ихъ открываются на передней поверхности небной занавѣски небольшими отверстиями, окруженными слегка возвышеннымъ валикомъ. Мышечные пучки, при сокращеніи ихъ, оказываютъ давленіе на железы, подобно тому, какъ *m. azygos uvulae* сжимаетъ железы, расположенныя въ язычкѣ. Кромѣ этихъ внутримышечныхъ железъ, находятся еще железы въ обоихъ подслизистыхъ слояхъ, причеь въ слое, входящемъ въ составъ передней поверхности небной занавѣски, количество ихъ больше, нежели въ слое, образующемъ заднюю поверхность. Отдѣльныя железы встрѣчаются также и въ передней небной дужкѣ (*arcus glossopalatinus*). Между задней дужкой (*arcus pharyngopalatinus*) и язычкомъ находится нѣсколько просвѣчи-

вающий, полудунной формы участок, который лишенъ мышцъ и железъ и содержитъ многочисленныя упругія волокна.



Новороссійскій Училищный
БИБЛИОТЕКЪ
СТУДЕНЧЕСКАЯ
КАФЕДРА

Рис. 25. Глотка при разсматриваніи сзади (*Luschka*).

- 1) Хоана; 2) небная занавѣска (правая половина), у наружнаго края которой направляется книзу *plica salpingo-pharyngea*; 3) корень языка; 4) *plica pharyngo-epiglottica*; 5) *recessus pharyngo-laryngeus*; 6) надгортаникъ; 7) пищеводъ; 8) *m. salpingo-pharyngeus*, отходящій отъ Евстахіевой трубы; 9) *m. pharyngo-palatinus*; 10) *levator veli*; 11) *m. transversus*; 11) *m. arytenoid. obliquus*; 12. *crico-arytenoid. post.*; 13) *n. laryng. sup.*; 14) *n. laryng. inf.*; 15) щитовидная железа; 16) *carotis sin.*; 17) *a. subclavia sin.*; 18) *a. thyreoid. inf.*; 19) *a. innominata*; 20) *carotis dextra*; 21) *a. subclavia dextra*; 22) *v. jugularis int.*; 23) конецъ *sin.*; *petros. inf.*; 24) *v. innominata dextra*; 25) *v. innominata sin.*; 26) *v. cava sup.*; 27) *v. azygos*; 28) аорта; 29) дыхательное горло съ обоими бронхами; 30) *n. vagus*; 31) *n. accessorius Willisii*; 32) *n. glossopharyngeus*; 33) *n. hypoglossus*; 34) *n. recurrens sin.*; 35) *n. recurrens dexter.*

Слизистая оболочка на передней поверхности небной занавѣски покрыта многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, причемъ въ нѣжной соединительной ткани ея находятся очень немногочисленныя лимфатическія тѣльца. На задней поверхности эпителиальный слой, который приблизительно вдвое тоньше, тоже состоитъ изъ плоскаго эпителія; только у зародышей и но-

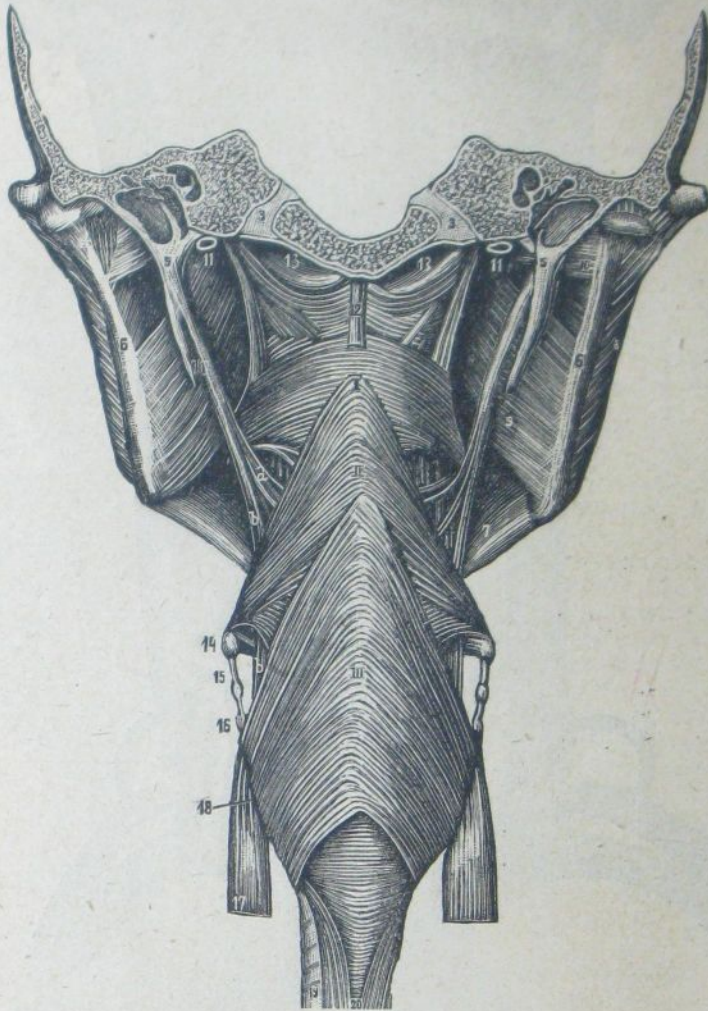


Рис. 26. Сжимающія мѣшцы глотки (*Luschka*).

- 1) Тѣло затылочной кости; 2) скалистая кость; 3) fibrocartilago basilaris; 4) чешуя височной кости; 5) шиловидный отростокъ; 6) вѣтвь нижнечелюстной кости; 7) средняя часть ея; 8) *m. masseter*; 9) *m. pterygoid. int.*; 10) *m. pterygoid. ext.*; 11) *a. carotis int.*; 12) *lig. pharyng. med.* (коротко отрѣзана); 13) *fascia pharyngo-basilaris*. I.—*m. constrictor pharyng. sup.*; II—*medius*; III.—*inferior*; 14) рожекъ подъязычной кости; 15) *lig. thyreo-hyoid. lat.* съ *corpuscul. triticeum*; 16) верхній рожъ щитовиднаго хряща; 17) *m. sternothyreoid.*; 18) пучокъ ея, примыкающій къ *m. thyreopharyngeus*; 19) дыхательное горло; 20) пищеводъ; 21) *m. stylo-laryngopharyngeus*; a) *pars pharyngo-tonsillaris* ея, b) *pars laryngea* ея.

ворожденныхъ поверхность эта выстлана мерцательнымъ эпителиемъ. Благодаря многочисленнымъ заложенымъ въ ней мѣшечкатымъ железамъ, задняя поверхность небной занавѣски представляется неровной, бугристой.

Аденоидная ткань встрѣчается, кромѣ того, на задней поверхности

заднихъ дужекъ и, въ особенности, въ небныхъ миндалинахъ (*tonsillae s. amygdalae*), гдѣ она скучена въ видѣ большихъ группъ.

Артеріи мягкаго неба берутъ начало преимущественно изъ *a. maxill. ext.* и *int.* и отчасти изъ *a. lingualis* и *a. pharyngea*.

Конечныя развѣтвленія *art. palatin. descendens*, которая, въ свою очередь, представляетъ конечную вѣтвь *a. maxill. int.*, суть *rami veli palatini*, которыя снабжаютъ основаніе мягкаго неба. Отъ *a. maxill. ext.* отходятъ: 1) *a. palatina ascendens*, которая направляется вверхъ между *m. styloglossus* и *m. stylopharyngeus* и затѣмъ отдаетъ одну вѣтвь (кнаружи отъ *m. levator*) къ основанію небной занавѣски, и другую (кнутри отъ *m. levator*) къ Евстахіевой трубѣ; 2) *a. tonsillaris*, которая направляется отъ угла нижней челюсти къ краю корня языка и развѣтвляется какъ въ немъ, такъ и въ боковой стѣнкѣ глотки и, въ особенности, въ миндалинѣ.

Вены образуютъ два сплетенія, заднее (*plexus posterior*), изъ котораго кровь поступаетъ въ венное сплетеніе височной ямки, и переднее (*plexus anterior*), которое, будучи соединено съ венами корня языка, сообщается при посредствѣ глоточной вены (*v. pharyngea*) съ внутренней яремной веной (*v. jugul. int.*).

Лимфатическіе сосуды тоже образуютъ два сплетенія, заднее (*pl. lymphat. post.*), которое въ видѣ нѣсколькихъ вѣтвей направляется книзу позади миндалинъ, и болѣе обильное переднее сплетеніе, одна часть котораго идетъ по направленію переднихъ дужекъ и сообщается съ лимфатическимъ сплетеніемъ корня языка, другая же вступаетъ въ связь съ лимфатическими сосудами миндалинъ. Оба эти сплетенія отчасти сообщаются между собою.

Лимфатическія железы находятся въ связи съ железами, расположенными на мѣстѣ раздвоенія сонной артеріи, вблизи шиловиднаго отростка, а также по бокамъ подъязычной кости и гортани.

Двигательные нервы: *nn. petrosi superfic. minores* и *rr. pharyng. int.*, отходящіе отъ третьей вѣтви *n. trigemini*, снабжаютъ *m. tensor veli palatini*; *m. levator veli* и *m. azygos uvuli* иннервируются *r. palat. sup.* — вѣтвью лицевого нерва, отъ котораго отходитъ также *r. palatin. int.* для *mm. pharyngo-* и *glossopalatini*. Обѣ верхнія сжимающія мышцы глотки получаютъ нервы отъ *n. accessorius*, отъ котораго отходятъ также двигательныя волокна къ *levator veli*, *azygos uvulae* и къ мышцамъ небныхъ дужекъ.

Чувствительные нервы: *rr. palatini minores*, отходящіе отъ второй вѣтви *n. trigemini*, снабжаютъ переднюю поверхность небной занавѣски; *n. glossopharyngeus* и *vagus* иннервируютъ обращенныя другъ къ другу стороны небныхъ дужекъ, миндалина и заднюю поверхность небной занавѣски. *Секреторные нервы* находятся въ *chorda tympani*.

Мышцы глотки. Различаютъ три сжимающія мышцы (*mm. constrictores*), изъ коихъ верхняя вмѣстѣ съ приподнятой небной занавѣ-

вѣской замыкаетъ носоглоточное пространство, тогда какъ ередняя и нижняя суживаютъ глотку и проталкиваютъ книзу пищевой комокъ.

Далѣе, слѣдуетъ указать еще на *m. thyreopalatinus*, который соединяетъ небную занавѣску съ верхнимъ и заднимъ краемъ щитовиднаго хряща и при глотаніи поднимаетъ вверхъ гортань.

Между обѣими небными дужками, въ *interstitium arcuatum*, расположены *небныя миндалины (tonsillae palatinae)*. На глоточной поверхности ихъ, на мѣстѣ перехода въ слизистую оболочку небныхъ дужекъ, онѣ содержатъ рыхлую подслизистую соединительную ткань, въ которой часто развиваются т. назыв. перитонзиллярные нарывы. Миндалина занимаетъ переднюю часть пространства — *interstitium pharyngomaxillare*, расположеннаго между боковой стѣнкой глотки, внутренней крыловидной

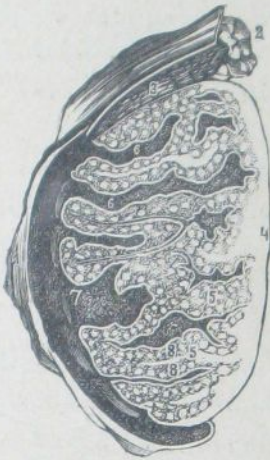


Рис. 27. Фронтальный разръзъ черезъ миндалину (*Luschka*).
Увел. въ 3 раза.

- 1) Слизистая оболочка боковой стѣнки *interstitium arcuatum*;
- 2) гроздевидныя слизистыя железы;
- 3) пучокъ *m. pharyngopalatini*;
- 4) фиброзный покровъ миндалины;
- 5) межжелезистыя перегородки;
- 6) лагуна;
- 7) общій выводной протокъ нѣсколькихъ лагунъ;
- 8) железистыя лопасти, отделенныя волокнистой перегородкой и содержащія фолликулы.



Рис. 28. Микроскопическій разръзъ черезъ лагуну, которая окружена фолликулами. Эпителий большею частью пронизанъ лейкоцитами, небольшая кучка которыхъ лежитъ также свободно въ лагунѣ.

мышцей и верхними шейными позвонками и выполненнаго клетчаткой, тогда какъ въ самой задней части этого пространства лежатъ крупныя нервы и кровеносныя сосуды. Такъ какъ разстояніе между внутренней сонной артеріей и боковой поверхностью миндалины составляетъ около 2 см., то при нормальномъ ходѣ этой артеріи возможность поврежденія ея при тонзиллотоміи исключена.

Надъ миндалиной находится *fossa supratonsillaris*.

Боковая часть миндалины снабжена фибрознымъ покровомъ, который на мѣстѣ *hilus* отдаетъ продолженія, идущія внутрь железы, тогда какъ на свободной поверхности ея покровъ составляетъ продолженіе слизистой

оболочки зѣва и образуетъ многочисленныя углубленія, т. назыв. *lacinae s. fossulae*. Углубленія эти представляютъ нерѣдко мѣшковидныя выпячивания и только въ начальной части ихъ содержатъ еще сосочковый слой слизистой оболочки зѣва; вокругъ стѣнокъ ихъ расположены фолликулы — кучки лимфатическихъ тѣлецъ, которыя погружены въ сѣтчатую соединительную ткань (*reticulum*). Совокупность этихъ фолликуловъ образуетъ т. назыв. аденоидную ткань (рис. 28).

Благодаря тому, что лейкоциты выселяются изъ сосудовъ въ соединительнотканную слизистую оболочку, молодая фибриллярная соединительная ткань плода превращается въ аденоидную ткань; происходитъ разлитое пропитываніе, которое, благодаря дальнѣйшему выселенію лейкоцитовъ и дѣленію ихъ, мало по малу обособляется въ отдѣльныя, густыя скопленія — фолликулы. Лимфатическія тѣльца постепенно подвигаются все ближе и ближе къ поверхности и тѣсными рядами проходятъ черезъ эпителий, такъ что въ послѣднемъ образуются настоящія расщелины; въ концѣ-концовъ они совершенно выходятъ на поверхность и превращаются въ слюнныя тѣльца (*Stöhr*).

Физиологія глотки.

Глотка имѣетъ важное *физиологическое значеніе*, а именно, она принимаетъ участіе въ актахъ рѣчи, глотанія и пищеваренія.

Хотя по отношенію къ *рѣчи* щеки, губы и языкъ, играютъ, какъ извѣстно, весьма важную роль, тѣмъ не менѣе и небная занавѣска принимаетъ при этомъ большое участіе, такъ какъ, благодаря тому, что движенія ея, при посредствѣ заложеной въ ней сложной мускулатуры, могутъ быть весьма тонко соразмѣряемы, она въ значительной степени содѣйствуетъ модуляціи голоса.

Болѣе или менѣе значительное *приподнятіе* небной занавѣски, наряду съ измѣненіемъ формы ротовой полости, составляетъ важное условіе для образованія отдѣльныхъ гласныхъ, которыя, смотря по разстоянію небной занавѣски отъ задней стѣнки зѣва, resp. верхней сжимающей мышцы глотки, имѣютъ носовой или чистый оттѣнокъ. На важное значеніе небной занавѣски для различныхъ оттѣнковъ и модуляціи голоса указываетъ, между прочимъ, и участіе ея при такъ назыв. *чревоушчаніи*. Существеннымъ условіемъ при этомъ является, наряду съ сильнымъ поднятіемъ гортани, измѣненіе положенія небной занавѣски, а именно, она сильно приподнимается, такъ что края небныхъ дужекъ круто направляются кверху; въ то же время язычекъ рѣзко сокращается или перегибается кзади. Приподнятіе небной занавѣски при всѣхъ не носовыхъ гласныхъ происходитъ на столько, что щель все-таки оказывается слишкомъ малой, чтобы допустить сильное резонированіе; больше всего она приподнимается при *y* и меньше всего при *a*, но въ послѣднемъ случаѣ приподнятіе ея

все-таки больше, чѣмъ при носовыхъ гласныхъ, при произношеніи которыхъ существуетъ сравнительно широкое сообщеніе съ носомъ. Поднятіе небной занавѣски происходитъ, впрочемъ, не всегда вполнѣ равномерно на обѣихъ сторонахъ, а именно, иногда наблюдается очень незначительное отклоненіе *raphe* въ ту или другую сторону, подобно тому, какъ и дуга между язычкомъ и небной дужкой не всегда представляетъ на обѣихъ сторонахъ одинаковую ширину и высоту. Это объясняется неодинаковымъ развитіемъ мышцъ на обѣихъ сторонахъ, *resp.* прикрѣпленіемъ задней поверхности небной занавѣски на различной высотѣ.

Одного поднятія небной занавѣски, однако, еще недостаточно для полного закрытія носоглоточнаго пространства; для этого требуется еще содѣйствіе верхней сжимающей мышцы глотки, которая въ видѣ кольцевиднаго выступа выпячивается на задней стѣнкѣ зѣва, и притомъ какъ разъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ небная занавѣска при поднятіи ея перегибается кзади.

Язычекъ при поднятіи небной занавѣски ложится въ *raphe* верхней сжимающей мышцы, которая (*raphe*) образуется вслѣдствіе того, что поперечные мышечные пучки не достигаютъ срединной линіи. По *Rüdinger*'у, назначеніе язычка, какъ уже сказано, состоитъ въ томъ, чтобы сдавить лежащія въ немъ железы и такимъ образомъ увлажнить слизистую оболочку; по изслѣдованіямъ *Labus*'а, онъ играетъ важную роль при образованіи голоса въ смыслѣ резонанса. Тотъ фактъ, что язычекъ, кромѣ обезьянъ, не встрѣчается у другихъ млекопитающихъ животныхъ, дѣйствительно, указываетъ на участіе его въ образованіи голоса и рѣчи. Съ другой стороны, возможно, что назначеніе язычка состоитъ еще въ томъ, чтобы отклонить въ стороны пищевой комокъ и направить его въ *sinus pyriformes* и въ глотку такъ, чтобы онъ не попалъ въ гортань; по крайней мѣрѣ, у прочихъ млекопитающихъ надгортанникъ снабженъ заостреннымъ продолженіемъ, которое идетъ въ носоглоточное пространство и, повидимому, служитъ подобіемъ язычка.

Передняя небная дужка (*arcus glossopalatinus*) принимаетъ важное участіе въ *рѣчи*, тогда какъ задняя (*arcus pharyngopalatinus*) принадлежитъ скорѣе къ глотательнымъ мышцамъ. Помимо физиологическихъ изслѣдованій *Passavant*'а, это подтверждается еще и тѣмъ, что, за исключеніемъ обезьянъ, у прочихъ млекопитающихъ животныхъ передняя дужка отсутствуетъ, или существуетъ лишь въ зачаточномъ видѣ.

Отверстіе Евстахіевой трубы, которое во время покоя представляетъ щель, направленную впередъ, раскрывается при поднятіи небной занавѣски, наступающемъ во время фонаціи или глотанія, такимъ образомъ, что задній край отверстія перемѣщается кзади и вверхъ, такъ что получается трехугольное отверстіе, въ которое вдвигается выступъ *m. levatoris*. При опусканіи небной занавѣски Евстахіева труба опять закрывается, такъ что при разговорѣ и глотаніи происходитъ, слѣдовательно, вентилярованіе ея.

Небныя миндалины не служатъ, какъ принимали прежде, для всасыванія, а представляютъ *отдѣляющіе* железистые органы (*Stöhr*); подобно язычной миндалинь, онѣ суть периферическія лимфатическія железы. Какъ упомянуто уже выше, лимфатическія тѣльца, вышедшія на поверхность черезъ эпителий, представляютъ слюнные тѣльца, такъ что въ виду этого миндалины не лишены извѣстнаго значенія для пищеваренія. Фактъ этотъ, установленный *Stöhr*'омъ, подтверждается изслѣдованіями *Rossbach*'а, который показалъ, что миндалины обладаютъ способностью превращать углеводы въ сахаръ, причемъ онѣ въ этомъ отношеніи значительно превосходятъ діастатическое дѣйствіе, присущее вѣсьмъ сокамъ и тканямъ органовъ. Носителями сахарообразующаго бродила являются слюнные тѣльца; такимъ образомъ выселяющіеся лейкоциты служатъ, наряду съ слюнными железами, источникомъ птіалина.

Pars laryngea глотки представляетъ самую нижнюю часть ея, переходящую въ пищеводъ. Верхняя граница ея соотвѣтствуетъ плоскости, проведенной черезъ тѣло подъязычной кости, тогда какъ нижняя находится на уровнѣ нижняго края кольцевиднаго хряща. Это наиболѣе узкое мѣсто глотки, которое при введеніи желудочнаго зонда представляетъ извѣстное противодѣйствіе и въ которомъ нерѣдко развиваются злокачественныя новообразованія и брюшно-тифозныя язвы. Въ рѣдкихъ случаяхъ кольцевидный хрящъ настолько тѣсно прилегаетъ къ задней стѣнкѣ глотки, что послѣдствіемъ этого можетъ быть сильное *затрудненіе глотанія*; больные едва въ состояніи проглотить жидкую пищу, а тѣмъ болѣе твердую, несмотря на то, что при этомъ нѣтъ никакого новообразованія или хотя бы утолщенія слизистой оболочки. *Werner* первый обратилъ вниманіе на эту „хроническую дисфагію“, а затѣмъ ее наблюдалъ въ одномъ случаѣ *Hadlich*.

Передняя стѣнка этого отдѣла глотки соотвѣтствуетъ задней стѣнкѣ гортани, задняя же, прилежащая къ передней поверхности позвоночника, представляетъ кругловатая возвышенія, величиною съ маковое зерно, которыя соотвѣтствуютъ гроздевиднымъ железамъ. Въ нижней части задняя стѣнка сложена въ продольныя складки, которыя сглаживаются при глотаніи, во время котораго эта щелевидная часть глотки принимаетъ болѣе кругловатую форму благодаря тому, что пищевой комокъ оттѣсняетъ гортань впередъ. Передняя и задняя стѣнки съ каждой стороны соединяются между собою посредствомъ грушевидныхъ пазухъ, *sinus pyriformes*; послѣднія служатъ вмѣстилищемъ для слюны, причемъ переполненіе ихъ вызываетъ рефлекторно актъ глотанія.

Что касается самого *акта глотанія*, то онъ происходитъ слѣдующимъ образомъ: благодаря поднятію языка пищевой комокъ проталкивается къзади, въ то же время *mm. palatoglossi* сокращаются, съ цѣлью помѣшать обратному поступленію пищевого комка въ ротъ, между тѣмъ какъ заднія небныя дужки вмѣстѣ съ небной занавѣской принимаютъ участіе въ закрытіи носоглоточнаго пространства. Благодаря тому, что боковыя

глоточныя мышцы подвигаются по направлею къ серединѣ, происходитъ полное разобщеніе ротовой отъ носоглоточной полости, и какъ только пищевой комокъ дошелъ до корня языка, онъ захватывается сжимающими мышцами глотки, которыя уже не подчинены нашей волѣ, и проталкивается въ желудокъ.

Изслѣдованія *Falk'a* и *Kronecker'a* показали, что герметически закрытая при глотаніи полость глотки представляетъ нагнетательное пространство, въ которомъ поршнемъ является корень языка съ гортанью. Нагнетаніе пищевого комка книзу происходитъ сравнительно легко, благодаря тому, что пищеводъ, вслѣдствіе сокращенія продольныхъ мышцъ его, образуетъ зияющую трубку; такъ, жидкость подъ напоромъ поршня доходить до входа въ желудокъ (*cardia*), черезъ который она проталкивается послѣдовательными перистальтическими сокращеніями пищевода. Въ то время какъ первый актъ глотанія является произвольнымъ или рефлекторнымъ, перистальтическія сокращенія мышцъ пищевода бывають чисто центральнаго происхожденія и зависятъ отъ возбужденія глотательнаго центра, который помѣщается въ продолговатомъ мозгу. Эти сокращенія совершенно не поддаются вліянію воли или какихъ либо воздѣйствій, и если тѣмъ не менѣе они въ началѣ глотанія могутъ быть всегда вполне задержаны, то причина этого должна лежать въ самомъ глотательномъ центрѣ, а именно, должна происходить центральная задержка, которая притомъ, благодаря особому приспособленію, связана такимъ образомъ съ устройствомъ глотательнаго центра, что при каждомъ наступленіи глотанія въ самомъ центрѣ долженъ возникать задерживающій, а затѣмъ двигательный импульсъ (*Kronecker* и *Meltzer*). Центростремительный путь для задерживающаго импульса проходитъ въ п. *glossopharyngeus*, который рефлекторно поддерживаетъ тормозящую способность глотательнаго центра въ состояніи постояннаго тонуса.

Что касается того, почему *пищевой комокъ не попадаетъ въ гортань*, то это выяснено прекрасными изслѣдованіями *Passavant'a*. Именно, при глотаніи гортань приподнимается вплоть до подъязычной кости, которая, въ свою очередь, нѣсколько поддается кверху (приблизительно на 2,8 см. у мужчинъ и на 2,2 см. у женщинъ); благодаря этому, жировая клѣтчатка, находящаяся непосредственно надъ надгортанникомъ, сжимается по направлею сверху внизъ, такъ что она придавливаетъ надгортанникъ къ входу въ гортань. Черпало-надгортанныя складки (*plicae ary-epiglotticae*) прилегають къ задней поверхности надгортанника, и въ то же время происходитъ суженіе входа въ гортань, вслѣдствіе того, что черпаловидные хрящи сближаются и истинныя и ложныя голобовыя связки соприкасаются между собою. Помимо этого, подъязычная кость вмѣстѣ съ гортанью оттягиваются впередъ подъ языкъ, корень котораго загибается книзу и кпереди, такъ что надгортанникъ располагается подъ корнемъ языка. Благодаря придавливанію жировой клѣтчатки къ корню языка, клѣтчатка вмѣстѣ съ надгортанникомъ вгоняется, подобно пробкѣ, до основанія входа въ гортань.

Эти различныя приспособленія, служащія для закрытія гортани, даютъ возможность больнымъ, у которыхъ разрушенъ надгортанникъ, вполнѣ свободно глотать пищу, не поперхиваясь.

Общая этиологія.

Осмотръ зѣва производится врачами въ общемъ рѣдко. Между тѣмъ пораженія его имѣютъ немаловажное значеніе для распознаванія нѣкоторыхъ болѣзней. Такъ, первыя проявленія скарлатины и кори наблюдаются въ зѣвѣ; далѣе, осмотръ зѣва даетъ извѣстныя точки опоры или ясныя указанія для распознаванія сифилиса, бугорчатки, болѣзней почекъ, сахарнаго мочеизнуренія, и подчасъ даже брюшного тифа.

Одною изъ наиболѣе частыхъ *причинъ* заболѣваній зѣва является простуда, причемъ весьма важное значеніе имѣетъ, правда, состояніе носа, такъ какъ при сѣуженіи носовыхъ ходовъ, воздухъ, вслѣдствіе дыханія ртомъ, проходитъ черезъ зѣвъ загрязненнымъ, недостаточно, нагрѣтымъ и болѣе сухимъ и поэтому дѣйствуетъ на него вреднымъ образомъ. *Нагрѣваніе вдыхаемаго воздуха* въ носу тѣмъ больше, чѣмъ ниже внѣшняя температура; такъ, напр., при внѣшней температурѣ въ 8° воздухъ въ носу нагрѣвается на 25°, при 20°—на 19° и т. д. При дыханіи ртомъ это невозможно, во-первыхъ, потому, что въ ротовой полости температура вообще ниже, во-вторыхъ же, потому, что быстро высыхающая при этомъ слизистая оболочка хуже проводитъ тепло.

Соотвѣтственно своей температурѣ, вдыхаемый воздухъ въ носу вполнѣ или почти вполнѣ *насыщается водяными парами*, чему, какъ нельзя лучше, способствуетъ богатая кровеносными сосудами и железами слизистая оболочка. По изслѣдованіямъ *Bloch'a*, послѣдняя отдаетъ до 83 грм. воды въ сутки, тогда какъ при дыханіи ртомъ, какъ всякому извѣстно по опыту, слизистая оболочка ротовой полости скоро высыхаетъ.

Далѣе, экспериментальными изслѣдованіями доказано, что въ носу задерживаются различныя постороннія частички, содержащіяся въ вдыхаемомъ воздухѣ.

Наконецъ, извѣстно, что при сильномъ раздраженіи слизистой оболочки носа тотчасъ же происходитъ задержка дыханія. Кромѣ того, важныя услуги оказываетъ и *обонаніе*, помощью котораго мы опредѣляемъ присутствіе въ воздухѣ различныхъ вредныхъ примѣсей.

Подобно *заболѣваніямъ носа*, на зѣвъ могутъ непосредственно распространиться и пораженія носоглоточной полости, которую поэтому и слѣдуетъ всегда подвергнуть осмотру. Далѣе, къ *причинамъ*, вызывающимъ страданія зѣва, принадлежатъ: нюханіе табаку, который дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на слизистую оболочку не только носа, но и носоглоточной полости и зѣва; напряженіе голоса, употребленіе слишкомъ горячихъ или слишкомъ холодныхъ кушаній и напитковъ, введеніе черезъ чуръ пряной пищи, неумѣренное куреніе и злоупотребленіе спиртными напитками. Обои послѣдними условіями объясняется то, что у муж-

чинъ катарры зѣва встрѣчаются чаще и обыкновенно въ болѣе рѣзкой степени, нежели у женщинъ. Развитію катарровъ зѣва способствуютъ также вдыханіе вредныхъ газовъ, пребываніе въ переполненныхъ, слишкомъ нагрѣтыхъ помѣщеніяхъ съ сухимъ воздухомъ, работа въ пыльныхъ фабричныхъ помѣщеніяхъ и т. п. Иногда страданія зѣва ухудшаются во время мѣсячныхъ, или же послѣднія служатъ предрасполагающимъ условіемъ для заболѣваній ротовой полости и зѣва (герпесъ, афтозный стоматитъ, кровотеченія). Важную роль играютъ также различныя общія заболѣванія, подъ вліяніемъ которыхъ уменьшается сопротивляющая способность организма (хлорозъ, бугорчатка, нефритъ и проч.). Наконецъ, частой причиною пораженій зѣва служитъ сифилисъ.

Такъ какъ въ эпителии миндалинъ, благодаря выселяющимся на поверхность лейкоцитамъ, образуются дефекты, то понятно, что миндалины могутъ служить путями для внѣдренія въ организмъ заразныхъ началъ. И дѣйствительно, цѣлымъ рядомъ наблюденій, между прочимъ *A. Fränkel*'я, установлена важная роль миндалинъ въ развитіи различныхъ заразныхъ болѣзней.

Общая симптоматологія.

Почти всѣ острия воспалительныя пораженія зѣва, въ особенности же дифтерія, протекаютъ съ *лихорадкой* и разстройствомъ общаго состоянія; у дѣтей и слабыхъ субъектовъ они начинаются иногда, подобно другимъ лихорадочнымъ заболѣваніямъ, судорогами и рвотою. У лихорадящихъ дѣтей, въ особенности если лихорадку нельзя объяснить какими либо другими причинами, нужно поэтому, всегда осмотрѣть зѣвъ.

Всѣ такого рода больные, если они находятся въ сознаніи, жалуются на *боли при глотаніи*. При флегмонозныхъ процессахъ голова болѣею частью держится неподвижно и наклоненной въ больную сторону, такъ что нерѣдко на основаніи одного этого можно, съ вѣроятностью, поставить діагнозъ. Довольно часто больные указываютъ на то, что боль отдаетъ въ соотвѣтственное ухо, или же преимущественно, либо исключительно ощущается въ немъ. Явленіе это объясняется участіемъ *p. angularis vagi* и не представляетъ чего либо характернаго для опредѣленной формы или группы болѣзней. При очень болѣзненныхъ страданіяхъ зѣва больные избѣгаютъ даже проглатыванія *слюны*, которое при нормальныхъ условіяхъ происходитъ инстинктивно черезъ правильные промежутки времени; такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ отдѣленіе слюны къ тому же нерѣдко *увеличено*, то она вытекаетъ изо рта. Если процессъ захватилъ небную занавѣску, то подъ вліяніемъ боли при глотаніи или пареза мышцъ ограничивается подвижность ея, такъ что, вслѣдствіе недостаточнаго закрытія носоглоточнаго пространства, въ особенности жидкая пища можетъ быть *обратно извернута* черезъ носъ. Когда существуетъ припухлость боковой, въ особенности задней стѣнки зѣва, или же суженіе въ глубокой части глотки, обыкновенно на почвѣ сифилиса, то больные плохо глотаютъ.

таютъ болѣе или менѣе плотную пищу, и имъ кажется, что она какъ будто застрѣваетъ въ горлѣ.

При острыхъ, подь-острыхъ и хроническихъ фарингитахъ иногда наблюдается такъ назыв. *затылочная боль*, которая сосредоточивается въ области п. *occipitalis interni*, въ задней сторонѣ шеи, нижней части затылка и подчасъ въ вискѣ и сосцевидномъ отросткѣ.

Помимо разстройства глотанія, наблюдается и измѣненіе *голоса*, а именно, онъ становится *инусливымъ*, благодаря тому, что звуковыя волны, образовавшіяся въ гортани, черезъ незамкнутое носоглоточное пространство попадаютъ въ носъ; то же происходитъ при большихъ прободеніяхъ небной занавѣски, которыя встрѣчаются нерѣдко въ позднихъ стадіяхъ сифилиса. Когда носоглоточное пространство занято опухолями, въ особенности аденоидными разрощеніями, или же сужено, либо закрыто вслѣдствіе сращения небной занавѣски съ задней стѣнкой зѣва, то оно не образуетъ уже, какъ при нормальныхъ условіяхъ, резонирующей полости, и голосъ становится беззвучнымъ („*мертвый голосъ*“). При воспалительной припухлости слизистой оболочки зѣва, подь вліяніемъ измѣненія формы полости и недостаточной дѣятельности мышцъ, измѣняются условія для резонанса и вмѣстѣ съ тѣмъ тембръ голоса; произношеніе небныхъ буквъ оказывается затрудненнымъ или невозможнымъ, и голосъ становится невнятнымъ. Припухлость боковыхъ частей зѣва нарушаетъ или затрудняетъ подвижность небной занавѣски, вслѣдствіе чего *голосъ* легко *утомляется*. Если катарръ распространяется съ зѣва на гортань, то присоединяется *охриплость* голоса; съ другой стороны, катарръ, особенно носоглоточной полости, можетъ перейти на Евстахіеву трубу, а затѣмъ на полость средняго уха, и повести къ *тупости* звука или другимъ разстройствамъ слуха.

Дыханіе можетъ быть затруднено подь вліяніемъ припухлости въ зѣвѣ, болѣе или менѣе препятствующей доступу воздуха въ гортань, либо подь вліяніемъ распространенія воспалительной припухлости на гортань, либо подь вліяніемъ суженій глубокихъ частей глотки, опухолей и инородныхъ тѣлъ. При суженіи и закупоркѣ носа или носоглоточной полости затрудненіе дыханія обнаруживается безпокойнымъ сномъ и *храпленіемъ*. Вслѣдствіе недостатка воздуха нижняя челюсть отвисаетъ, лицо принимаетъ вялое, утомленное выраженіе (см. аденоидныя разрощенія), губы высыхаютъ, трескаются и, вслѣдствіе растяженія м. *orbicularis oris*, произношеніе губныхъ буквъ становится невнятнымъ. Вдыханіе недостаточно нагрѣтаго, сухого и загрязненнаго воздуха отражается вредно на зубахъ. У дѣтей, которыя дышатъ черезъ ротъ, находятъ неправильное расположеніе зубовъ, напр. наружныя и внутренніе рѣзцы располагаются не въ рядъ, а либо впереди или позади другъ друга, и притомъ вслѣдствіе того, что передняя поверхность верхней челюсти, которая нормально бываетъ широкой, становится заостренною. Твердое небо представляется узкимъ и имѣетъ высокій сводъ, вѣроятно, потому, что, благодаря по-

стоянному отвисанію нижней челюсти, ткани щекъ оттягиваются и боковыя части верхней челюсти подвергаются давленію, такъ что зубныя отростки ея сближаются между собою. Языкъ сухъ, сильно обложенъ, во рту ощущается неприятный вкусъ. Во время сна, особенно при положеніи на спинѣ, языкъ западаетъ (какъ иногда при хлороформированіи) и суживаетъ входъ въ гортань, вслѣдствіе чего наступаетъ затрудненное дыханіе, которое заставляетъ больныхъ просыпаться.

Очень часто больные жалуются на увеличенное отдѣленіе *мокроты*, которую они принуждены постоянно отхаркивать. Если мокрота не слизистая, а гнойная, и вслѣдствіе засыханія плотно пристаеетъ къ слизистой оболочкѣ, то появляется *неприятный запахъ* изо рта, и у больныхъ при попыткахъ отхаркнуть ее легко наступаютъ тѣнотныя движенія и *рвота*. Вслѣдствіе проглатыванія такой мокроты зачастую развиваются пищеварительныя разстройства.

Guye указалъ на то, что въ особенноти при страданіяхъ носоглоточной полости больные нерѣдко становятся неспособными долго сосредоточивать вниманіе на одномъ предметѣ — состояніе, которому онъ далъ названіе *aprosexia*.

Наконецъ, однимъ изъ очень частыхъ явленій при страданіяхъ зѣва бываютъ различныя *ненормальныя ощущенія* (чувство царапанія въ горлѣ, жженіе, сухость, ощущеніе инороднаго тѣла), которыя, однако, далеко не всегда соотвѣтствуютъ видимымъ измѣненіямъ слизистой оболочки зѣва. Особенно рѣзкое несоотвѣтствіе между жалобами больныхъ и объективными измѣненіями приходится наблюдать у неврастениковъ. Обыкновенно больные локализируютъ неприятное ощущеніе въ яремной ямкѣ или же въ гортани, хотя бы, въ дѣйствительности, процессъ сосредоточивался въ носоглоточной полости; объясняется это тѣмъ, что въ горлѣ способность локализациі ощущеній, по крайней мѣрѣ что касается уровня ихъ, крайне недостаточна; напротивъ, относительно того, сосредоточивается-ли ощущеніе справа или слѣва, больные даютъ обыкновенно правильныя указанія.

Изслѣдованіе зѣва (фарингоскопія).

Для того, чтобы съ цѣлью осмотра достаточно освѣтить полость зѣва, пользуются либо прямо разбѣяннымъ дневнымъ или солнечнымъ свѣтомъ, усадивши больного лицомъ къ окну, либо естественнымъ или искусственнымъ свѣтомъ, отраженнымъ въ полость зѣва при помощи *рефлектора*. Послѣдній (рис. 29) представляетъ вогнутое зеркало, которое въ серединѣ имѣетъ отверстіе и посредствомъ ленты укрѣпляется вокругъ головы такъ, что металлическая пластинка, съ которою подвижно соединено зеркало, покоится на лбу. Зеркало устанавливаютъ отверстіемъ либо передъ правымъ, либо передъ лѣвымъ глазомъ. Вмѣсто этого зеркала можно употреблять также рефлекторъ, прикрѣпленный къ металлической дугѣ, которая надѣвается на голову и доходитъ до затылка (рис. 30).

Источникъ свѣта при изслѣдованіи рефлекторомъ долженъ находиться нѣсколько позади больного, сидящаго у края стола. При этомъ можно пользоваться керосиновой лампой, газовымъ рожкомъ или электрическимъ свѣтомъ. Что касается послѣдняго, то лучше всего употреблять лампочки накаливанія силою въ 6 — 8 вольтъ съ тонкимъ угольнымъ стержнемъ, согнутымъ въ видѣ петли или дуги; при разстояніи приблизительно въ 25 см. можно помощью подходящей батареи или аккумулятора получить свѣтъ равный 1200 метросвѣчамъ.

Если пользуются солнечнымъ свѣтомъ, то при фарингоскопії его либо прямо направляютъ въ зѣвъ, либо отражаютъ плоскимъ зеркаломъ; при задней риноскопії солнечный свѣтъ отражаютъ вторично при помощи лобнаго зеркала такъ, чтобы онъ падалъ на зеркало, установленное между небной занавѣскою и корнемъ языка.

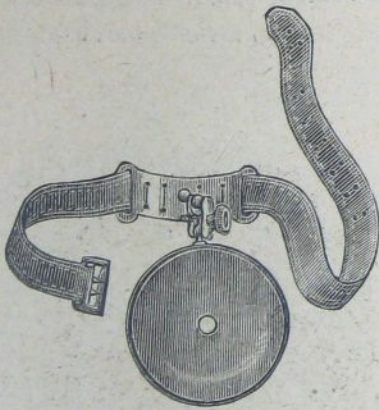


Рис. 29.

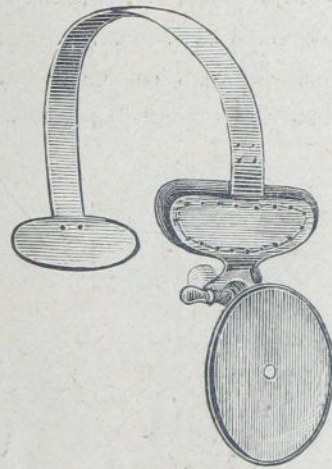


Рис. 30.

При солнечномъ освѣщеніи или разсѣянномъ дневномъ свѣтѣ цвѣтъ слизистой оболочки имѣетъ нѣсколько иной оттѣнокъ, нежели при керосиновомъ и газовомъ освѣщеніи и даже электрическомъ свѣтѣ, хотя при послѣднемъ разница и незначительна. Между тѣмъ какъ въ первомъ случаѣ слизистая оболочка кажется болѣе свѣтлой, а малокровныя или изъязвленныя части болѣе бѣловатыми, при искусственномъ свѣтѣ получается примѣсъ желтоватаго оттѣнка. Поэтому лучше всего приучиться изслѣдовать при обоихъ способахъ освѣщенія для того, чтобы ознакомиться съ вліяніемъ ихъ на окраску слизистой оболочки.

У нѣкоторыхъ лицъ, въ особенности у пѣвцовъ, можно хорошо осмотрѣть весь зѣвъ и даже часть нижняго отдѣла глотки, напр. верхнюю часть надгортанника, не прибѣгая къ отдавливанію языка, такъ какъ они сами удерживаютъ его плотно на днѣ ротовой полости. Обыкновенно, однако, приходится искусственно отдавливать языкъ, который мѣшаетъ осмотру. Для этого наибаче пользуются *шпатель* (рис. 31, шпатель *Türck'a*; рис. 32, шпатель *Fränkel'a*). Заставивши больного возможно

широко раскрыть ротъ, плотно кладуть шпатель на середину языка, и притомъ на горизонтальную часть его впереди желобоватыхъ сосочковъ, и затѣмъ отдавливають языкъ кпереди и книзу. Такъ какъ при этомъ часто наступаютъ тошнотныя движенія или кашель, и въ лицо могутъ попасть брызги слюны или заразный матеріалъ, то при изслѣдованіи становятся не передъ больнымъ, а нѣсколько сбоку отъ него. Если подъ руками нѣтъ шпателя, то языкъ отдавливають лѣвымъ указательнымъ пальцемъ, карандашемъ, рукояткой зубной щетки или ложки и проч. Дѣти иногда упорно отказываются раскрыть ротъ; чтобы добиться этого, крѣпко зажимають у нихъ носъ, пока они, вслѣдствіе недостатка воздуха, не начнутъ дышать черезъ ротъ. Иногда, правда, они открываютъ при этомъ только губы, и между плотно стиснутыми зубами остается достаточно мѣста для прохожденія воздуха. Въ такомъ случаѣ шпатель продвигаютъ въ ротъ черезъ промежутокъ между послѣднимъ зубомъ и переднимъ краемъ вѣчнаго отростка нижней челюсти, причемъ вслѣдствіе соприкосновенія его съ корнемъ языка, наступаетъ тошнотное движеніе, при которомъ ребенокъ уже раскрываетъ ротъ.

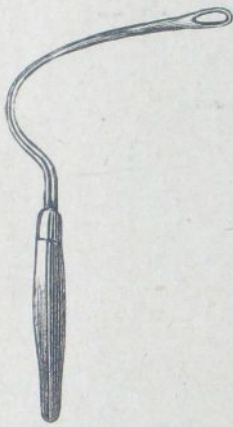


Рис. 31.

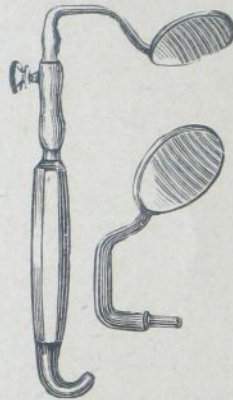


Рис. 32.

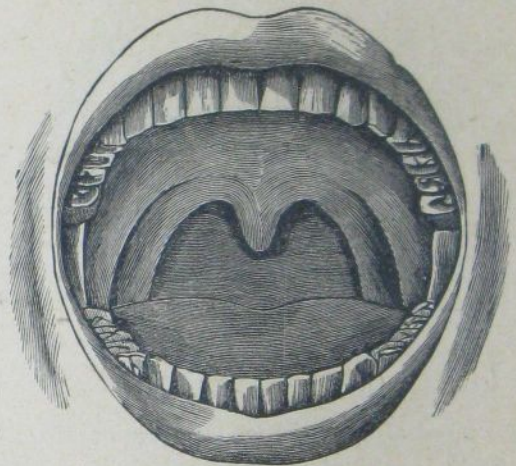


Рис. 33.

При фарингоскопическомъ изслѣдованіи видны мягкое небо съ язычкомъ, переднія и заднія небныя дужки и въ промежуткѣ между ними миндалины, которыя обыкновенно не переходятъ за края дужекъ (рис. 33). Иногда онѣ лежатъ настолько глубоко въ пространствѣ между дужками, что для тщательнаго осмотра ихъ необходимо отодвинуть въ сторону переднюю дужку; въ противномъ случаѣ легко иногда просмотрѣть, напр., язвы миндалины.

Задняя стѣнка зѣва не всегда расположена вполне вертикально, а иногда имѣетъ косое направленіе, такъ что небная занавѣска на одной сторонѣ отстоитъ больше, нежели на другой. Если заставить больного говорить „а“, то небная занавѣска приподнимается, что даетъ возможность судить объ ея подвижности и вмѣстѣ съ тѣмъ осмотрѣть на большемъ протяженіи заднюю стѣнку зѣва. Обыкновенно на поверхности слизистой

оболочки небной занавѣски, дужекъ и задней стѣнки зѣва видны развѣтвленія кровеносныхъ сосудовъ. На мѣстахъ пересѣченія нѣсколькихъ сосудовъ, которые большею частью направляются радіально, замѣчаются и у здоровыхъ красныя, плоскія, круглыя возвышенія, величиною отъ коноплянаго зерна до чечевицы, т. назыв. *granula*, содержащія аденоидную ткань (см. *pharyngitis granulosa*). По срединной линіи небной занавѣски ясно выступаетъ т. назыв. *raphe* въ видѣ бѣловатой фиброзной полосы, шириною въ 1 мм., которая тянется отъ края твердаго неба до основанія язычка. Въ покойномъ состояніи разстояніе между небной занавѣскою и задней стѣнкой зѣва составляетъ 1 — 2 см.; у новорожденныхъ, а также у зародышей въ первые мѣсяцы оно гораздо больше.

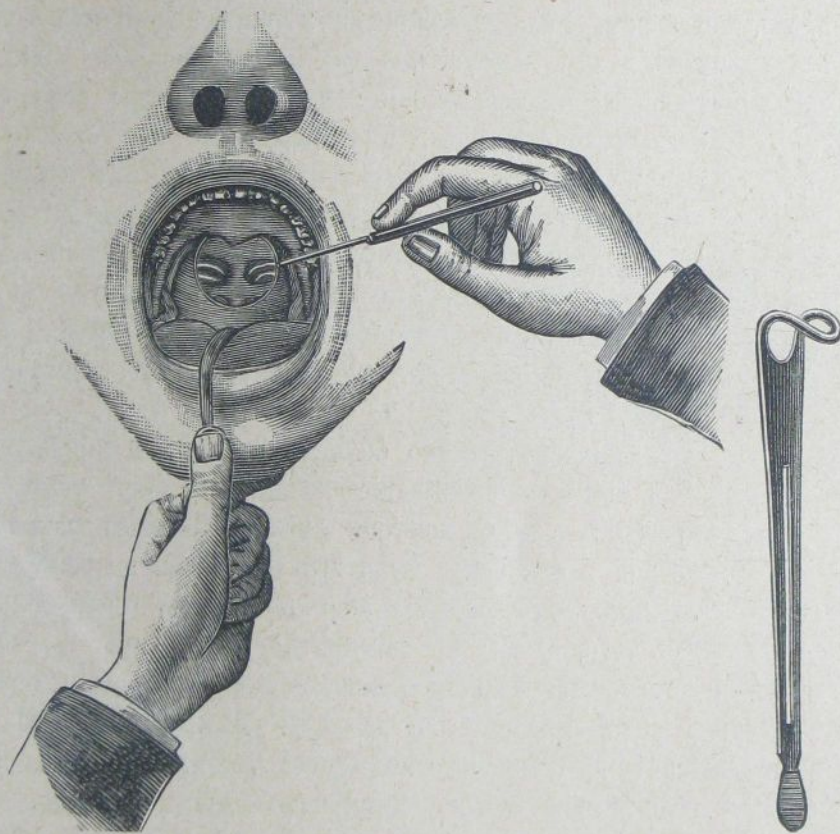


Рис. 34.

Рис. 35.

Если желательно *осмотрѣть носоглоточное пространство (задняя риноскопія)*, то больного, сидящаго передъ врачомъ, заставляютъ немного наклонить голову, отдавливаетъ языкъ шпателью, находящимся въ *лѣвой* рукѣ, и затѣмъ правой рукой вводятъ со стороны лѣваго угла рта небольшое нагрѣтое гортанное зеркало, обращенное зеркальною поверхностью вверхъ, продвигая его, при покойномъ положеніи небной занавѣски, между язычкомъ и небной дужкою (рис. 34) такъ, чтобы нигдѣ не касаться слизистой оболочки. Последнее важно во избѣжаніе тошнотныхъ движеній, при которыхъ небная занавѣска прилегаетъ къ задней стѣнкѣ зѣва и такимъ образомъ мѣшаетъ осмотру носоглоточнаго пространства. Такъ

какъ, однако, и независимо отъ этого больные болѣе или менѣе произвольно закрываютъ носоглоточное пространство, то ихъ заставляютъ нѣсколько разъ под-рядъ втягивать воздухъ въ носъ. Многимъ больнымъ кажется, что они при открытомъ ртѣ не въ состояніи дышать черезъ носъ. Въ такомъ случаѣ больныхъ заставляютъ сначала дышать носомъ, закрывши у нихъ рукой ротъ, который остается широко раскрытымъ; если затѣмъ постепенно удалить руку, въ то время какъ больные продолжаютъ дѣлать усиленныя вдыханія черезъ носъ, то они скоро научаются дышать черезъ носъ при открытомъ ртѣ. Можно также заставлять больныхъ произносить какой нибудь носовой звукъ, напр. французское *an*, такъ какъ при этомъ небная занавѣска остается въ покойномъ положеніи. Если указанными мѣрами не удастся добиться цѣли, то примѣняютъ такъ назыв. *небный крючекъ* (рис. 35), т. е.

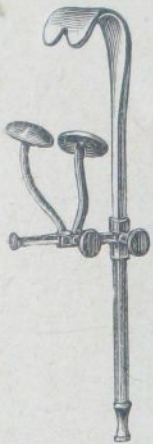


Рис. 36.

тупой крючекъ, помощью котораго мягкое небо сильно оттягиваютъ кпереди и удерживаютъ въ такомъ положеніи. Въмѣсто крючковъ, придерживаемыхъ рукою, въ послѣднее время употребляютъ такіе, которые сами собою держатся благодаря тому, что они на переднемъ концѣ снабжены загибомъ или пуговкой, которые упираются въ носу или въ *fossa canina*. Изъ такихъ крючковъ особенно цѣлесообразенъ предложенный *М. Schmidt'омъ* (рис. 36).

Впрочемъ, можно обойтись и безъ помощи крючка, если сдѣлать смазываніе кокаиномъ (при употребленіи крючковъ, тоже полезно смазать заднюю поверхность небной занавѣски). Если зеркало вводятъ правой рукою, то источникъ свѣта нужно помѣстить слѣва отъ себя для того, чтобы не затемнять свѣта рукою.

Когда въ носоглоточной полости приходится дѣлать операцію, то для того, чтобы одной рукою можно было держать зеркало, а другой оперировать, заставляютъ самого больного удерживать шпатель, отдавливающій языкъ, или же, если это невозможно, примѣняютъ шпатель, который самъ собою держится, именно, шпатель *Ash'a* (рис. 37), нижнюю вѣтвь котораго помѣщаютъ подъ подбородкомъ, верхнюю же постепенно отдаютъ книзу до тѣхъ поръ, пока языкъ не будетъ фиксированъ на днѣ ротовой полости.

Этотъ способъ изслѣдованія довольно труденъ, и только при частомъ упражненіи можно овладѣть имъ. Первые упражненія лучше всего производить на мало чувствительныхъ лицахъ съ широкимъ зѣвомъ.

Если держать зеркало горизонтально, то виденъ сводъ носоглоточной полости, если же установить его болѣе вертикально, опустивши рукоятку зеркала, то получаютъ изображеніе переднихъ частей (хоанъ и проч.) и, въ концѣ-концовъ, въ полѣ зрѣнія появляется задняя поверхность небной занавѣски. Напротивъ, если поднять рукоятку зеркала, то можно осмо-

трѣть заднюю стѣнку; поворачивая зеркало въ ту или другую сторону, получаютъ изображеніе отверстій Евстахіевыхъ трубъ (см. рис. 38).

Для того, чтобы разобратъ въ картинѣ, получаемой при задней риноскопіи, цѣлесообразно взять за ориентирующую линію носовую перегородку (*septum narium*), которая видна въ видѣ рѣзкаго краснаго валика по срединной линіи передней стѣнки и по обѣимъ сторонамъ переходитъ въ дуги хоанъ; позади нея мы видимъ сводъ носоглотки съ глоточнымъ миндалякомъ, или остатками его, и по обѣимъ сторонамъ отъ него *Rosenmüller*'овскія ямки, которыя отдѣляютъ глоточный миндаликъ отъ Евстахіевыхъ трубъ. Въ хоанахъ видны заднія части преимущественно нижней и средней раковинъ. Последняя представляется въ видѣ колбообразной массы, направляющейся снаружи и сверху книзу и кнутри,

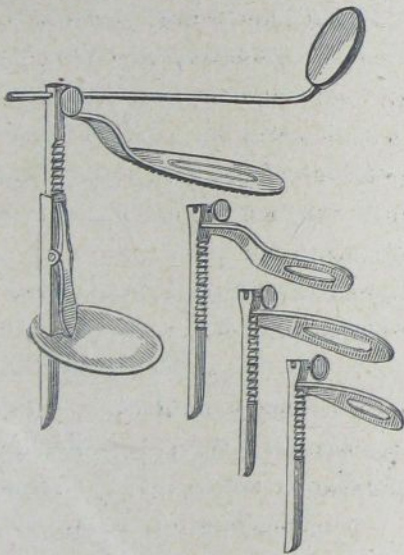


Рис. 37. Къ шпателью придѣлано (по предложенію *Schlesinger*'а) зеркало, подъ руководствомъ котораго оперируютъ правой рукой, придерживая лѣвой небный крючекъ.

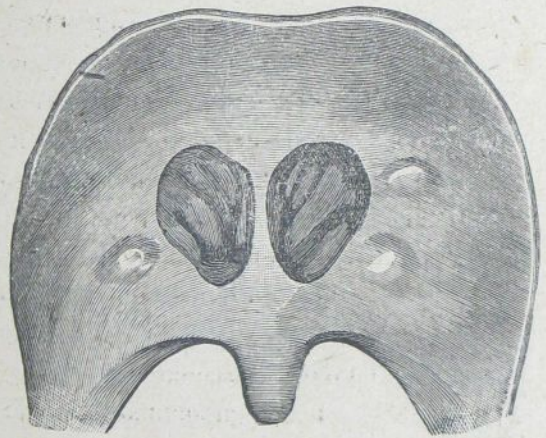


Рис. 38.

между тѣмъ какъ нижняя раковина, имѣющая болѣе шарообразный видъ, можетъ быть отчасти закрыта неполнѣ расслабленной небной занавѣской. Верхняя раковина обыкновенно совсѣмъ не видна; если, однако, она не прикрыта

средней раковиной, то она представляется въ видѣ узкаго красноватаго выпячиванія, которое лежитъ болѣе клереди въ носу. Слизистая оболочка носоглотки, особенно свода, бываетъ обыкновенно болѣе яркаго краснаго цвѣта, нежели таковая ротовой части зѣва.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ полезно *изслѣдованіе пальцемъ*, напр. при опухоляхъ, когда желательно опредѣлить прикрѣпленіе, величину и плотность ихъ, въ особенности же при инородныхъ тѣлахъ (напр. рыбы косточки) въ глоткѣ, которыя не всегда доступны для глаза и присутствіе или мѣстоположеніе которыхъ нерѣдко возможно опредѣлить только ощущиваніемъ.

Если желательно ощупать правую сторону у больного, сидящаго передъ врачомъ, то пользуются указательнымъ пальцемъ правой руки, и

наоборот. Когда имѣють дѣло съ дѣтьми, у которыхъ пальцемъ изслѣдуютъ обыкновенно только носоглоточное пространство, то, при неимѣніи помощника, который могъ бы держать ребенка, поступаютъ такимъ образомъ, что становятся позади ребенка, фиксируютъ голову его между правымъ плечомъ и грудью и, надвинувши правымъ *большимъ* пальцемъ нижнюю губу на нижніе рѣзцы, вводятъ лѣвый указательный палецъ, и притомъ при изслѣдованіи носоглотки такимъ образомъ, что, держа его въ полусогнутомъ положеніи и обращеннымъ разгибательной стороной къ языку, проводятъ позади небной занавѣски кверху. Нижняя губа надвигается на нижніе рѣзцы съ тою цѣлю, чтобы дѣти не могли укусить пальца. Для той же цѣли было предложено кольцо, которое надѣвается на изслѣдующій палецъ, но оно неудобно, такъ какъ мѣшаетъ движеніямъ пальца. Для того, чтобы дѣти не могли закрыть рта, можно положить между зубами резиновый клинъ или примѣнить роторасширитель. И при изслѣдованіи пальцемъ *лучше* всего *ориентируются*, если берутъ за исходную точку носовую перегородку и, начиная отъ нея, послѣдовательно ощупываютъ сводъ, заднія и боковыя стѣнки. Этимъ путемъ удастся избѣгнуть ошибки, которая, при несоблюденіи этого условія, довольно нерѣдко наблюдается, а именно, что мягкіе трубные валики принимаютъ за гиперплазированный глоточный миндаликъ.

По направленію книзу, какъ показали изслѣдованія *Детте* на трупахъ, *указательный палецъ* обыкновенно доходитъ у взрослыхъ до 5-го шейнаго позвонка, иногда даже до 6-го; подчасъ верхушка указательнаго пальца проникаетъ лишь до 4-го шейнаго позвонка. При этомъ впереди можно обыкновенно ощупать подъязычную кость, перстневидный хрящъ и иногда даже верхнюю часть дыхательнаго горла. Надгортанникъ помѣщается обыкновенно на уровнѣ 4-го, черпаловидные хрящи на уровнѣ 5-го шейнаго позвонка.

При *наружномъ ощупываніи* опредѣляется—при воспалительныхъ процессахъ иногда, при заразныхъ же заболѣваніяхъ зѣва обыкновенно—опуханіе лимфатическихъ железъ. Тонзиллярныя лимфатическія железы, расположенныя позади угла нижней челюсти иногда ошибочно принимаютъ за миндалины, которыя снаружи, однако, нельзя прощупать.

Общее распознаваніе.

При осмотрѣ зѣва обращаютъ вниманіе на *цвѣтъ* и *влажность* слизистой оболочки, особенно на задней стѣнкѣ, и на *подвижность* небной занавѣски.

У малокровныхъ или вообще ослабленныхъ, истощенныхъ лицъ слизистая оболочка зѣва представляется блѣдной, восковиднаго цвѣта, и въ такихъ случаяхъ нужно всегда подумать о возможности какого либо общаго страданія, въ особенности бугорчатки. Съ другой стороны, нужно, однако, помнить, что у старыхъ людей слизистая оболочка бываетъ

обыкновенно блѣдной и кажется вмѣстѣ съ тѣмъ тонкой, атрофированной и сухой. Недостатокъ *влажности*, особенно сухой лоснящійся видъ задней стѣнки зѣва тоже долженъ возбудить подозрѣніе о наличности какого либо общаго заболѣванія, въ особенности нефрита.

При нормальныхъ условіяхъ глоточный миндаликъ отдѣляетъ прозрачный, вязкій, слизистый *секретъ*, который стекаетъ по задней стѣнкѣ зѣва и вмѣстѣ съ содержимымъ железъ ея увлажняетъ зѣвъ для того, чтобы пищевой комокъ могъ свободно проскользнуть, не повреждая слизистой оболочки, которая поэтому и имѣетъ всегда влажный, лоснящійся видъ. Отдѣленіе это происходитъ постоянно, не ощущаясь больнымъ и не причиняя какихъ либо неудобствъ. Только когда подъ вліяніемъ катарра или другихъ причинъ измѣняется свойство отдѣляемаго, когда оно становится гнойнымъ или сухимъ, или увеличивается количество его (*гиперсекреція*), оно начинаетъ беспокоить больного, который и старается удалить его отхаркиваніемъ. Особенно неприятно для больного засохшее отдѣляемое, которое крѣпко пристаётъ къ слизистой оболочкѣ и поэтому очень трудно удаляется. Нерѣдко его приходится даже насильственно отдѣлять пальцемъ, причѣмъ нерѣдко отрывается и немного эпителия, такъ что можетъ появиться небольшое кровотеченіе. Кровь либо примѣшивается къ отдѣляемому, либо засыхаетъ и окрашиваетъ корку въ буроватый или буровато-красный цвѣтъ. Отдѣленіе зѣва удаляется въ общемъ не кашлемъ, какъ отдѣленіе изъ болѣе глубокихъ дыхательныхъ путей, а отхаркиваніемъ, и подъ микроскопомъ состоитъ изъ слизистыхъ и гнойныхъ тѣлецъ и распада, къ которому обыкновенно примѣшаны отдѣльные эпителиальные клѣтки. Кромѣ того, въ немъ встрѣчаются примѣси изъ вдыхаемаго воздуха, частички угля и всякаго рода пыли; у рабочихъ, которымъ приходится имѣть дѣло съ красками, къ отдѣленію обыкновенно бываютъ примѣшаны въ небольшомъ количествѣ красящія вещества, вслѣдствіе чего оно можетъ представлять различные оттѣнки синяго, зеленаго, краснаго и др. цвѣтовъ. Красную окраску можно иногда ошибочно принять за примѣсь крови, такъ что нужно имѣть въ виду возможность указаннаго происхожденія ея.

Подвижность небной занавѣски при тяжелыхъ малокровныхъ состояніяхъ обыкновенно нѣсколько ограничена; точно также опухоли носоглотки, въ особенности такъ называемыя аденоидныя разрощенія у дѣтей, механически ограничиваютъ приподнятіе небной занавѣски. То же наблюдается при обширныхъ рубцахъ на ней и въ особенности при сращеніяхъ ея съ задней стѣнкой зѣва, какъ это нерѣдко случается при сифилисѣ. Далѣе, движеніямъ небной занавѣски препятствуютъ воспалительные процессы; такъ, недостаточная подвижность ея бываетъ при жабѣ и перитонзиллитѣ, при сифилитическомъ или бугорчатомъ пропитываніи. У дѣтей параличъ небной занавѣски наблюдается преимущественно послѣ дифтеріи. У взрослыхъ разстройства подвижности ея зависятъ обыкновенно отъ периферическаго паралича нервовъ, который иногда обуслов-

ливасть одновременный параличь гортани, или же отъ центральныхъ причинъ, какъ, напр., при бульбарномъ параличѣ.

Особенно нужно обращать вниманіе на то, остается-ли гарте въ средней линіи или же отклоняется въ сторону. Очень небольшія отклоненія наблюдаются и при нормальныхъ условіяхъ вслѣдствіе подчасъ не- вполне симметрическаго развитія мускулатуры. Напротивъ, если они выражены въ замѣтной степени, то это указываетъ на *односторонній* параличь, и притомъ на параличь правой половины, когда гарте отклоняется влѣво, и наоборотъ. При *обоюдостороннемъ параличѣ* небная занавѣска приподнимается мало или вообще остается неподвижной, такъ что происходитъ недостаточное закрытіе носоглотки. Вслѣдствіе этого голосъ принимаетъ гнусливый оттѣнокъ (открытый носовой голосъ) и жидкости при проглатываніи попадаютъ въ носъ и затѣмъ вытекаютъ черезъ него. Кромѣ того, вслѣдствіе недостаточнаго закрытія носоглотки при разговорѣ больше воздуха выходитъ черезъ носъ, такъ что больной не въ состояніи безъ передышки столько говорить, какъ здоровый,—происходитъ „*фонаторная трапа воздуха*“ (phonatorische Luftverschwendung).

Особеннаго вниманія заслуживаетъ, далѣе, состояніе слизистой оболочки, покрывающей *mm. stylopharyngo-laryngei* (т. назыв. *боковые валики*, *Seitenstränge*), которые въ этой области очень часто бываютъ утолщены и могутъ въ такомъ случаѣ подать поводъ къ разстройству голоса, въ особенности къ легкой утомляемости его и другимъ неприятнымъ ощущеніямъ въ гортлѣ.

Въ этой же области, т. е. въ боковыхъ частяхъ зѣва, позади заднихъ небныхъ дужекъ замѣчается иногда *пульсация* восходящей глоточной артеріи (*art. pharyngea ascendens*); иногда она до такой степени бросается въ глаза, что необходимо допустить ненормальный ходъ сосуда.

Разстройства чувствительности выражаются гиперэстезіей, гипэстезіей или анестезіей. До извѣстной степени колебанія чувствительности находятся въ предѣлахъ нормы, пониженіе же ея составляетъ преимущественно сопутствующее явленіе малокровія. Потеря чувствительности наблюдается при параличѣ небной занавѣсти, гиперэстезія же встрѣчается преимущественно у пьяницъ и чахоточныхъ, а также обыкновенно у женщинъ во время беременности. Чувствительность при этомъ нерѣдко до такой степени повышена, что при отдавливаніи языка наступаетъ тошнотное движеніе и иногда даже рвота.

Общая терапия.

Важное значеніе имѣютъ прежде всего *предупреждающія мѣры*. Лица, которыя легко простуживаются, должны особенно весною и осенью, т. е. при холодной, сырой и вѣтренной погодѣ, обращать большое вниманіе на *одежду*; особенно нужно слѣдить за тѣмъ, чтобы ноги содержались въ теплѣ и сухости (соотвѣтственная обувь, устраненіе потливости ногъ и проч.). Одежда должна быть соразмѣрна съ виѣшней темпе-

ратурой; при слишком легкой одежде теряется много тепла, при слишком теплой же наступает перегревание. Исподняя одежда должна быть из шерсти, так как последняя, благодаря эластичности и проницаемости ей, допускает достаточную перспирацию кожи, которая, в свою очередь, способствует регуляции тепла. Съ тою же целью полезны частыя, лучше всего ежедневныя, прохладныя *ванны* и *обмыванія*. Ношеніе платка на шеѣ нужно запретить, если же субъектъ къ этому привыкъ, то его нужно постепенно отучить, так какъ иначе легко наступает простуда; то же наблюдается у мужчинъ, которые долго носили длинную бороду, защищавшую шею, и затѣмъ сняли ее. Когда существуютъ болѣзненные измѣненія въ зѣвѣ (напр. гипертрофія миндалинъ, аденоидныя разрошенія), указанныя мѣры нужно, разумѣется, примѣнить только послѣ того, какъ они устранены.

Во многихъ случаяхъ нужно ограничить или также временно, если не совсѣмъ, запретить неумѣренное *куреніе* и употребленіе пива.

Что касается *винъ*, то при страданіяхъ зѣва можно разрѣшить легкое Бордосское вино или хорошее, легкое венгерское вино, другіе же сорта, особенно бѣлыя вина, слѣдуетъ запретить. Вообще нужно соответственнымъ образомъ упорядочить *дѣту*; слѣдуетъ избѣгать употребленія сильно пряной, слишкомъ кислой и острой (уксусъ, перецъ, горчица и проч.), а также чрезчуръ горячей или холодной пищи.

При слишкомъ большой *сухости воздуха*, напр. влѣдствіе воздушнаго отопленія, можно сдѣлать его болѣе влажнымъ, поставивши сосуды съ водою или распыляя ее, и такимъ образомъ облегчить непріятное чувство сухости во рту и глоткѣ, на которое особенно жалуются больные съ сухими катаррами.

Вдыханіе *пыли* и другихъ раздражающихъ примѣсей можно устранить помощью респираторовъ, особенно же важно въ такихъ случаяхъ слѣдить за тѣмъ, чтобы дыханіе совершалось черезъ носъ.

Что касается *мѣстнаго леченія*, то при острыхъ воспалительныхъ и болѣзненныхъ процессахъ назначаютъ *холодъ*, либо снаружи въ видѣ холодныхъ примочекъ, либо въ видѣ глотанія небольшихъ кусочковъ льда. Холодъ примѣняется съ тою цѣлью, чтобы устранить или умѣрить воспаленіе, resp. предотвратить нагноеніе; напротивъ, тепло въ видѣ теплыхъ примочекъ (или припарокъ) назначаютъ съ цѣлью ускорить нагноеніе. Среднее мѣсто занимаютъ согрѣвающие компрессы, которые вызываютъ расширеніе кожныхъ сосудовъ и дѣйствуютъ, благодаря этому, до нѣкоторой степени отвлекающимъ образомъ.

Очень часто назначаютъ *полосканія*. Хотя мнѣнія авторовъ относительно значенія ихъ и расходятся, тѣмъ не менѣе они все-таки заслуживаютъ примѣненія въ цѣломъ рядѣ случаевъ, такъ какъ при умѣломъ выполненіи ихъ происходитъ очищеніе и обмываніе слизистой оболочки зѣва различными лекарственными растворами, которые могутъ оказывать на нее несомнѣнное вліяніе.

Когда имѣется дѣло не съ острыми воспалительными явленіями, то назначаютъ полосканія комнатной температуры или тепловатія, такъ чтобы температура ихъ сама по себѣ не дѣйствовала раздражающимъ образомъ. При полосканіи небная занавѣска приводится въ колебательное движеніе, благодаря которому жидкость постоянно перемѣщается и обмываетъ слизистую оболочку зѣва. Смотри по тому, издають-ли при этомъ низкіе звуки, при которыхъ гортань смѣщается книзу, или же высокіе носовые звуки, можно достигнуть орошенія болѣе глубокихъ или же верхнихъ частей зѣва. При параличахъ небной занавѣски полосканія, конечно, невозможны, и *Hughes* обратилъ вниманіе на то, что неспособность къ полосканію, раньше не существовавшая, нерѣдко служитъ раннимъ признакомъ атаксіи при спинной сухоткѣ и множественномъ склерозѣ.

Что касается состава полосканій, то нужно имѣть въ виду, что нѣкоторые больные, въ особенности дѣти, нерѣдко проглатываютъ часть жидкости; поэтому при примѣненіи небезразличныхъ средствъ обстоятельство это слѣдуетъ принимать въ расчетъ при *дозировкѣ*. Такъ, напр., при столь употребительныхъ въ публикѣ полосканіяхъ бертолетовой солью возможно подчасъ отравленіе влѣдствіе проглатыванія жидкости, такъ что нужно быть осторожнымъ.

Acidi tannici 2,0—2,5
Spirit. rectif. 1,0
Mixt. camphor. 100,0

Составы для полосканій.

Alumin. chlorati 1,5—2,0 : 100,0
Boracis, Tinct. Myrrh. 3,0—4,0 : 100,0
Можно еще прибавить глицерина 3,0 : 100,0

Вязущія полосканія.

Какъ успокаивающее, болеутоляющее полосканіе назначаютъ растворъ бромистаго калия (1,5—2%), отваръ ромашки, шалфея и проч.

Съ цѣлью обеззараживанія назначаютъ полосканія изъ карболовой кислоты (3%), бертолетовой соли (чайную ложку на стаканъ воды), марганцовокислаго кали (до фіолетовой окраски воды) и проч.

Rp. Tinct. Myrrh. 15,0
Tinct. Pimpinell. 1,5
(Ol. Menthae pip. gtt. II—IV).
D. S. 15 капель на стаканъ воды.

Салоль: 1 десертную ложку 6% спиртнаго раствора на стаканъ воды

Rp. Acid. carbol.
Camphor. aa. 1,0
Glycerin.
Aq. destill. aa. 50,0

Растворъ поваренной соли: къ одному стакану воды прибавить на кончикѣ ножа поваренной соли.

Другой, не менѣе частый способъ примѣненія лекарственныхъ растворовъ въ зѣвѣ состоитъ въ *смазываніяхъ* кисточкой (см. рис. 39), губкой или ватнымъ шарикомъ. Если дѣлають смазыванія кисточкой или губкой, то важно, чтобы у каждаго больного былъ свой инструментъ, такъ какъ, несмотря на самое тщательное промываніе кисточки, въ ней находили, напр., бугорчатые палочки, послѣ того какъ она была въ употребленіи у чахоточныхъ (*Cornet*), такъ что нельзя вполне избѣжать возможности зараженія. Кромѣ того, слѣдуетъ всегда обращать вниманіе на то, чтобы въ кисточкѣ не было отставшихъ волосъ, которые легко

могут пристать къ слизистой оболочкѣ и вызывать непріятныя ощущенія. Лучше всего употреблять ватный шарикъ, который наворачиваютъ на рубчатый верхній конецъ мѣднаго зонда или защемяютъ между ножками ватодержателя *Baginsk'*аго или *Fränkel'*я (рис. 40 и 41). Последний инструментъ, въ которомъ ножки согнуты подъ закругленнымъ прямымъ угломъ, можно употреблять также для смазыванія носоглоточнаго пространства. Кисточку или губку не слѣдуетъ слишкомъ сильно пропитывать жидкостью, такъ какъ, въ противномъ случаѣ, часть ея можетъ попасть въ гортань и вызвать судорогу голосовой щели. Обыкновенно больные скоро научаются сами дѣлать смазываніе.

При сухихъ, атрофическихъ катаррахъ употребляютъ растворъ іода.

Jodi puri	
Acidi carbolicі aa.	0,3—1,0
Kal. jodati	1,5
Glycerini	7,5—15,0
Aq. destill.	100,0
(Растворъ <i>Mandl'</i> я).	

При катаррахъ съ обильнымъ отдѣленіемъ смазываютъ 1—2 % растворами хлористаго цинка, 1 % растворомъ квасцовъ или танина, 5—10 % растворами азотнокислаго серебра и проч., лучше всего съ прибавленіемъ глицерина (10:100).

При страданіяхъ носоглоточной полости употребляютъ также порошки, которые вводятъ при помощи *вдувателя* (рис. 42, 43 и 44); кончикъ послѣдняго либо продвигаютъ позади небной занавѣски вверхъ, либо вставляютъ спереди въ носъ. Этимъ путемъ можно также впрыскивать въ носоглотку жидкости, или же съ этою цѣлью употребляютъ *распылитель*, который предложенъ преимущественно для кокаинизации носоглотки и, соответственно этому, на концѣ загнуть кверху (рис. 45).

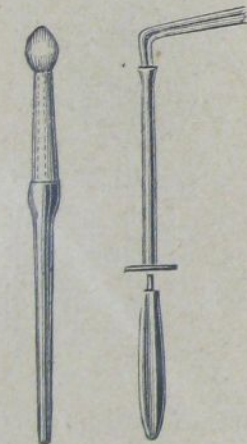


Рис. 39. Рис. 40.



Рис. 41.

Для обезболиванія носоглотки *M. Schmidt* совѣтуетъ вдуть чистый порошокъ кокаина.

При катаррахъ часто употребляютъ борную кислоту или іодоформъ, іодоль, соціодоль, дерматоль и проч. Танинъ не слѣдуетъ примѣнять, такъ какъ у нѣкоторыхъ больныхъ послѣ вдуванія его наступаютъ крайне непріятныя явленія.

Вкратцѣ нужно еще упомянуть о *массажахъ*, который предложенъ преимущественно при атрофическихъ катаррахъ. Примѣняютъ т. назыв. поглаживаніе (*effleurage*) и легкія сотрясательныя движенія (*вибрація*), которыя производятся главнымъ образомъ стибательною поверхностью пальцевъ и передаются слизистой оболочкѣ при помощи зонда, на

головку котораго наверху вата (рис. 46). Не слѣдуетъ возлагать на этотъ способъ слишкомъ большихъ надеждъ, какъ это дѣлаютъ нѣкоторые авторы; но крайней мѣрѣ, онъ не даетъ особенно рѣзкихъ результатовъ, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ и замѣчается известное благоприятное вліяніе.

При гипертрофическихъ катаррахъ, гиперплазіи миндалинъ и т. п. процессахъ иногда приходится прибѣгать къ *прижиганіямъ*. Съ этою цѣлью примѣняютъ азотнокислое серебро, трихлороуксусную кислоту, хромовую кислоту, чистую карболовую кислоту и проч., а также гальванокаустику и электролизъ.

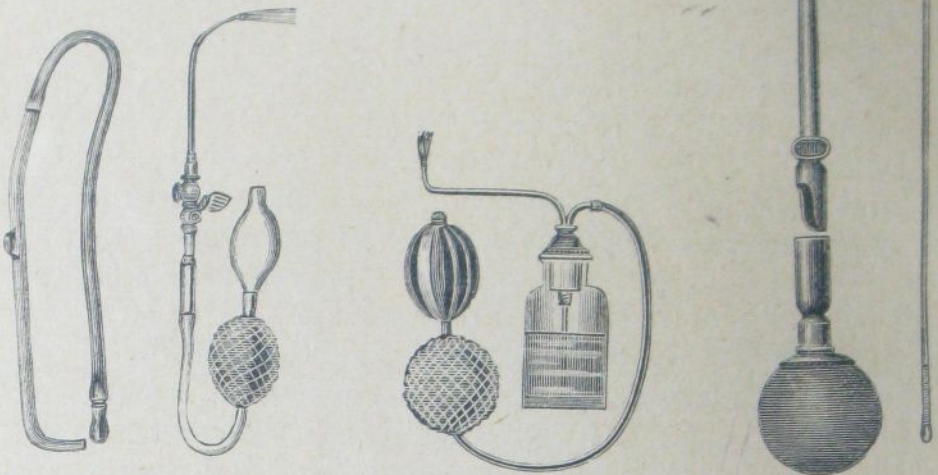


Рис. 42.

Рис. 43.

Рис. 45.

Рис. 44. Рис. 46.

При употребленіи вдувателя, изображеннаго на рис. 42, берутъ въ ротъ мундштукъ и затѣмъ выдыхательнымъ движеніемъ вдвуютъ порошокъ, который насыпаютъ въ небольшомъ количествѣ въ углубленіе трубки, закрываемое помощью задвижки. При вдуватель на рис. 43 предварительно нагнетаютъ воздухъ въ резиновый шаръ, затѣмъ открываютъ кранъ, причемъ воздухъ выталкиваетъ порошокъ. При вдуватель на рис. 44 съ тою же цѣлью сдввливаютъ резиновый шаръ.

Если нужно сдѣлать мѣстное *прижиганіе*, то употребляютъ зондъ съ уплощенной головкой, которымъ и наносятъ прижигающее средство на соответственное мѣсто.

Съ цѣлью прижиганія въ носоглоткѣ, загибаютъ конецъ зонда на протяженіи 3—4 см. подъ тупымъ угломъ для того, чтобы его можно было продвинуть вверхъ позади небной занавѣски.

Первыя три изъ упомянутыхъ выше средствъ примѣняютъ такимъ образомъ, что ихъ *приплавляютъ* къ головкѣ зонда. Для этого палочку ляписа и головку зонда держатъ въ пламени такъ, чтобы на головку попала небольшая капля расплавленной соли; послѣ удаленія зонда изъ пламени капля застываетъ въ видѣ шарика. При употребленіи хромовой кислоты кладутъ нѣсколько кристалловъ ея на зондъ, вводятъ послѣдній въ пламя и держатъ тамъ до тѣхъ поръ, пока кристаллы не расплавятся; послѣ этого зондъ удаляютъ изъ пламени, причемъ хромовая кислота засты-

ваетъ въ видѣ шарика. Трихлороуксусную кислоту можно припаять такимъ же образомъ, или же погружаютъ головку зонда въ предварительно расплавленную массу и затѣмъ даютъ застыть приставшей кислотѣ. Что касается карболовой кислоты, то прижиганія ею дѣлаютъ при помощи заостренной стеклянной или деревянной палочки.

Наиболѣе нѣжнымъ изъ указанныхъ средствъ является *азотно-кислое серебро*, которое имѣетъ еще то преимущество, что при употребленіи его можно точно локализовать прижиганіе; избытокъ его удаляютъ или осредняютъ помощью полосканій растворомъ поваренной соли. Нѣсколько сильнѣе дѣйствуетъ *трихлороуксусная кислота*, которая, подобно хромовой кислотѣ, представляетъ, однако, ту невыгоду, что она

расплывается на слизистой оболочкѣ, такъ что легко происходитъ прижиганіе на большемъ пространствѣ, чѣмъ желательно. Еще сильнѣе дѣйствуетъ *хромовая кислота*, причемъ, смотря по тому, придавливаютъ-ли головку зонда дольше и крѣпче или меньше времени и нѣжнѣе, можно получить болѣе или менѣе глубокое прижигающее дѣйствіе, почти такое же, какъ при примѣненіи гальванокаустики. При прижиганіи хромовой кислотой боль, однако, бываетъ обыкновенно болѣе продолжительной, чѣмъ послѣ гальванокаустики. Послѣ прижиганія тоже полезно дѣлать полосканіе растворомъ поваренной соли, такъ какъ, въ противномъ случаѣ, избытокъ хромовой кислоты проглатывается и легко можетъ вызвать сильную рвоту.

Примѣненіе чистой *карболовой кислоты*, какъ и вообще всѣхъ прижигающихъ жидкостей, представляетъ большое неудобство въ томъ отношеніи, что вслѣдствіе расплыванія или стеканія она легко можетъ попасть на такое мѣсто слизистой оболочки, которое не желательно прижечь.

Что касается *гальванокаустики*, то она представляетъ наиболѣе

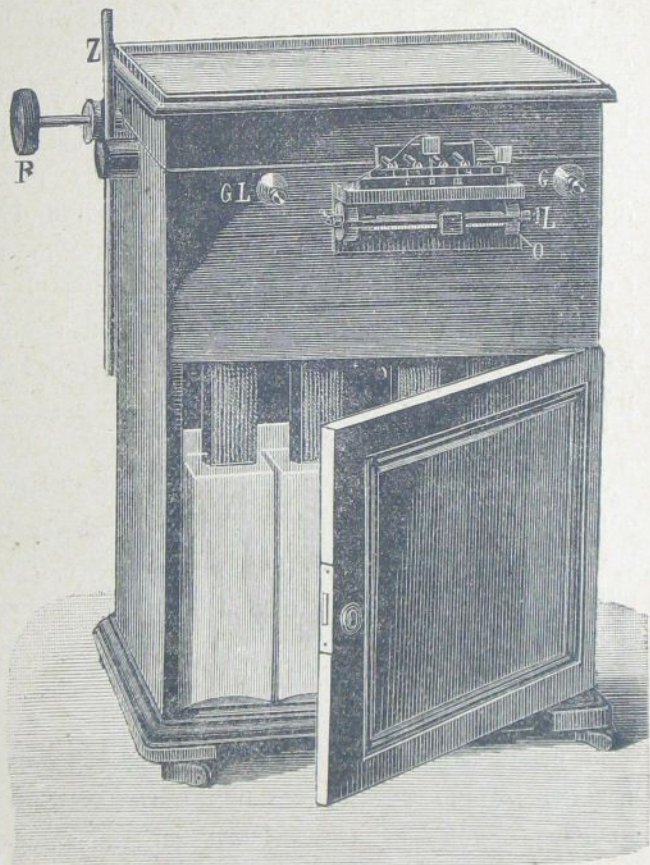


Рис. 47. Баттарей для гальванокаустики (G) и свѣта (L).

удобный и надежный способ, когда нужно сделать болѣе глубокое прижиганіе. Для этого нужно имѣть батарею или аккумуляторъ.

Для *батарей* (рис. 47) лучше всего употреблять цинковоугольные элементы и растворъ хромовой кислоты въ разведенной сѣрной кислотѣ (75 грм. хромовой кислоты + 20 грм. сѣрнокислой окиса ртути растворяютъ въ 1000 грм. воды + 200 грм. англійской сѣрной кислоты). Сѣрнокислая окись ртути прибавляется во избѣжаніе быстрой порчи амальгамы на цинковыхъ пластинкахъ. Силу тока регулируютъ, погружая элементы болѣе или менѣе глубоко въ жидкость (поворотомъ стержня Z). Загрязненіе цинковыхъ пластинокъ вызываетъ вторичные гальваническіе процессы и ведетъ къ развитію водорода, при выдѣленіи котораго нужно, слѣдовательно, обратить вниманіе на цинковыя пластинки. Для гальванокаустики достаточно 2—3 большихъ элементовъ; если хотять воспользоваться батареей для полученія электрическаго свѣта, то необходимо 6 элементовъ. Примѣненіе одной и той же батареи для обѣихъ цѣлей достижимо при помощи сочтателя, но неудобно, потому что тогда приходится отказаться либо отъ свѣта, либо отъ гальванокаустики. Если желательно пользоваться одновременно и тѣмъ, и другимъ, то нужно имѣть 8 элементовъ—2 для гальванокаустики и 6 для свѣта. Время отъ времени нужно промыть элементы, поставивши ихъ въ воду; если прижигатели перестаютъ раскаляться вълѣдствіе порчи жидкости, то послѣднюю нужно, конечно, переменить.

Аккумуляторы состоятъ изъ свинцовыхъ пластинокъ, распределенныхъ подобно угольнымъ и цинковымъ пластинкамъ элемента; одна пластинка, образующая положительный полюсъ, стоитъ между двумя отрицательными пластинками, такъ что въ первой дѣйствуютъ обѣ стороны. Чтобы получить большія поверхности, ставятъ двѣ положительныя пластинки между тремя отрицательными или три между четырьмя и т. д. Положительная пластинка состоитъ изъ свинцоваго плетенія, которое вдѣлано въ четырехугольную крѣпкую рамку; въ петли этого плетенія механически втиснуть слой сурика, который при помощи нейтральной жидкости сдѣланъ пластическимъ; точно такимъ же образомъ петли отрицательной пластинки выполнены окисью свинца. Между обѣими пластинками находится разведенная химически чистая сѣрная кислота. Если токъ батареи, положительный полюсъ которой соединенъ съ однороднымъ полюсомъ аккумулятора, пропускается въ послѣдній (*заряженіе*), то, подъ вліяніемъ электролитическихъ процессовъ въ аккумуляторѣ, на положительной пластинкѣ образуется слой перекиси свинца (темнобурая окраска), тогда какъ на отрицательной пластинкѣ осаждается металлическій свинецъ. Будучи такимъ образомъ заряженъ, аккумуляторъ представляетъ источникъ электричества, дающій постоянно, въ продолженіе нѣкотораго времени (4—50 амперъ-часовъ), слабыя или сильныя токи. Приборы, предназначенные для гальванокаустики и свѣта, суть такъ назыв. аккумуляторныя батареи, состоящія изъ нѣсколькихъ аккумуляторовъ.

Для гальванокаустики достаточно 6 вольтъ; для соразмѣренія силы тока, которая для различныхъ прижигателей должна быть различна, необходимъ реостатъ. Для полученія электрическаго свѣта требуется напряженіе приблизительно въ 12 вольтъ, причемъ тоже необходимъ реостатъ. Вмѣсто лобной лампочки (рис. 48), можно пользоваться лампочкой, укрѣпленной на штативѣ (рис. 49), съ которымъ соединенъ также отражатель, помощью котораго свѣтъ направляютъ въ зѣвъ больного.

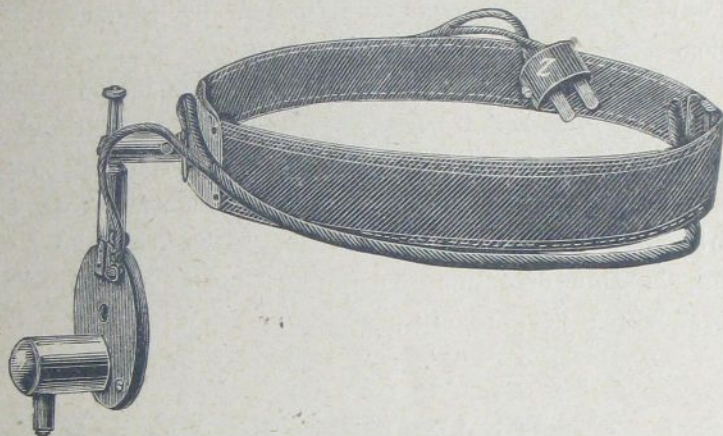


Рис. 48. Электрическая лобная лампочка *Jacobsohn*'а.

Раскаляя болѣе или менѣе сильно прижигатель и придавая его болѣе или менѣе крѣпко, можно соразмѣрить прижигающее дѣйствіе, которое выражается образованіемъ бѣлаго, крѣпко сидящаго струпа. Никогда, однако, не слѣдуетъ доводить прижигатель до бѣлаго каленія, такъ какъ при этомъ не образуется струпь, и потому наступаетъ кровотеченіе. Прижигатель нужно удалять въ раскаленномъ состояніи, такъ какъ иначе струпь легко пристаеетъ къ прижигателю и отрывается, вслѣдствіе чего тоже наступаетъ кровотеченіе. Прижиганіе слѣдуетъ повторить, въ случаѣ надобности, только послѣ отпаденія струпа, такъ какъ въ противномъ случаѣ новое прижиганіе на томъ же мѣстѣ можетъ подѣйствовать сильнѣе, чѣмъ желательно. Если больной располагаетъ временемъ, то не прижигаютъ на обѣихъ сторонахъ одновременно, а выжидаютъ, пока реакція на одной

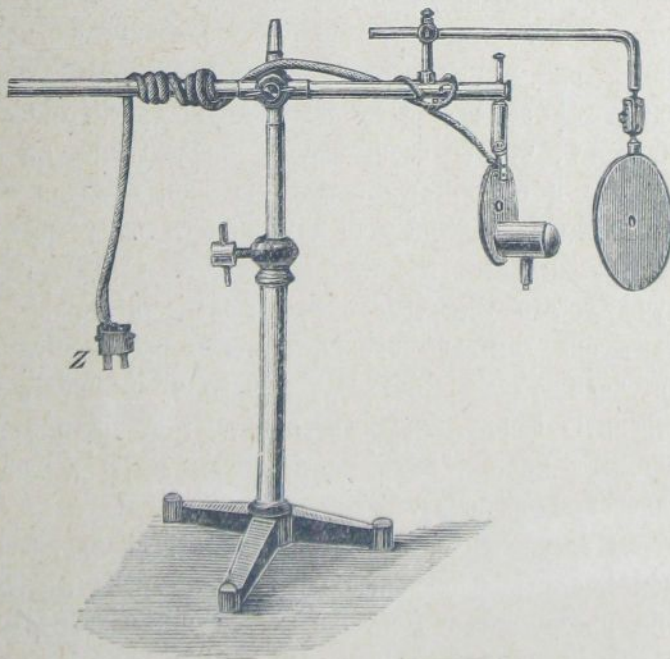


Рис. 49. Штативъ для электрическаго освѣщенія по *B. Fränkel*'ю.

сторонѣ не пройдетъ, потому что болѣзненное ощущеніе на обѣихъ сторонахъ сильно мѣшаетъ глотанію; при одностороннемъ прижиганіи глотаніе менѣе болѣзненно, но все-таки больные, во избѣжаніе раздраженія, должны воздерживаться отъ острой, сильно пряной и горячей или плотной пищи, а также избѣгать пребыванія въ пыльных и накуранныхъ помѣщеніяхъ. Противъ боли назначаютъ кусочки льда или полосканіе ледяной водой.

Для прижиганія въ различныхъ областяхъ употребляютъ различной формы *прижигатели*. Для глубокихъ прижиганій примѣняютъ остроконечный прижигатель, для плоскостныхъ плоскій, для ограниченныхъ поверхностныхъ прижиганій пуговчатый прижигатель и т. д. (см. рис. 51—55). Чѣмъ толще прижигатель, тѣмъ сильнѣе долженъ быть токъ для накаливанія его; при очень сильномъ токѣ прижигатель перегораетъ и становится непригоднымъ.



Рис. 50. *Schech*'овская рукоятка для прижигателей.

Прижигатели ввинчиваютъ въ *Schech*'овскую *рукоятку* (рис. 50), которая всюду принята; при надавливаніи на пуговку происходитъ замыканіе тока и прижигатель раскаляется. При употребленіи петли примѣняютъ *Schech*'овскій петледержатель (рис. 56), который держатъ такимъ образомъ, что большой палецъ продвигаютъ въ заднее, указательный въ верхнее и средній въ нижнее кольцо, между тѣмъ какъ четвертымъ пальцемъ отжимаютъ къзади находящійся внизу рычагъ (С), вслѣдствіе чего токъ замыкается и петля раскаляется. Для гальванокаустической петли лучше всего употреблять проволоку изъ сплава платины и иридія, такъ какъ она довольно прочна и легко раскаляется. Смотря по тому, приходится-ли удалить опухоль, миндалину и проч., петль придають соответственную форму, причѣмъ она должна быть лишь немного больше удаляемыхъ частей, такъ какъ иначе легко можно повредить прилежащую слизистую оболочку.

Наложивши холодную петлю и раскаливши ее, выжигаютъ на удаляемой части кольцевидную борозду и слегка затягиваютъ петлю, такъ что она плотно лежитъ въ бороздѣ и не можетъ соскользнуть. Попеременно раскаляя и затягивая петлю, можно легко удалить безъ кровотеченія миндалину, опухоль и проч.

Электролизомъ достигается мѣстное омертвѣніе, разрушеніе ткани, благодаря тому, что черезъ слизистую оболочку пропускаютъ постоянный токъ (10 — 80 М. А.) помощью простой (рис. 59) или двойной иглы

(рис. 60), которую послѣ тщательнаго обеззараживанія вкалываютъ въ обезболенную кокаиномъ слизистую оболочку, либо помощью стремеобраз-

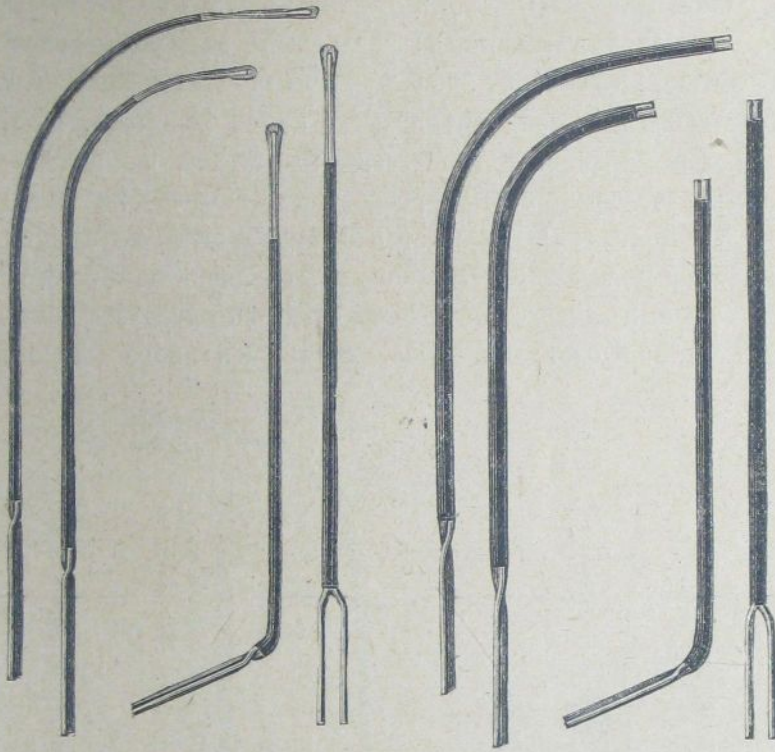
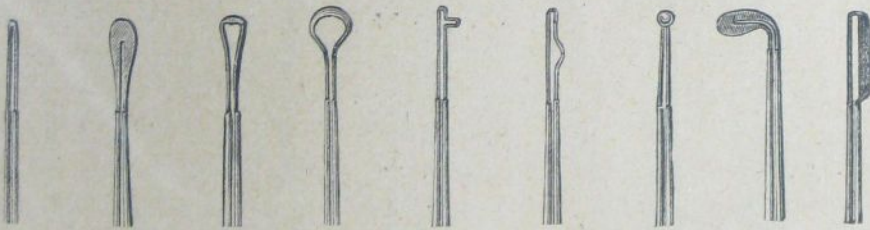


Рис. 51. Плоскіе прижигатели.

Рис. 57. Петельные прижигатели.
(Изогнутые прижигатели употребляются для прижиганій въ гортани).



1

2

3

4

Рис. 52.

1—остроконечный прижигатель.
2—плоскій прижигатель. 3, 4—
пуговкообразные прижигатели.

Рис. 53. Такъ
называетъ бороз-
датель (Fur-
chenzieher).

Рис. 54.
Пуговчатый
прижигатель.

Рис. 55.
Гальванокау-
стическій
ножь.

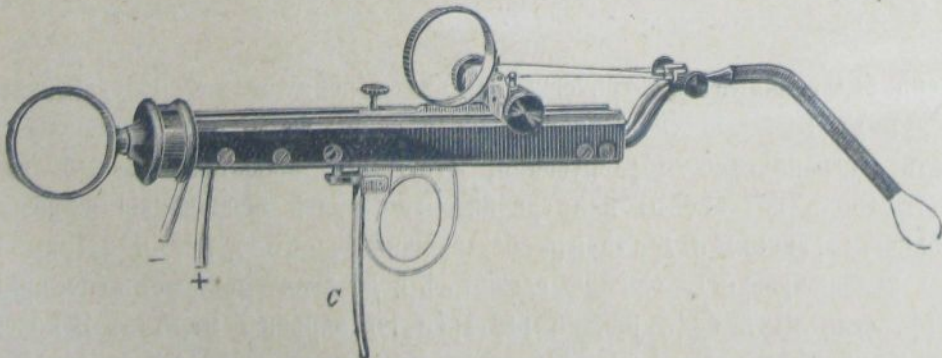


Рис. 56. Schesch'овская гальванокаустическая петля.

ныхъ и т. п. электродовъ (рис. 60). При примѣненіи простой иглы или указанныхъ электродовъ (однополярный способъ) дѣятельный электродъ (анодъ) устанавливають на томъ мѣстѣ, на которое желательно подѣйствовать, между тѣмъ какъ безразличный электродъ (пластинчатый), прикладываютъ къ какому либо мѣсту тѣла (задняя поверхность шеи). При двуполярномъ способѣ оба полюса, анодъ и катодъ, соединяють съ иглами, которыя состоятъ изъ сплава платины и иридія. На мѣстѣ катода (отрицательный полюсъ) образуется щелочь, на мѣстѣ же анода (положительный полюсъ) кислота, что выражается появленіемъ вокругъ иглы бѣловатой пѣны. Иглу нужно удалить лишь послѣ того, какъ токъ выведенъ; равнымъ образомъ токъ слѣдуетъ пропускать только послѣ того, какъ игла вколота въ ткань, такъ какъ иначе больной получаетъ

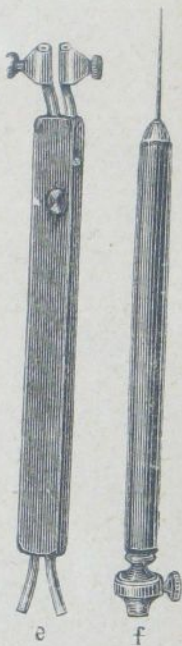


Рис. 58. Рис. 59

Рукоятка для двойной (e) и для простой иглы (f).



Рис. 60. Электроды для электролиза.

очень болѣзненный электрической ударъ. Преимущества электролиза состоятъ въ возможности точнаго соразмѣренія силы его (помощью реостата), ограниченности разрушенія, отсутствія кровотеченія, неболѣзненности (подъ кокаиномъ) или сравнительно малой болѣзненности, незначительности реакціи и мѣстномъ обеззараживающемъ дѣйствіи. Примѣненіе электролиза требуетъ, однако, сложныхъ и дорогихъ приборовъ (по крайней мѣрѣ, если нѣтъ подъ руками батареи по меньшей мѣрѣ въ 30 элементовъ), кромѣ того, въ виду сравнительно медленнаго дѣйствія его, не-

обходимо большое число сеансовъ, такъ что леченіе приходится продолжать долго, по крайней мѣрѣ, когда нужно разрушить ткань на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи.

При примѣненіи химическихъ прижигающихъ средствъ, а также электролиза, соответственное мѣсто предварительно *обезболиваютъ*, смазывая его растворомъ *кокаина* (лучше всего 20 %-нымъ). Черезъ 2—3—8 мин. послѣ такого смазыванія появляется своеобразное, довольно неприятное чувство въ горлѣ, которое постепенно усиливается, держится отъ одной до нѣсколькихъ минутъ и затѣмъ постепенно проходитъ. У нѣкоторыхъ больныхъ бываетъ такое чувство, какъ будто у нихъ въ горлѣ сидитъ комъ, который все болѣе и болѣе увеличивается; у другихъ появляется сначала чувство прохлады въ горлѣ, которое нерѣдко смѣняется ощущеніемъ, какъ будто въ горлѣ недостаетъ куска или на смазанномъ мѣстѣ образовалась дыра. При этомъ всѣ больные чувствуютъ затрудненіе глотанія и, вслѣдствіе неприятнаго ощущенія въ горлѣ, стараются отхаркнуться, откашляться, что сильно можетъ мѣшать манипуляціямъ. Необходимо поэтому описать больнымъ вызываемое кокаиномъ чувство и предупредить ихъ, что оно минутъ черезъ 10 само собою проходитъ. Когда ощущеніе какъ бы кома въ горлѣ достигло своей высоты, то анестезія наступила и можно уже приступить къ прижиганію. Въ рѣдкихъ случаяхъ кокаинъ не дѣйствуетъ или не наступаетъ полная нечувствительность; въ подобныхъ случаяхъ можно примѣнить растворъ антипирина (50 %), который въ нѣкоторыхъ случаяхъ давалъ мнѣ довольно хорошіе результаты какъ мѣстное обезболивающее. Въ послѣднее время я примѣнялъ неоднократно съ успѣхомъ голокаинъ (2½ %). Помимо обезболиванія кокаинъ *устраняетъ* еще *рефлекторную возбудимость* слизистой оболочки зѣва и гортани, такъ что во время операціи не мѣшаютъ ни тошнотныя движенія, ни рвота, или кашель.

Вмѣсто смазыванія, часто примѣняютъ также распыленіе кокаина, предложенное въ особенности американскими и англійскими врачами. Обезболиваніе зѣва и гортани распыляемымъ кокаиномъ (5—10 % растворъ) требуетъ будто бы сравнительно мало кокаина и продолжается дольше, чѣмъ послѣ смазыванія.

Послѣ примѣненія кокаина наступаетъ поблѣднѣніе, малокровіе слизистой оболочки вслѣдствіе сокращенія сосудовъ. Коль скоро дѣйствіе его прекращается, то мало по малу происходитъ расслабленіе сосудовъ, которое подчасъ можетъ быть довольно неприятно. Такъ, напр., послѣ тонзиллотоміи, произведенной подъ кокаиномъ, можетъ иногда наступить послѣдовательное кровотеченіе, притомъ нерѣдко уже послѣ того какъ больной ушелъ отъ врача. Поэтому необходимо въ такихъ случаяхъ оставить больного подъ наблюденіемъ еще нѣкоторое время, примѣрно ½ часа.

Дѣлаютъ еще впрыскиванія кокаина *подъ слизистую оболочку*, для которыхъ употребляютъ обыкновенно шприцъ *Геринга* (рис. 61). При этомъ дѣйствіе распространяется на большую глубину, такъ что при-

близительно на протяжении 1 см. вокруг мѣста впрыскиванія можно вполне спокойно оперировать, не вызывая никакой боли или рефлекса. Правда, при такомъ способѣ примѣненія кокаина легче наступаютъ явленія отравленія; въ особенности намъ приходилось наблюдать ихъ у нервныхъ женщинъ.

Во всякомъ случаѣ, у нѣкоторыхъ лицъ явленія отравленія наступаютъ легче, чѣмъ у другихъ, хотя для этого и нельзя найти определенной причины. Явленія отравленія выражаются сильнымъ беспокойствомъ и болтливостью; кромѣ того, больные жалуются на очень сильное сердцебиеніе и стѣсненіе въ груди. У двухъ нервныхъ женщинъ намъ пришлось наблюдать даже галлюцинаціи, чувство близкой смерти и обморокъ. Пульсъ очень учащенъ, иногда неправиленъ и съ перебоями. Обыкновенно

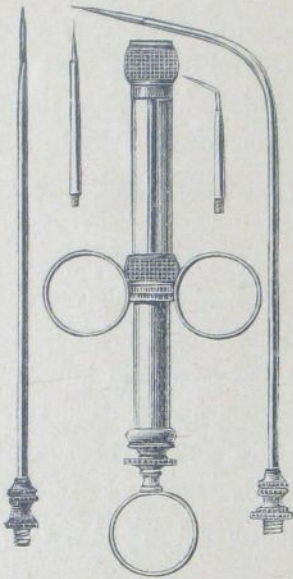


Рис. 61. Шприцъ Герина съ наконечниками для носа, зѣва и гортани.

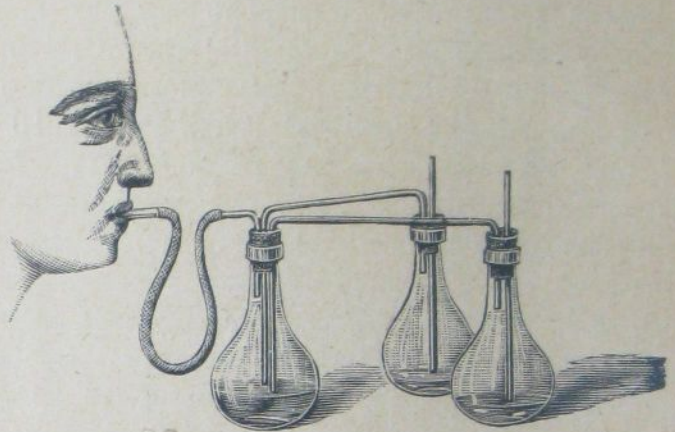


Рис. 62. Передняя, стоящая справа бутылка содержитъ водный растворъ амміака, задняя соляную кислоту, а стоящая слѣва слегка подкисленную перегнанную воду. Первые двѣ бутылки при помощи стекланныхъ трубокъ соединены съ третьей, кромѣ того, въ нихъ находится еще по одной трубкѣ для притока воздуха.

явленія эти скоро проходятъ, не оставляя никакихъ дурныхъ послѣдствій. При примѣненіи кокаина часть его проглатывается, часть же всасывается, и притомъ всасываніе его происходитъ особенно быстро при впрыскиваніи въ подслизистую ткань, такъ какъ средство при этомъ непосредственно поступаетъ въ лимфатическіе пути. Поэтому въ послѣднемъ случаѣ употребляютъ меньшія количества, чѣмъ при смазываніи, а именно, у взрослыхъ максимумъ 0,05 (т. е. при употребленіи 20% раствора $\frac{1}{4}$ шприца емкостью въ 1 куб. см.), между тѣмъ какъ при смазываніи можно употреблять до 0,1.

Растворъ долженъ быть, по возможности, свѣжій, такъ какъ при продолжительномъ стояніи онъ портится и становится мутнымъ.

Въ Англіи и Америкѣ при острыхъ катаррахъ часто употребляютъ *хлористый аммоній in statu nascenti*; удобный приборъ для этого предложенъ Lewin'омъ (рис. 62).

При вдыханіяхъ водяныхъ паровъ, смѣшанныхъ съ различными веществами, нужно слѣдить за тѣмъ, чтобы они не были слишкомъ горячи (см. вдыханія).

Электричество примѣняютъ при всѣхъ паралитическихъ состояніяхъ, и притомъ въ видѣ постоянного и прерывистаго токовъ, которые пропускаютъ черезъ кожу или слизистую оболочку. Въ последнемъ случаѣ употребляютъ гортанный электродъ (рис. 63), который ставятъ на соответственную часть, обыкновенно небную занавѣску, между тѣмъ какъ другой болѣе широкій электродъ (рукоятка для него представлена на рис. 65) прикладываютъ позади угла нижней челюсти. Съ цѣлью возбужденія на зѣвъ, можно приложить также съ той и другой стороны подъ угломъ нижней челюсти оба электрода, которые укрѣплены на одной рукояткѣ

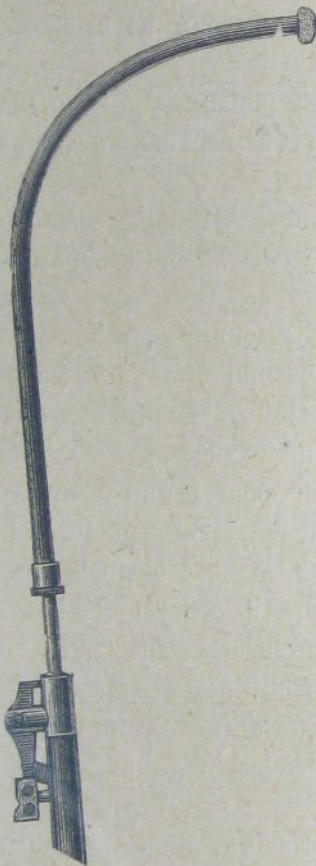


Рис. 63. Гортанный электродъ. Надавливаніемъ на рычагъ, находящійся на рукояткѣ, предварительно замкнутый токъ размыкается.

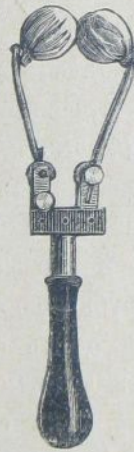


Рис. 64.



Рис. 65.

(*B. Fränkel*) (рис. 64). Для электризаціи въ зѣвъ чаще примѣняютъ постоянный, нежели прерывистый токъ. Сила тока составляетъ обыкновенно около 3 М. А.; впрочемъ, ее сообразуютъ съ чувствительностью больного.

Неправильности развитія, врожденные и пріобрѣтенные недостатки.

Наичаще встрѣчается *образованіе расщелинъ*, которыя простираются на все твердое и мягкое небо и обыкновенно расположены по срединѣ (*волчья пасть*); описаны, однако, и случаи, гдѣ щели помѣщались сбоку или занимали только часть неба.

Въ носоглоткѣ въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдалась, какъ продолженіе носовой перегородки, неподатливая, плотная покрытая тонкой слизистой

оболочкой *перегородка*, которая раздѣляла полость на двѣ симметрическія части и обыкновенно была нѣсколько тоньше, нежели носовая перегородка.

Далѣе, нѣсколько разъ наблюдалось перепончатое или костное *закрытіе хоанъ*, большею частью врожденное, но также и въ зависимости отъ сифилиса. Последний обуславливаетъ и другіе недостатки—зарощеніе отверстія Евстахіевыхъ трубъ, образованіе перемычекъ на слизистой оболочкѣ и проч.

Juracz нашелъ въ носоглоткѣ у одной женщины *добавочную миндалину* (*tonsilla accessoria*), которая сидѣла на верхнемъ отдѣлѣ трубно-глоточной складки (*plica salpingo-pharyngea*).

Въ нѣсколькихъ случаяхъ описано рѣзкое *удлиненіе шиловидныхъ отростковъ*, а также *лордозъ шейныхъ позвонковъ* и образованіе на нихъ *экзостозовъ*.

Дефекты въ мягкомъ небѣ бываютъ врожденные или пріобрѣтенные, въ послѣднемъ случаѣ обыкновенно въ зависимости отъ сифилиса. Къ врожденнымъ дефектамъ относятся прободающія отверстія, которыя находятся большею частью на передней, рѣдко на задней дужкѣ, иногда на обѣихъ сторонахъ; они обыкновенно овальной формы съ гладкими краями и длиною въ 0,3—1,5 см. Въ одномъ случаѣ, который мнѣ пришлось видѣть, въ небной занавѣскѣ вблизи и параллельно передней дужкѣ находилось очень узкое отверстіе длиною въ 8—9 см. Я не могу согласиться съ мнѣніемъ *Fowler'a*, что такія отверстія образуются обыкновенно влѣдствіе предшествовавшихъ флегмонозныхъ тонзиллитовъ. Иногда встрѣчаются еще гораздо большіе дефекты, даже отсутствіе всего мягкаго неба, между прочимъ и врожденное. Сифилитическіе дефекты характеризуются обыкновенно рубцовой окружностью.

Millikin описалъ одинъ случай, въ которомъ „отъ середины переднихъ дужекъ отходили толстые, широкіе, мясистые тяжи, которые прикрѣплялись по бокамъ и на спинкѣ языка и простирались на послѣдней на протяженіи около 4 мм.

Язычекъ можетъ быть очень малъ или *отсутствовать*; нерѣдко онъ бываетъ *расщепленъ* и притомъ настолько, что одна половина его можетъ быть поражена (отекомъ) безъ участія другой. Расщепленіе занимаетъ всю длину язычка или же только верхушку его, наконецъ, иногда во всю длину язычка наблюдается лишь неглубокая срединная борозда. *J. H. Thompson* видѣлъ въ одномъ случаѣ *два язычка*, одинъ *позади* другого. Иногда *язычекъ* бываетъ сильно *удлиненъ*, причемъ онъ верхушкой нерѣдко касается сосѣднихъ частей и вызываетъ непріятное ощущеніе или позывы къ кашлю; обыкновенно онъ въ такихъ случаяхъ отклоненъ въ ту или другую сторону.

Небныя миндалины могутъ совершенно *отсутствовать*; при этомъ въ нѣкоторыхъ, но отнюдь не во всѣхъ случаяхъ одновременно наблюдалось недостаточное развитіе половыхъ частей. Далѣе, не такъ рѣдко,

какъ это полагають, на заднихъ дужкахъ находятъ добавочныя миндалины (*tonsillae succenturiatae*), которыя подчасъ висятъ на тонкой ножкѣ (*tonsilla pendula*). Въ одномъ случаѣ *Rethi* такая миндалина свѣшивалась до надгортанника и вызывала судорожный кашель.

На задней стѣнкѣ зѣва иногда наблюдается въ видѣ *аномалии* большая *артерія*, которая обыкновенно имѣетъ извилистый ходъ.

Рубцы могутъ встрѣчаться во всѣхъ частяхъ зѣва и бывають обыкновенно сифилитическаго, рѣже дифтеритическаго и др. происхожденія. Для сифилиса особенно характерны лучистые рубцы на задней стѣнкѣ зѣва, которые своимъ бѣлымъ цвѣтомъ рѣзко выдѣляются на красномъ фонѣ слизистой оболочки.

Надъ передней дужкой подчасъ наблюдается, и притомъ обыкновенно на одной сторонѣ, бѣлый линейный рубецъ; такой рубецъ указываетъ на то, что когда-то былъ сдѣланъ разрѣзь вслѣдствіе бывшаго перитонзиллита.

Вслѣдствіе склеиванія противоположащихъ изъязвленныхъ частей слизистой оболочки, и притомъ обыкновенно на сифилитической почвѣ, происходятъ *сращения* (небной занавѣски съ задней стѣнкой зѣва) или *суженія*. Особенно въ глубокихъ частяхъ глотки, гдѣ она представляетъ замкнутую полость, образуются, подъ вліяніемъ рубцоваго сморщиванія, суженія или продыравленная въ серединѣ перепонка.

Врожденные боковыя *дивертикулы* составляютъ, по всей вѣроятности, остатки внутреннихъ жаберныхъ щелей. *Kostanecki* различаетъ 1) *подглоточныя дивертикулы*—остатки первой внутренней жаберной борозды, 2) *окологлоточныя* или *боковыя дивертикулы*—остатки второй внутренней жаберной дуги. Дивертикулы, находящіяся на задней стѣнкѣ, помѣщаются всегда непосредственно надъ пищеводомъ, по серединѣ или нѣсколько сбоку, и называются обыкновенно *заглоточными дивертикулами*. Если дивертикуль не состоитъ, подобно настоящимъ дивертикуламъ, изъ всѣхъ слоевъ глотки, а только изъ утолщеннаго соединительнотканнаго слоя, высланнаго снаружи слизистой оболочкой, то говорить о *pharyngocele*. Послѣдніе бывають величиною въ лѣсной орѣхъ, но могутъ образовывать также мѣшки длиною въ нѣсколько сантиметровъ. Обыкновенно они представляютъ пріобрѣтенныя образования и иногда происходятъ вслѣдствіе недостаточной дѣятельности сжимающихъ мышцъ, причѣмъ въ нихъ можетъ попасть и застрять пища; обыкновенно, однако, больные научаются опорожнять мѣшокъ.

Острый катарръ зѣва. *Pharyngitis acuta*.

Здѣсь мы разсмотримъ исключительно ту форму катарра зѣва, которая характеризуется обыкновенными незначительными явленіями остраго воспаления. Герпетическая, афтозная и др. формы, далѣе, лакунарная ангина, представляющая самостоятельную заразную болѣзнь, а также острая заразная флегмона глотки будутъ описаны особо.

Обычной *причиной* острого катарра зѣва бываетъ такъ назыв. простуда; насколько при этомъ играютъ роль заразные вліянія, мы не станемъ разбирать. Нѣкоторыя формы несомнѣнно заразнаго происхожденія, какъ, напр., гриппозный фарингитъ или катарры, сопутствующіе нѣкоторымъ заразнымъ болѣзнямъ, особенно дѣтскаго возраста. Послѣ употребленія нѣкоторыхъ средствъ, въ особенности іода, мышьяка, атропина, ртути и проч., тоже иногда развивается острое воспаленіе зѣва (*angina toxica*).

Симптомы. При осмотрѣ зѣва у отдѣльныхъ больныхъ нерѣдко получается различная картина. Обыкновенно вся слизистая оболочка зѣва бываетъ припухшей, сильно красной, сочной, бархатистаго вида; при болѣе тяжелыхъ формахъ, особенно при *инфлюэнцѣ*, цвѣтъ слизистой оболочки имѣетъ багровый оттѣнокъ и припухлость тоже бываетъ обыкновенно больше, такъ что можно бы предположить начинающуюся флегмону. Особенно рѣзко явленія эти выражены на задней стѣнкѣ зѣва.

Если воспаленіе занимаетъ преимущественно небную занавѣску, то на покраснѣвшей слизистой оболочкѣ замѣчаются небольшія кругловатая возвышенія, которыя соотвѣтствуютъ припухшимъ железамъ и фолликуламъ. Возвышенія эти, бывающія желтоватаго цвѣта и величиною до булавочной головки, могутъ черезъ 1—2 дня распасться и превратиться въ небольшія, круглыя, плоскія изъязвленія, которыя тоже черезъ 1—2 дня заживаютъ (*pharyngitis follicularis*).

Язычекъ при этомъ нерѣдко расширенъ, утолщенъ и принимаетъ стекловидный видъ (*отекъ языка*). Иногда отекъ можетъ наблюдаться также въ глубже лежащихъ частяхъ глотки, на надгортанникѣ или черпало-надгортанной складкѣ (*plica ary-epiglottica*).

Когда воспалительный процессъ сосредоточивается на миндалинахъ, то послѣднія тоже представляются красными и припухшими, причемъ въ отверстіяхъ нѣкоторыхъ лакунъ замѣчаются капельки гнойнаго отдѣленія; подъ эпителиемъ въ видѣ мелкихъ желтоватыхъ точекъ выступаютъ припухшіе фолликулы. Такая же картина наблюдается и при пораженіи язычнаго миндалика, который, впрочемъ, сравнительно рѣдко принимаетъ участіе въ воспалительномъ процессѣ. Когда процессъ преимущественно или исключительно занимаетъ миндалины—что бываетъ отнюдь не часто—то это называютъ также *острымъ тонзиллитомъ* или *катарральной ангиной*; если воспаленіе сосредоточивается въ язычкѣ, или же онъ рѣзко выступаетъ въ видѣ краснаго, толстаго образованія, на которомъ замѣчаются обыкновенно отдѣльные припухшіе желтоватые фолликулы, то говорятъ также объ *uvulitis*.

Носоглотка тоже нерѣдко участвуетъ въ воспалительномъ процессѣ, причемъ слизистая оболочка и, особенно, глоточный миндаликъ представляются красными и припухшими съ рѣзко выступающими фолликулами.

Слизистая оболочка зѣва, которая въ первое время кажется сухой

и лоснящейся, въ дальнѣйшемъ теченіи покрывается жидковатымъ, слизистымъ и въ послѣдствіи также гнойнымъ отдѣленіемъ.

Далеко не всегда процессъ исключительно сосредоточивается на отдѣльныхъ мѣстахъ, напротивъ, обыкновенно воспаленіе занимаетъ болѣе или менѣе всю слизистую оболочку зѣва, которая либо бываетъ только красной и припухшей, либо представляетъ на отдѣльныхъ мѣстахъ упомянутыя выше особыя явленія.

Субъективныя разстройства при остромъ катаррѣ зѣва сводятся къ ощущенію сухости, царапанія въ горлѣ, боли при глотаніи, которая иногда отдаетъ въ ухо, и *невнятной рѣчи*; тяжелыя формы начинаются небольшою лихорадкой. Спустя нѣкоторое время появляется обильное отдѣленіе и больные отхаркиваютъ, нерѣдко съ болѣе или менѣе сильными болями, слизистую, а въ послѣдствіи слизисто-гнойную или также чисто гнойную мокроту.

Нерѣдко катарръ, который часто начинается съ носа, распространяется на гортань, причемъ голосъ становится сиплымъ и появляется кашель.

Распознаваніе легко; краснота и припухлость слизистой оболочки, а также увеличенное отдѣленіе достаточно характеризуютъ острый катарръ зѣва. Желтоватыя, припухшія фолликулы, нѣсколько выдающіеся надъ уровнемъ слизистой оболочки, только при поверхностномъ осмотрѣ можно смѣшать съ сѣроватыми, полупрозрачными бугорковыми узелками, которые къ тому же почти никогда не встрѣчаются первично, а болѣею частью наблюдаются вторично у больныхъ съ легочной или гортанной бугорчаткой.

На миндалинахъ бугорки можно, пожалуй, иногда смѣшать съ капельками секрета, сидящими въ отверстіяхъ лакунъ; однако въ то время какъ послѣднія находятся на поверхности и легко удаляются, бугорки, напротивъ, сидятъ подъ эпителиемъ и, слѣдовательно, не могутъ быть *механически* удалены.

Предсказаніе благоприятно, такъ какъ, при соблюденіи соответственныхъ мѣръ, черезъ нѣсколько дней наступаетъ выздоровленіе. Если болѣзнь запускается, то острый катарръ можетъ перейти въ хроническій.

Леченіе. Больные должны воздерживаться отъ раздражающей пищи, въ особенности же отъ спиртныхъ напитковъ и куренія. Далѣе, назначаютъ согревающіе компрессы и полосканія растворомъ поваренной соли, уксуснокислаго глинозема (2—5%), борной кислоты или бертолетовой соли; послѣднюю можно давать и внутрь. При отека зычка или небныхъ дужекъ нужно сдѣлать насѣчки, если припухлость не проходитъ скоро подъ вліяніемъ глотанія кусочковъ льда.

Лакунарная ангина. Angina lacunaris.

Этіологія. Лакунарная ангина есть острое заразное воспаленіе миндалинъ, въ лакунахъ которыхъ скопляется гнойвидное отдѣленіе, которое замѣчается въ отверстіяхъ ихъ въ видѣ отдѣльныхъ желтоватыхъ точекъ. Иногда она предшествуетъ острому сочленовому ревматизму.

Болезнь эта наблюдается чаще въ возрастѣ 20—30 и особенно 30—40 лѣтъ, у дѣтей же она встрѣчается рѣже, но все-таки чаще, чѣмъ въ пожиломъ возрастѣ. *Полъ* не оказываетъ замѣтнаго вліянія, хотя у мужчинъ она бываетъ нѣсколько чаще.

Условіемъ, *предрасполагающимъ* къ заболѣванію лакунарной ангины, является врожденная или приобретенная гипертрофія миндалинъ, и фактъ этотъ, удостовѣренный многими авторами, служитъ объясненіемъ того, что болѣзнь встрѣчается рѣдко въ пожиломъ возрастѣ, когда миндалины большею частью уже атрофируются. Во всякомъ случаѣ перенесенная однажды ангина способствуетъ повторенію ея, такъ что нѣкоторые лица ежегодно одинъ или нѣсколько разъ, или даже каждый мѣсяцъ, заболѣваютъ ею (*angina habitualis*). Нѣкоторые авторы указываютъ также, какъ на предрасполагающее условіе, на артритическую и ревматическую почву. Иногда лакунарная ангина развивается послѣ операций въ носу, особенно послѣ примѣненія гальванокаустики. Хотя въ общемъ и нужно признать, что сырая и холодная погода, а также рѣзкая перемена температуры благопріятствуютъ развитію лакунарной ангины, такъ что она можетъ встрѣчаться во всякое время года, тѣмъ не менѣе наблюденія другихъ авторовъ и мои показываютъ, что въ отношеніи частоты ея въ отдѣльные мѣсяцы наблюдается извѣстное постоянство. Такъ, она встрѣчается особенно часто въ августъ и сентябрь, затѣмъ въ порядкѣ частоты слѣдуютъ октябрь, ноябрь, декабрь, январь и іюль, между тѣмъ какъ на весенніе мѣсяцы приходится наименьшее число случаевъ.

Повременамъ случаи лакунарной ангины бываютъ настолько часты, что можно говорить объ эпидеміи; съ другой стороны, нерѣдко наблюдаются небольшія домовыя эпидеміи, т. е. сначала заболѣваетъ одинъ изъ членовъ семьи, затѣмъ черезъ нѣсколько дней (2—4) второй, третій и т. д., такъ что невольно является предположеніе, что болѣзнь передается отъ одного лица другому. Это обстоятельство, а равно и близкое отношеніе лакунарной ангины къ дифтеріи и теченіе ея даютъ право смотрѣть на нее какъ на *заразную болѣзнь* (*B. Fränkel*). Правда, болѣзнетворный возбудитель ея пока еще съ точностью не извѣстенъ; довольно многочисленныя наблюденія показали, однако, что въ гнойномъ скопленіи лакунъ всегда встрѣчаются стрептококки и стафилококки, изъ коихъ первые обыкновенно считаютъ причиною болѣзни.

Симптомы. Болѣзнь начинается обыкновенно болѣе или менѣе сильнымъ потрясающимъ ознобомъ, за которымъ слѣдуетъ повышеніе температуры до 40°. Обыкновенно черезъ нѣсколько часовъ послѣ озноба, а иногда и до него, появляется боль въ горлѣ съ обѣихъ сторонъ, очень рѣдко на одной сторонѣ, усиливающаяся при глотаніи; иногда, въ особенности когда воспаленіе распространяется на окружающія части, боль отражается въ ухо, такъ что больные при глотаніи закрываютъ руками уши. Пульсъ учащенъ, общее состояніе довольно плохое. Больные чувствуютъ себя очень слабыми и разбитыми, жалуются на головную боль,

тянущія боли въ поясницѣ, спинѣ или ногахъ и сильную жажду; языкъ обложенъ, иногда наблюдается небольшой запахъ изо рта, голосъ гнусливый.

При *осмотрѣ зѣва* обѣ миндалины, рѣдко одна изъ нихъ, бываютъ часто рѣзко увеличены (сравнительно рѣдко онѣ сохраняютъ нормальные размѣры), сильно красны, причемъ на поверхности ихъ, соответственно отверстиямъ лакунъ, замѣчаются желтовато-бѣлаго цвѣта, точечныя или величиною съ чечевицу пробочки (рис. 66 и 67), которыя подчасъ могутъ сливаться между собою и покрывать всю поверхность миндалины, такъ что при бѣглому осмотру можно предположить дифтерію. Въ особенности это возможно въ томъ случаѣ, когда отдѣленіе бываетъ *фибринознымъ* и трудно удаляется; правда, при этомъ всегда имѣется дѣло съ ложной перепонкой, которая занимаетъ лишь эпителиальные слои и состоитъ изъ фибринозной основы, въ которой содержатся гнойныя тѣльца, болѣе или менѣе измѣненныя эпителиальныя клѣтки, различныя виды *leptothrix*. Въ рѣдкихъ случаяхъ процессъ преимущественно или даже исключительно сосредоточивается на боковомъ валикѣ, причемъ на покраснѣвшей поверхности его видны желтовато-бѣлыя точки, которыя соответствуютъ выводнымъ протокамъ железъ.

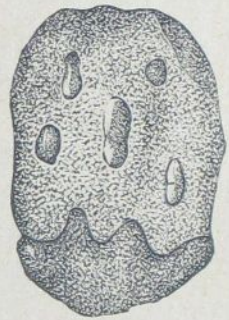


Рис. 66. Разрѣзъ черезъ миндалину съ лакунарной ангиной. Рис. 67. Скопление отдѣленія на поверхности миндалины.

Подчелюстныя железы бываютъ подчасъ припухши.

Иногда въ началѣ болѣзни, какъ и при другихъ заразныхъ заболѣваніяхъ, наблюдается *herpes labialis*.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, послѣ того какъ лихорадка исчезла и боли значительно уменьшились или даже совсѣмъ прошли, температура снова поднимается и появляется боль при глотаніи, которая обыкновенно ощущается съ одной стороны и отдаетъ въ ухо; боль эта гораздо сильнѣе, чѣмъ при ангинѣ, и носитъ болѣе колющій характеръ, такъ что больные отказываются отъ пищи. Если они пытаются проглотить жидкость, то послѣдняя иногда выходитъ обратно черезъ соответственную ноздрю. Рѣчь частью невнятна, частью гнуслива, больные держатъ голову неподвижно и съ трудомъ раскрываютъ ротъ; вмѣстѣ съ тѣмъ изо рта распространяется непріятный запахъ. Въ подобныхъ случаяхъ имѣется дѣло съ переходомъ воспаления на окружающую миндалину соединительную ткань, которое обыкновенно кончается образованіемъ нарыва (*peritonsillitis abscedens*). При этомъ слизистая оболочка небной занавѣски обыкновенно надъ и нѣсколько кнаружи отъ миндалины бываетъ сильно

красной, иногда багровой, и выпячена въ сторону ротовой полости; въ наиболѣе выпяченной части, которая соответствуетъ мѣстоположенію нарыва, цвѣтъ слизистой оболочки имѣетъ слегка желтоватый оттѣнокъ. Рѣже нарывъ открывается позади миндалина на задней дужкѣ, которая въ такомъ случаѣ бываетъ обыкновенно сильно красной, припухшей и отечной. При этомъ миндалина оттѣснена болѣе кпереди. Область нарыва на-ощупь очень болѣзненна и даетъ ощущение зыбленія. Пораженная сторона небной занавѣски мало или совершенно неподвижна, такъ что носоглоточная полость на этой сторонѣ не можетъ быть замкнута. Иногда нарывъ образуется съ обѣихъ сторонъ, причемъ, однако, онъ обыкновенно развивается сначала на одной, а затѣмъ черезъ нѣсколько дней на другой сторонѣ.

Рѣдко образуется *нарывъ внутри миндалина*; въ такомъ случаѣ на ней замѣчается обыкновенно желтовато-краснаго цвѣта выпячиваніе, которое, смотря по тому, лежитъ-ли нарывъ болѣе поверхностно или глубже, даетъ болѣе или менѣе ясное зыбленіе. Такіе интритонзиллярные нарывы бываютъ въ общемъ менѣе болѣзненны, нежели околотонзиллярные.

Въ особенности при осложненіи околотонзиллярнымъ нарывомъ, но изрѣдка и при чистой ангинѣ, наблюдается *отечность* прилежащихъ къ миндалинѣ частей, и притомъ чаще всего язычка, который представляется въ видѣ толстаго, круглаго, слегка просвѣчивающаго и малоподвижнаго тѣла.

Если отекъ занимаетъ небныя дужки, то онѣ тоже бываютъ припухши и какъ бы просвѣчиваютъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мнѣ пришлось видѣть даже отекъ черпаловидныхъ хрящей или соответственной черпало-надгортанной складки.

Въ одномъ случаѣ я наблюдалъ осложненіе воспаленіемъ околоушной железы.

Въ рѣдкихъ случаяхъ къ лакунарной ангинѣ присоединяется *angina Ludovici*. *Joal* наблюдалъ, какъ послѣдовательное явленіе, развитіе пурпуры на нижнихъ конечностяхъ, груди и животѣ.

У одной больной изъ моей частной практики вслѣдъ за ангиной всякій разъ появлялась альбуминурия, которая продолжалась 1—2 недѣли.

Въ настоящее время описанъ уже цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ послѣ лакунарной ангины развивался сочленовный ревматизмъ; далѣе, извѣстно также не мало случаевъ, въ которыхъ каждому новому приступу ревматизма предшествовала ангина. Пока, однако, еще не выяснено, представляетъ-ли ангина только мѣстное пораженіе, черезъ которое заразные возбудители ревматизма проникаютъ въ тѣло, или же ревматизмъ и ангина по своей этиологіи тождественны или близки между собою.

Распознаваніе обыкновенно легко; типическое теченіе—потрясающій ознобъ, лихорадка, боли при глотаніи у здоровыхъ дотолѣ лицъ болѣею частью въ возрастѣ 25—30 лѣтъ—уже само по себѣ говоритъ за ангину; сидящія въ отверстіяхъ лакунъ желтоватыя пробочки, слегка вы-

дающіяся надъ поверхностью покраснѣвшихъ миндалинъ, въ свою очередь, чрезвычайно характерны. Если гнойныя пробочки сливаются, то болѣзнь можно смѣшать съ *дифтеріей*; однако гнойныя пробочки удается легко удалить ватнымъ шарикомъ, между тѣмъ при дифтеріи, при которой имѣется дѣло съ болѣе глубокимъ некротизирующимъ воспаленіемъ, удаленіе пленокъ невозможно безъ нарушенія цѣлости ткани и кровотеченія. Кроме того, дифтерія начинается нерѣдко медленно, не такъ бурно, и боли обыкновенно менѣе сильны. Припухлость подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ зачастую отсутствуетъ при ангины, но нерѣдко она бываетъ и при ней; съ другой стороны, альбуминурія наблюдается часто при дифтеріи, но она можетъ встрѣчаться также, хотя и рѣдко, при ангины. Въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ можетъ быть рѣшенъ бактериологическимъ изслѣдованіемъ. Несмотря на указанные ясныя и характерныя отличительныя признаки, слѣдуетъ, однако, имѣть въ виду, что, повидимому, несомнѣнная лакунарная ангина можетъ впоследствии оказаться дифтеріей и что послѣ кажущейся простой ангины, какъ послѣ дифтеріи, могутъ наступить параличи, особенно небной занавѣски, но также и конечностей и проч. Факты эти находятъ себѣ объясненіе въ томъ, что въ гнойныхъ пробочкахъ при лакунарной ангины въ извѣстномъ числѣ случаевъ были находимы дифтерійныя палочки, хотя изъ этого еще не слѣдуетъ, что параличи, хотя и сравнительно рѣдко, не могутъ наступить послѣ стрептококковой ангины.

Предсказаніе въ общемъ вполне благопріятно; въ началѣ болѣзни не слѣдуетъ только безусловно исключать возможности дифтеріи, ибо, какъ уже сказано, послѣдняя можетъ проявиться подъ видомъ обыкновенной лакунарной ангины. Поэтому въ сомнительныхъ, по крайней мѣрѣ, случаяхъ важно подвергнуть гнойныя пробочки бактериологическому изслѣдованію. Черезъ 2—3 дня воспаленіе обыкновенно начинаетъ проходить, боли при глотаніи тоже прекращаются, температура же нерѣдко еще раньше падаетъ до нормы; въ рѣдкихъ случаяхъ остается параличъ небной занавѣски, который однако, подобно появляющейся иногда альбуминурии, въ скоромъ времени проходитъ. При перитонзиллярномъ нарывѣ подчасъ случалось, что гной опорожнялся въ дыхательныя пути и наступала смерть отъ задушенія; у дѣтей вълѣдствіе присоединявшагося отека голосовой щели въ нѣсколькихъ случаяхъ приходилось дѣлать трахеотомию.

Леченіе состоитъ въ назначеніи большихъ примѣровъ хинина (взрослымъ по 1 грм., дѣтямъ соотвѣтственно меньше, 1—2 раза въ день; *B. Fränkel*), подъ вліяніемъ котораго не только наступаетъ значительное пониженіе температуры и замѣтное улучшеніе общаго состоянія, но нерѣдко уменьшаются и боли при глотаніи. Нѣкоторые совѣтуютъ давать аконитъ, салициловокислый натръ (*Mc. Bride*), салоль (*Gouguenheim* и *Capart*), антипиринъ, салипиринъ и проч. При сильныхъ боляхъ назначаютъ кусочки льда, смазываніе кокаиномъ или ментоломъ и холодныя примочки

на шею, а для полосканія известковую воду (2—3%), растворъ бертолетовой соли, борной кислоты, марганцовокислаго кали и проч.

Если мѣстные припадки черезъ 24—36 часовъ не проходятъ, то даютъ внутрь растворъ бертолетовой соли 5 : 200, черезъ 2 часа по столовой ложкѣ. При существующемъ у больныхъ отсутствіи аппетита не трудно продержать ихъ на скудной, нераздражающей пищѣ. Подъ вліяніемъ указанныхъ мѣръ ангины обыкновенно проходитъ черезъ 1—2 дня.

Если болѣзнь затягивается, то обыкновенно развивается перитонзиллитъ; когда его удастся захватить вначалѣ, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно задержать образованіе варыва, назначая гваяковую смолу, либо въ видѣ *finct. guajacis*, черезъ 2 часа по 20 капель, либо въ видѣ лепешекъ.

Когда образовался уже *нарывъ*, то, опредѣливши, гдѣ онъ находится, дѣлаютъ на соответственномъ мѣстѣ—обыкновенно снаружки и параллельно передней дужкѣ—глубокій разрѣзъ и повертываютъ затѣмъ ножъ, не удаляя его, подъ прямымъ угломъ, съ цѣлью расширить разрѣзъ и убѣдиться, выдѣляется-ли гной. Не всегда это происходитъ уже при первомъ разрѣзѣ, такъ что иногда приходится его повторить. Если бы даже послѣ повторныхъ разрѣзовъ не попали на гной, то все-таки происходящее при этомъ кровоизвлеченіе доставляетъ больному значительное облегченіе. При отека, если онъ само собою не прошелъ, нужно сдѣлать насѣчки и назначить глотаніе кусочковъ льда.

При привычной ангинѣ (*angina habitualis*) полезно сдѣлать тонзиллотомію, если имѣется дѣло съ гипертрофированными миндалинами. Правда, она не всегда предотвращаетъ возвраты, такъ что послѣ нея дѣлаютъ прижиганіе гальванокаутеромъ, или же съ самаго начала удаляютъ часть миндалинъ гальванокаустической петлей. Когда миндалины не очень сильно увеличены, то ограничиваются энергическимъ прижиганіемъ гальванокаутеромъ, подъ вліяніемъ котораго образуется болѣе стойкая рубцовая ткань.

Фибринозный фарингитъ. Pharyngitis fibrinosa.

Этіологія. Фибринозный фарингитъ представляетъ форму воспаленія слизистой оболочки зѣва, при которой на поверхности ея происходитъ отложеніе фибринознаго выпота не дифтерійнаго происхожденія. Выпотъ этотъ составляетъ результатъ болѣе сильнаго воспаленія, или же возможно, что нѣкоторые субъекты склонны реагировать на одно и то же раздраженіе отложеніемъ не гнойнаго, а фибринознаго выпота. Во всякомъ случаѣ бактериологическими изслѣдованіями не удалось пока установить причины образованія фибринознаго выпота.

Форму эту я наблюдалъ нѣсколько разъ у дѣтей, но она встрѣчается также и у взрослыхъ.

Симптомы. Фибринозный фарингитъ начинается обыкновенно потрясающимъ ознобомъ и лихорадкой, къ которой вскорѣ присоединяются боли при глотаніи, отдающія иногда въ ухо. Черезъ 4—8 дней боли мало

по малу уменьшаются и почти совсѣмъ проходятъ, хотя при осмотрѣ зѣва на миндалинахъ, мягкомъ небѣ или задней стѣнкѣ зѣва и замѣчаются еще бѣловатая фибринозная ложная перепонки. Слизистая оболочка подъ ними и въ окрѣжности ихъ представляется красной и опухшей.

Ложныя перепонки, то расположенныя одиночно, то болѣе или менѣе сливающимися между собою, легко снимаются и оставляютъ послѣ себя ссаднящую поверхность. Черезъ нѣсколько дней (1—2) перепонка начинаетъ мало по малу возстановляться, а именно, сначала появляется легкій сѣробѣлый налетъ, который постепенно становится болѣе толстымъ и бѣловатымъ и, наконецъ, образуетъ слой толщиной въ $\frac{1}{2}$ —2 мм. Помимо искусственнаго удаленія, перепонки, послѣ отторженія ихъ, иногда снова образуются.

Ложныя перепонки имѣютъ большое сходство съ крупозными перепонками, которыя образуются послѣ примѣненія гальванокаустики, но послѣднія кажутся только менѣе плотными и болѣе просвѣчивающими. Онѣ состоятъ изъ фибрина, многочисленныхъ круглыхъ клѣтокъ и обыкновенно измѣненнаго эпителия и содержатъ множество кокковъ, рѣже палочки.

Болезнь продолжается около 5 недѣль; *Onodi* описалъ даже случай, въ которомъ она тянулась 6 мѣсяцевъ.

Распознаваніе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзнь смѣшивали съ широкими кондиломами, однако теченіе, острое начало, постепенное образование фибринознаго выпота позволяютъ, при тщательномъ осмотрѣ, избѣгнуть подобной ошибки. Иногда можно бы заподозрить дифтерію, но при послѣдней перепонки не могутъ быть удалены безъ значительнаго нарушенія цѣлости ткани, между тѣмъ какъ при фибринозномъ фарингитѣ это сравнительно легко удается; кромѣ того, для фибринознаго фарингита характерно длительное теченіе болѣзни. При остро-протекающей формѣ, въ отличіе отъ дифтеріи, иногда развивается черезъ нѣсколько дней перитонзиллитъ. Наконецъ, въ сомнительныхъ случаяхъ рѣшающее значеніе имѣетъ бактериологическое изслѣдованіе, которое указываетъ на отсутствіе *Löffler*'овскихъ палочекъ; мнѣ ни разу не приходилось находить ихъ въ подобныхъ случаяхъ.

Schech указываетъ еще на то, что за фибринозный фарингитъ говоритъ образованіе фолликулярныхъ язвъ, которыхъ при дифтеріи никогда не бываетъ.

Предсказаніе благоприятно.

Леченіе сводится къ полосканіямъ и назначенію внутрь 1—2 % растворовъ бертолетовой соли.

Доброкачественная язва зѣва. — Афтозный фарингитъ (Pharyngitis aphthosa).

Подъ именемъ доброкачественной язвы зѣва *Герингъ* описалъ болѣзнь, которая выражается тѣмъ, что на передней небной дужкѣ надъ миндалиной образуется, обыкновенно на одной сторонѣ, поверхностная,

продолговатой формы, язва длиною около 1 см., шириною въ 7—8 мм., края которой рѣзко ограничены, а слегка углубленное дно покрыто первоначально сѣробѣлымъ, трудно удаляемымъ налетомъ. Окружающія части представляются слегка покраснѣвшими. „Черезъ 2—3 дня на днѣ язвы появляются красныя точки, сосочковый слой очищается, начиная съ краевъ образуется новый эпителиальный покровъ, который подвигается къ центру, и черезъ 10—12 дней язва заживаетъ безъ замѣтнаго образованія рубца“. Изъ 5 случаевъ этой болѣзни, которые мнѣ пришлось наблюдать, въ 2-хъ, кромѣ язвы, помѣщавшейся на указанномъ выше мѣстѣ, оказалась еще другая язва на миндалинѣ той же стороны.

Этиологія пока еще не выяснена.

Симптомы. Вначалѣ больные — исключительно взрослые — жалуются на небольшую лихорадку, разбитость и легкія боли при глотаніи; послѣднія держатся, пока язва не начнетъ заживать.

Распознаваніе легко. Если болѣзнь и можно вообще съ чѣмъ-нибудь смѣшать, то развѣ съ *язвенной ангиной Mackenzie*, съ герпесомъ, молочницей или афтами. При язвенной ангины, однако, наблюдается болѣе тяжелое нарушеніе общаго состоянія и появленіе одной или нѣсколькихъ язвъ величиною отъ коноплянаго зерна до 20-копѣчной монеты, причемъ такія язвы, образующіяся, вѣроятно, влѣдствіе септического зараженія, встрѣчаются обыкновенно у медиковъ, работающихъ на трупахъ. При герпесѣ наблюдаются отдѣльные пузырьки, которые причиняютъ гораздо болѣе сильныя боли при глотаніи, встрѣчаются иногда одновременно въ гортани и на губахъ, и содержимое которыхъ становится впоследствии гнойнымъ. При молочницѣ не бываетъ изъязвленій и въ бѣлыхъ наслоеніяхъ находятъ подъ микроскопомъ характерную грибницу *saccharomycetes albicans*. Наконецъ, при афтахъ наблюдаются отдѣльныя или расположенныя группами, сѣраго цвѣта бляшки, которыя не выдаются надъ уровнемъ слизистой оболочки и представляютъ результатъ фибринознаго выпотѣванія, въ происхожденіи котораго извѣстную роль играетъ, вѣроятно, *staphylococcus pyogenes flavus* (*E. Fränkel*).

Леченіе. Въ моихъ случаяхъ я вынесъ такое впечатлѣніе, что при внутреннемъ употребленіи раствора бертолетовой соли заживленіе язвы, какъ будто, ускоряется.

Что касается описаннаго *E. Fränkel* емъ *афтознаго фарингита* (*pharyngitis s. angina aphthosa*), то онъ встрѣчается обыкновенно совместно съ афтознымъ стоматитомъ, но наблюдается также независимо отъ него какъ самостоятельная болѣзнь. Какъ упомянуто уже выше, на мягкомъ небѣ, миндалинахъ, рѣже задней стѣнкѣ зѣва образуются сѣробѣлаго цвѣта бляшки, которыя завясятъ отъ фибринознаго выпотѣванія въ верхнихъ слояхъ слизистой оболочки (*E. Fränkel*). Подъ вліяніемъ размягченія и отторженія выпота бляшки мало по малу превращаются въ плоскія изъязвленія, которыя на днѣ покрыты еще остатками сѣраго, плотно сидящаго выпота. Окружающія части красноватаго цвѣта. Теченіе болѣею

частью острое, обыкновенно съ лихорадкой, рѣдко хроническое. Симптомы сводятся къ болямъ при глотаніи и затрудненію рѣчи.

Распознаваніе, въ виду характернаго вида афты, легко. Иногда афты, особенно когда онѣ находятся на миндалинахъ, смѣшиваются съ изъязвляющимися слизистыми папулами. При тщательномъ осмотрѣ не трудно, однако, избѣгнуть подобной ошибки, такъ какъ при афтахъ имѣется дѣло съ фибринознымъ выпотомъ, слизистыя же папулы представляются въ видѣ сѣроватыхъ, слегка просвѣчивающихъ возвышеній.

Леченіе сводится къ полосканіямъ растворомъ борной кислоты или буры, устраненію раздражающей пищи и напитоковъ и назначенію внутрь раствора бертолетовой соли.

Герпетическая ангина Angina herpetica, herpes pharyngis.

Этіологія. Герпесъ зѣва встрѣчается либо совмѣстно съ herpes labialis, либо самостоятельно. Я наблюдалъ его обыкновенно въ февраль, августъ и сентябрь, т. е. въ такіе мѣсяцы, когда чаще встрѣчаются и другія формы ангины, такъ что погода, повидимому, играетъ нѣкоторую роль. Другіе авторы тоже указываютъ на значеніе простуды и холодной погоды. Несомнѣнно существуетъ извѣстная связь съ болѣзнями матки, въ особенности же съ менструаціей, которая у нѣкоторыхъ больныхъ начинается всегда высыпаніемъ герпеса во рту и зѣвѣ. *Rouzin* стоитъ за нервное происхожденіе болѣзни; другіе тоже указываютъ на появленіе пузырьковъ по ходу нервовъ, такъ что необходимо, слѣдовательно, различать двѣ формы.

Симптомы. Герпесъ сопровождается обыкновенно лихорадкой, разбитостью и потерей аппетита; больные жалуются на очень сильныя боли, которыя особенно при глотаніи достигаютъ такой степени, что больные нерѣдко отказываются принимать пищу.

При осмотрѣ зѣва находятъ преимущественно на небной занавѣскѣ, но также на миндалинахъ, небныхъ дужкахъ, язычкѣ, рѣдко на задней стѣнкѣ зѣва, иногда и на корнѣ языка, надгортанникѣ, черпаловидныхъ хрящахъ и черпало-надгортанныхъ складкахъ *пузырьки* величиною до чечевицы и горошины, содержащіе бѣловатую или желтоватую жидкость и окруженные краснымъ вѣничкомъ. Остальная слизистая оболочка зѣва тоже бываетъ покрасѣвшей, хотя и не въ такой степени какъ въ непосредственной окружности пузырьковъ. Послѣдніе лопаются и на мѣстѣ ихъ образуются небольшія плоскія, круглыя *язвочки*, которыя либо скоро заживаютъ, либо держатся болѣе или менѣе долгое время и въ такомъ случаѣ покрываются бѣловатымъ налетомъ. Послѣ того какъ черезъ 3—4 дня боли уменьшились, онѣ обыкновенно опять обостряются и появляется новая высьпь пузырьковъ, такъ что процессъ можетъ тянуться долгое время; въ одномъ случаѣ *Bertels*'а онъ продолжался 6½ недѣль.

При трофоневротической формѣ пузырьки, по наблюденіямъ *Mc. Bride*'а, образуются, напротивъ, на одной сторонѣ, и появленію ихъ

предшествуют невралгическія боли, которыя въ моментъ высыпанія пузырьковъ прекращаются. Высыпаніе пузырьковъ находится въ зависимости отъ пораженія верхнечелюстной вѣтви тройничнаго нерва.

Въ случаяхъ, которые мнѣ пришлось наблюдать, пузырьки всегда были на обѣихъ сторонахъ.

Теченіе острое; описаны, однако, и случаи хроническаго герпеса, тянувшагося годами.

Распознаваніе легко, если удастся прослѣдить процессъ отъ появленія пузырьковъ до образованія язвъ или наблюдать послѣднія вмѣстѣ съ первыми. Если находятъ однѣ язвы, то болѣзнь можно смѣшать съ дифтеріей, однако при герпесѣ всегда имѣется дѣло съ плоскими, совершенно круглыми или слившимися изъ таковыхъ изъязвленіями, которыя покрыты грязно-бѣловатымъ, легко удалимымъ налетомъ.

Леченіе. Назначаютъ жидкую, мягкую, негорячую пищу и полосканія растворомъ буры въ слизистомъ отварѣ или растворомъ марганцовокислаго кали (1:10.000); противъ болей хорошо дѣйствуютъ смазыванія пораженной слизистой оболочки растворомъ ментола, кокаина или азотнокислаго серебра (5—10%). Внутрь даютъ бертолетову соль. Если причиной нужно признать простуду, то прописываютъ салициловокислый натръ или салипиринъ, при нервной формѣ—антипиринъ или мышьякъ.

Рожа глотки—острая заразная флегмона глотки.

Этіологія. Рожа глотки либо предшествуетъ рожистому воспаленію кожи, либо идетъ рука объ руку съ рожей лица, либо, наконецъ, встрѣчается самостоятельно какъ первичная острая заразная флегмона зѣва (*Senator*). Нѣкоторые авторы отдѣляютъ послѣднюю форму отъ рожи, другіе же оспариваютъ самостоятельность ея, основываясь на томъ, что рожистый стрептококкъ не отличается отъ гноероднаго стрептококка, и потому разсматриваютъ оба процесса какъ вызванные одними и тѣми же микробами, но обладающими различною вредоносностью. Зараженіе происходитъ черезъ какое либо пораненіе или черезъ миндалины (*Davis*) (см. общая этіологія). Въ одномъ случаѣ *Schwartz*'а исходной точкой процесса послужила не вполне зажившая оспенная пустула въ зѣвѣ.

Симптомы. При умѣренной лихорадкѣ у больныхъ появляется боль при глотаніи. Слизистая оболочка зѣва сильно красна, припухла, гнойно пропитана, подчелюстныя железы замѣтно увеличены. Если процессъ распространяется на гортань, то появляется одышка. Подкожная клѣтчатка шеи тоже оказывается иногда гнойно пропитанной.

Общее состояніе, сравнительно съ повидимому незначительнымъ пораженіемъ слизистой оболочки, крайне тяжелое, сознание помрачено, и больные нерѣдко скоро погибаютъ, иногда внезапно.

При рожѣ—если такое разграниченіе возможно, и, судя по клиническому теченію, это нужно допустить—лихорадка бываетъ сильнѣе, сли-

зистая оболочка имѣеть болѣе темный красный цвѣтъ и кажется какъ бы лакированной; теченіе въ общемъ благопріятнѣе.

При заразной флегмонѣ встрѣчаются также метастатическія воспаленія сывороточныхъ оболочекъ. *Semon* нашелъ у всѣхъ своихъ больныхъ, у которыхъ моча могла быть изслѣдована, большое количество сахара.

Распознаваніе острой заразной флегмоны ставится на основаніи наличности красноты слизистой оболочки въ зависимости отъ гнойнаго пропитыванія ея, отсутствія налета, незначительности лихорадки, помраченія сознанія и тяжеломъ и быстромъ теченіи.

Предсказаніе при острой заразной флегмонѣ неблагопріятно, при рожѣ сомнительно.

Леченіе. Внутри назначаютъ жаропонижающія, которыя при болѣе тяжелыхъ формахъ обыкновенно, впрочемъ, бесполезны. Кромѣ того, даютъ глотать кусочки льда и кладутъ на голову пузырь со льдомъ. Особенно слѣдуетъ обратить вниманіе на общее состояніе. Если процессъ перешелъ на гортань, то нужно сдѣлать трахеотомию. Больныхъ съ рожей слѣдуетъ отдѣлить.

Выпотной фарингитъ (pharyngitis exsudativa) и многоформная эритема глотки (erythema exsudativum multiforme pharyngis).

Одновременно съ характерными явленіями на кожѣ, иногда раньше, изрѣдка и безъ нихъ, на слизистой оболочкѣ рта и глотки, подчасъ также гортани, образуются плотные *инфильтраты въ видѣ узелковъ, окруженныхъ свѣтлокраснымъ вѣнчикомъ*, которые омертвѣвають и превращаются въ язвы съ желтоватосѣрымъ дномъ, послѣ заживленія которыхъ остаются небольшія плоскія углубленія. Нерѣдко, однако, наблюдается послѣдовательное высыпаніе новыхъ узелковъ, такъ что процессъ можетъ иногда тянуться очень долго (до 6 мѣсяцевъ).

Леченіе зачастую остается безуспѣшнымъ; назначаютъ обеззараживающія полосканія, боли успокаиваютъ смазываніями кокаиномъ, ляписомъ и проч.

Псоріатическія бляшки, наряду съ высыпью на кожѣ, наблюдались *Wagner* омъ на мягкомъ небѣ; бляшки держатся недѣлями и мѣсяцами и исчезаютъ вмѣстѣ съ кожною сыпью или раньше ея.

Узелки *плоскаго красного лишая (lichen ruber planus)* наблюдались, кромѣ рта, также на корнѣ языка.

При *пурпурѣ* въ одномъ случаѣ была найдена язва на надгортанникѣ.

Litten наблюдалъ въ одномъ случаѣ послѣ употребленія *ревеня* поражение слизистой оболочки зѣва въ видѣ гѣморрагически пустулезнаго воспаленія; далѣе *Lavallée* видѣлъ послѣ употребленія *салола*, наряду съ эритемой на кожѣ, появленіе такой же сыпи въ зѣвѣ, которая причиняла боли при глотаніи.

При *кранииции* иногда наблюдались волдыри на языкѣ и въ зѣвѣ, которые вызывали боли при глотаніи.

При *внѣрняой остѣ* иногда бываетъ высыпь пузырьковъ на слизистой оболочкѣ зѣва.

При *натуральной остѣ* на покрасѣвшей слизистой оболочкѣ зѣва могутъ иногда появиться пустулы, послѣ заживанія которыхъ остаются круглыя, втянутыя рубцы. Я видѣлъ оспенныя пустулы на надгортанникѣ.

При *кори*, за 1—2 дня до появленія сыпи на кожѣ, замѣчаются красныя пятна, величиною отъ просяного до чечевичнаго зерна, которыя могутъ превратиться въ узелки, въ которыхъ иногда происходитъ кровоизліяніе; съ появленіемъ сыпи на кожѣ пятна обыкновенно исчезаютъ. Подобныя же пятна встрѣчаются при *краснухѣ*.

При *скарлатинѣ* бываетъ краснота и припухлость слизистой оболочки зѣва, причѣмъ дѣло иногда доходитъ до фибринознаго, дифтеритическаго или гангренознаго воспаленія.

При *брюшномъ тифѣ* тоже наблюдается пораженіе слизистой оболочки зѣва.

Кромѣ встрѣчающейся иногда красноты и болѣе или менѣе сильной припухлости глоточнаго и язычнаго миндаликъ, *Wagner* и *Calm* наблюдали въ началѣ брюшнаго тифа на мягкомъ небѣ, *resp.* небныхъ дужкахъ, круглыя или овальныя, величиною больше чѣмъ съ чечевичу, сѣробѣлаго цвѣта *язвы* съ рѣзкими очертаніями, причѣмъ окружающія части представлялись болѣе или менѣе покрасѣвшими и мало припухшими. Дно язвъ было покрыто налетомъ, который содержалъ множество бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, плоскія эпителиальныя клѣтки и растительныя организмы. По истеченіи 1 — 1½ недѣль язвы заживали безъ образованія рубцовъ. *Landgraf*, подобно *E. Fränkel*'ю, считаетъ эти язвы не специфическими, такъ какъ въ нихъ никогда не находили брюшно-тифозныхъ палочекъ, и по времени развитія ихъ онѣ обыкновенно не совпадаютъ съ образованіемъ кишечныхъ язвъ. Ихъ нужно признать за чисто катарральныя язвы, тѣмъ болѣе, что онѣ встрѣчаются также на частяхъ слизистой оболочки, совершенно лишенныхъ фолликуловъ, напр. на губахъ. Развитію ихъ содѣйствуетъ высыханіе слизистой оболочки, наступающее подъ вліяніемъ пораженія слюнныхъ железъ, а также давленіе спинки языка на переднія небныя дужки, на которыхъ преимущественно и встрѣчаются подобныя язвы.

Angina pultacea, cachectica, которая наблюдается и при брюшномъ тифѣ, выражается краснотой съ пятнистой или равномерной окраской и шероховатостью небной занавѣски, въ особенности миндалинъ, и обусловливается разбуханіемъ и отслаиваніемъ эпителія.

Трихины проникаютъ иногда въ жевательныя мышцы, рѣже въ мышцы мягкаго неба, причѣмъ наблюдаются боли при жеваніи и глотаніи.

При *сибирской язвѣ* поражается иногда и зѣвъ; слизистая оболочка бываетъ при этомъ покрасѣвшей, подслизистая же ткань, особенно во

входѣ въ гортань, отечно-припухшей, такъ что можетъ наступить рѣзкое затрудненіе дыханія. Иногда слизистая оболочка омертвѣваетъ.

При *cann* на слизистой оболочкѣ зѣва появляются иногда узлы, которые затѣмъ распадаются и образуютъ язвы съ оmozолѣлыми краями; они сопровождаются всегда припухлостью лимфатическихъ железъ. При этомъ преобладающимъ явленіемъ бываетъ обыкновенно сильная флегмона зѣва съ тяжелыми общими явленіями.

При распознаваніи сибирской язвы и сапа нужно обратить особенное вниманіе на профессію больного, которая именно подаетъ поводъ къ зараженію.

Пемфигусъ глотки. Pemphigus pharyngis.

Strelitz нашелъ въ содержимомъ пузырей золотисто-желтаго цвѣта коккъ, чистая разводка котораго, будучи привита имъ самому себѣ въ кожу, вызвала у него пемфигусъ; такой же результатъ былъ полученъ и *Marquist* омъ.

Пемфигусъ глотки характеризуется явленіемъ на слизистой оболочкѣ *пузырей*, величиною отъ горошины до боба, которые одновременно, нерѣдко и позже, развиваются также на кожѣ, или же могутъ на ней отсутствовать.

Пузыри векорѣ лопаются и образуются покрытыя бѣлымъ или желтоватобѣлымъ налетомъ *эрозій*, на мѣстѣ которыхъ слизистая оболочка суха, представляетъ трещины и болѣзненна. Эрозіи мало по малу заживаютъ, и въ то же время появляются новые пузыри. Иногда, впрочемъ, бѣловатосѣраго цвѣта отложенія наблюдаются и безъ предварительнаго образованія пузырей.

Припадки довольно рѣзки; особенно беспокоитъ больныхъ сильная болѣзненность, которая мѣшаетъ или почти совершенно не позволяетъ имъ ѣсть. Если пузыри образуются на слизистой оболочкѣ гортани, то можетъ присоединиться затрудненіе дыханія.

Распознаваніе основывается на образованіи сравнительно большихъ пузырей, на наличности сѣроватаго цвѣта эрозій, хроническомъ, безлихорадочномъ теченіи, отсутствіи реакціи въ окружности и распространеніи пузырей на слизистую оболочку рта, глотки и гортани. Иногда пемфигусъ наблюдается безъ образованія пузырей, какъ это было, напр., въ одномъ случаѣ *Landgraf* а.

Предсказаніе неблагоприятно, такъ какъ подъ вліяніемъ истощенія обыкновенно спустя 1—2 недѣли наступаетъ смерть.

Леченіе безуспѣшно, такъ какъ болѣзнь не уступаетъ никакимъ средствамъ. Противъ болѣй примѣняютъ мѣстно кокаинъ, ментоль, антипиринъ и проч.

Дифтерія зѣва. Diphtheria faucium.

Этіологія. Дифтерія зѣва принадлежитъ къ числу наиболѣе губительныхъ болѣзней; по обстоятельной статистикѣ *Brühl* я и *Jahr* а, въ

Пруссія ежегодно умираетъ отъ дифтеріи 42.000 человекъ. Если холера наводитъ больше ужаса, чѣмъ дифтерія, то это объясняется, во-первыхъ, болѣе внезапнымъ развитіемъ эпидеміи ея, во-вторыхъ, тѣмъ, что она представляетъ больше опасности для взрослыхъ. Дифтеріей, напротивъ, заболѣваютъ обыкновенно дѣти, рѣдко взрослые, причемъ она почти никогда не прекращается вполне, хотя поврежденіямъ и встрѣчается лишь спорадически. Она является постояннымъ бичемъ человѣчества, опасность же, которую постоянно видятъ передъ собою, внушаетъ меньше страха. Обыкновенно, однако, дифтерія господствуетъ въ видѣ эпидеміи, кото-



Рис. 68. Препаратъ колоніи дифтерійныхъ палочекъ на агаровой пластинкѣ (*Fränkel-Pfeiffer*).

рымъ предшествуютъ отдѣльные случаи заболѣванія. Продержавшись нѣкоторое время на высотѣ, эпидемія мало по малу ослабѣваетъ, но вполне болѣзнь, по крайней мѣрѣ въ большихъ городахъ, никогда не прекращается.

Возбудителемъ дифтеріи въ настоящее время почти всѣми признаются *Löffler* овскія палочки (рис. 68), которыя характеризуются присутствіемъ своеобразныхъ зернышекъ, признаваемыхъ *Klebs*'омъ за споры, и колбообразныхъ утолщеній на концахъ и встрѣчаются постоянно

въ наиболѣе старой части пленокъ, содержащей множество клѣточныхъ элементовъ. Онѣ не растутъ въ питательной желатинѣ при обыкновенной комнатной температурѣ, но зато прекрасно развиваются въ смѣси изъ 3 чч. кровяной сыворотки и 1 ч. бульона, къ которой прибавлено 1 % пептона, 1 % винограднаго сахара и 0,5 % поваренной соли (*Löffler*). Палочки эти встрѣчаются исключительно при настоящей дифтеріи и отсутствуютъ при такъ назыв. скарлатинной дифтеріи, которая представляетъ обыкновенно лишь некротизирующую ангину и вызывается стрептококками, а также при пораженіи зѣва, свойственномъ кори. Если ихъ находятъ въ зѣвѣ при этихъ заразныхъ болѣзняхъ, то дѣло идетъ объ осложненіи дифтеріей.

То обстоятельство, что дифтерійныя палочки находятъ иногда при лакунарной ангинѣ, тоже не говоритъ противъ специфичности ихъ, такъ какъ клиническія наблюденія показываютъ (см. выше о лакунарной ангинѣ), что дифтерія иногда проявляется подъ видомъ лакунарной ангины.

Дифтерійныя палочки удается, впрочемъ, найти не только въ пленкахъ, но нерѣдко уже въ самомъ началѣ болѣзни.

Хотя *Klebs*'у, *Kolisko* и *Paltauf*'у удалось доказать, что дифтерійныя палочки могутъ проникать въ эпителий, тѣмъ не менѣе, съ другой стороны, не подлежитъ сомнѣнію, что пораненія, небольшія трещины слизистой оболочки зѣва благопріятствуютъ зараженію. *Jahr* и *Brühl*, на основаніи тщательныхъ изслѣдованій дифтеріи въ Пруссіи, пришли къ заключенію, что смертность отъ дифтеріи равномѣрно понижалась съ средней годовой температурой, и что наибольшее число смертныхъ случаевъ наблюдается въ тѣхъ мѣстностяхъ, гдѣ особенно часты внезапныя колебанія температуры и влажности воздуха, тогда какъ въ мѣстностяхъ съ теплымъ, сухимъ и болѣе равномѣрнымъ климатомъ смертность оказывается меньше. Указанныя условія, какъ извѣстно, играютъ также существенную роль при простыхъ катаральныхъ воспалительныхъ процессахъ, и ими объясняется частое, иногда какъ бы эпидемическое, развитіе острыхъ катарровъ верхнихъ дыхательныхъ путей. Пока трудно сказать, насколько упомянутыми факторами объясняется неодинаковая смертность отъ дифтеріи въ различныхъ большихъ центрахъ Германіи и другихъ странъ, въ которыхъ шансы для зараженія, для передачи дифтеріи отъ больныхъ здоровымъ, или черезъ посредство третьихъ лицъ, приблизительно одинаковы. Въ большихъ городахъ, на окраинахъ которыхъ скученность болѣе бѣднаго населенія благопріятствуетъ распространенію дифтеріи, опасность дальнѣйшаго распространенія эпидеміи, конечно, и безъ того уже значительна. Несомнѣнно, однако, что и характеръ эпидеміи въ однихъ и тѣхъ же мѣстахъ въ различные годы бываетъ неодинаковъ — встрѣчаются и болѣе легкія, и болѣе тяжелыя эпидеміи.

Кромѣ указанныхъ болѣе общихъ условій, способствующихъ развитію эпидеміи дифтеріи (внезапныя измѣненія въ водоотдачѣ со стороны верхнихъ дыхательныхъ путей, которыя, по *Deneke*, вызываютъ болѣзненные измѣненія, напр., въ эпителии, и такимъ образомъ облегчаютъ виѣдреніе палочекъ въ слизистую оболочку), несомнѣнно нужно допустить еще личное расположеніе, которое обыкновенно находитъ себѣ объясненіе въ мѣстномъ заболѣваніи верхнихъ дыхательныхъ путей. Такъ, нарушеніе цѣлости эпителия подъ вліяніемъ упомянутыхъ внезапныхъ измѣненій влажности будетъ, конечно, легче происходить особенно у такихъ дѣтей, которыя вслѣдствіе суженія носа (обыкновенно въ зависимости отъ аденоидныхъ разрошеній) принуждены дышать открытымъ ртомъ, такъ какъ при этомъ уже не могутъ быть регулируемы температура и влажность вдыхаемаго воздуха.

Далѣе, извѣстно, что дѣти съ увеличенными небными миндалинами легче заболѣваютъ дифтеріей, нежели такія, у которыхъ миндалины нормальны. Объясняется это тѣмъ, что у первыхъ отверстія лакунъ обыкновенно шире и больше, такъ что виѣдреніе палочекъ можетъ происходить уже скорѣе и легче. Что такое виѣдреніе возможно, однако, и безъ поврежденія слизистой оболочки, было упомянуто уже выше (см. Общая

патологія). Постоянное выселеніе лейкоцитовъ черезъ эпителий и обусловливаемое этимъ нарушеніе цѣлости его благоприятствуетъ, конечно, вѣдренію микроорганизмовъ. И относительно другихъ заразныхъ болѣзней извѣстно, что аденоидная ткань глотки довольно часто служитъ мѣстомъ поступленія заразнаго начала. Наконецъ, предшествовавшая тяжелая болѣзнь ребенка, подорвавшая сопротивляющую способность его, тоже можетъ обусловить личное расположеніе къ заболѣванію дифтеріей.

Общія явленія при дифтеріи зависятъ отъ отравленія ядомъ, вырабатываемымъ палочками, который *Löffler*'омъ, а также *Roux* и *Yersin*'омъ признается за энзимъ. Между прочимъ, *Kolisko* и *Paltauf*'у удалось выдѣлить этотъ ядъ изъ палочекъ.

Симптомы. Болѣзнь начинается обыкновенно *лихорадкой*, которая не всегда, однако, находится въ соответствіи съ распространеніемъ и тяжестью процесса; она колеблется отъ незначительныхъ повышеній температуры до $40^{\circ},0$ — $41^{\circ},0$ Ц. и продолжается обыкновенно нѣсколько дней. Самочувствіе болѣе или менѣе нарушено, вмѣстѣ съ тѣмъ наблюдаются потеря аппетита, общее недомоганіе, головная боль, головокруженіе, вялость или сильное безпокойство, бредъ и рвота. Одновременно съ этимъ, или по прошествіи нѣсколькихъ часовъ, больные жалуются на *боли при глотаніи* съ одной или обѣихъ сторонъ, отдающія обыкновенно въ ухо. Боли могутъ быть, однако, настолько ничтожны, что особенно маленькія дѣти могутъ совершенно не указывать на нихъ. Поэтому нужно принять за правило, *непрерывно* изслѣдовать зѣвъ у лихорадящихъ дѣтей. Пульсъ обыкновенно частъ и малъ.

При *осмотрѣ зѣва* видны вначалѣ на покраснѣвшей слизистой оболочкѣ, обыкновенно прежде всего на миндалинахъ, но также и на другихъ частяхъ зѣва, отдѣльныя сѣро-бѣлаго цвѣта бляшки величиною съ чечевицу, которыя постепенно увеличиваются, сливаются между собою и распространяются на смежныя части. Процессъ съ миндалинъ переходитъ въ особенности на переднія или также заднія небныя дужки, далѣе, на небную занавѣску и язычекъ, рѣже на заднюю стѣнку зѣва или даже язычный миндаликъ; нерѣдко процессъ распространяется также въ носоглоточное пространство и задніе отдѣлы носа. Частое и опасное явленіе представляетъ переходъ процесса на гортань и дыхательное горло, причемъ можетъ наступить угрожающее жизни затрудненіе дыханія. Слизистая оболочка въ окружности пораженныхъ частей представляется красной, язычекъ и небныя дужки нерѣдко отечны.

Дифтерійныя *налеты* представляютъ сѣро-бѣлаго цвѣта, плотныя пленки, которыя, помѣщаясь въ эпителии и подъ нимъ, сидятъ настолько крѣпко на слизистой оболочкѣ, что ихъ можно удалить только при извѣстномъ усиліи, причемъ подлежащая ткань кровоточитъ. Пленки состоятъ изъ переплетающихся волоконъ, между которыми находится зернистая масса, состоящая изъ различныхъ форменныхъ элементовъ, глыбчатыхъ и измѣненныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ и гнойныхъ тѣлецъ. Вмѣстѣ съ

тъмъ въ нихъ обыкновенно находятся дифтерійныя палочки. Нижняя граница пленки соответствуетъ обыкновенно нижней границѣ эпителія, рѣдко она проникаетъ въ самую ткань слизистой оболочки. Находящаяся подъ пленкой слизистая оболочка находится въ состояніи сильнаго воспаления, которое выражается налитіемъ сосудовъ, присутствіемъ множества бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ волосникахъ, а также въ ткани слизистой оболочки между сосудами, и точечными кровоизліяніями. Какъ бы то ни было, при дифтеріи всегда имѣется дѣло съ процессомъ, захватывающимъ самую ткань (рис. 69) и сопровождающимся омертвѣніемъ, по меньшей мѣрѣ, эпителія, такъ что удаленіе пленокъ, повятно, невозможно безъ нарушенія цѣлости ткани. Къ мѣстному омертвѣнію присоединяется отграничивающее (демаркаціонное) воспаление, которое способствуетъ отторженію пленки, благодаря тому, что между нею и воспаленною слизистой оболочкою фибриновый выпотъ замѣняется гнойнымъ.

Теченіе. Такимъ образомъ спустя нѣсколько дней пленки мало по малу разрушаются, свѣшиваются въ видѣ ключевъ и отторгаются, причемъ онѣ отхаркиваются и иногда проглатываются, если не позаботиться объ искусственномъ удаленіи ихъ. Смотря по мѣстоположенію и размерамъ, онѣ имѣютъ различную форму, по которой можно иногда судить, на какомъ мѣстѣ онѣ помѣщались.



Рис. 69. Пораженная дифтеріей слизистая оболочка дыхательнаго горла. Сръзь, окрашенный спиртнымъ растворомъ метиленовой синьки (*Fränkel-Pfeiffer*). Темныя части соответствуютъ мѣстоположенію палочекъ.

Иногда, послѣ того какъ слизистая оболочка зѣва почти или вполне очистилась, образуются снова пленки, которыя бывають, однако, меньшей толщины и величины и держатся обыкновенно недолго.

Послѣ отторженія пленокъ остается раневая поверхность, которая покрывается эпителиемъ, или же, если процессъ перешелъ въ слизистую оболочку, заживаетъ рубцомъ, такъ что подчасъ могутъ наступить сращения, какъ и послѣ сифилитическихъ язвъ, когда онѣ помѣщались на двухъ противоположащихъ поверхностяхъ.

При наиболѣе тяжелой, т. назыв. *милостной* формѣ дифтеріи ток-

сическія явленія иногда уже въ первые 2 дня болѣзни, обыкновенно же спустя нѣсколько дней, выступаютъ на первый планъ и въ теченіе первыхъ 48 часовъ или на 3-й, либо 4-й день ведутъ къ смерти. Пленки бываютъ грязно-бѣлаго, буроватаго цвѣта, рыхлы, расплываются и, при-мѣшиваясь къ слюнкѣ, превращаютъ ее въ буроватую, зловонную, ѣдкую жидкость, которая, попадая на губы, разъѣдаетъ кожу ихъ. Вместе съ тѣмъ наблюдаются кровотеченія изъ слизистой оболочки, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступаетъ омертвѣніе, такъ что, напр., язычекъ можетъ отпасть.

Подчелюстные лимфатическія железы, а также железы подъ угломъ нижней челюсти бываютъ припухши. Иногда вслѣдъ за перенесенной дифтеріей или спустя нѣсколько дней, обыкновенно же только черезъ 1—2 недѣли, либо еще позже, появляются *параличи* различныхъ мышцъ. Наибольше важное значеніе имѣетъ въ этомъ отношеніи параличъ сердца, который наступаетъ въ періодъ выздоравливанія и нерѣдко быстро кончается смертью. Наичаще наблюдается т. назыв. послѣдифтерійный параличъ небной занавѣски (см. дальше), который крайне затрудняетъ питаніе и выражается гнусливостью голоса. Иногда появляются параличи различныхъ гортанныхъ мышцъ.

Болѣзные рефлексы нерѣдко ослаблены или совершенно отсутствуютъ; потеря сухожильныхъ рефлексовъ очень часто бываетъ первымъ предвѣстникомъ паралича, подчасъ же послѣдній предшествуетъ ей.

Сравнительно часто наблюдается, далѣе, параличъ аккомодациі, который выражается тѣмъ, что дѣти ясно видятъ отдаленные предметы, вблизи же не въ состояніи аккомодировать и, вслѣдствіе этого, не могутъ, напр., читать, потому что у нихъ „буквы сливаются“. Затѣмъ встрѣчаются болѣе или менѣе тяжелые параличи мышцъ конечностей и туловища; подчасъ наблюдается атаксія. Парезъ дыхательныхъ мышцъ, который можетъ, конечно, угрожать опасностью, бываетъ, къ счастью, рѣдко. *Martius* наблюдалъ въ одномъ случаѣ вслѣдствіе периневрита блуждающаго нерва параличъ одной голосовой связки. Рѣдко наблюдаются высыпи, опуханіе суставовъ и эндокардитъ, но зато часто бываетъ альбуминурія. Въ одномъ случаѣ *A. Baginsky* видѣлъ у ребенка столбнячныя явленія. *Jones* наблюдалъ спустя 10 дней послѣ перенесенной дифтеріи зѣва внезапное появленіе правосторонней гемиплегіи съ двигательной афазіей. Черезъ 6 недѣль ребенокъ почти совсѣмъ поправился, хотя умственные способности нѣсколько пострадали и рѣчь была замедлена.

Распознаваніе. Въ пользу дифтеріи говоритъ прежде всего наличность эпидеміи или возможность зараженія. Однако, и независимо отъ этого, распознаваніе, въ виду изложеннаго, особенно въ дальнѣйшей ступени, нетрудно, тогда какъ, вначалѣ дифтерію можно иногда смѣшать съ другими болѣзнями. Очень часто за дифтерію принимаютъ *лакунарную ангину*, но при послѣдней, какъ уже сказано, выпотъ легко можетъ быть удаленъ кисточкой, при настоящей же дифтеріи это не удастся,

по крайней мѣрѣ безъ нарушенія цѣлости слизистой оболочки и кровотока. Тѣмъ не менѣе встрѣчаются переходныя формы, такъ что въ первый день нельзя высказаться съ увѣренностью, а приходится выждать дальнѣйшее теченіе, которое для каждой изъ этихъ болѣзней вполне характерно. Въ сомнительныхъ случаяхъ рѣшающее значеніе имѣетъ бактериологическое изслѣдованіе.

Объ отличіи дифтеріи отъ герпеса, афты и проч. см. въ соответственныхъ главахъ.

Предсказаніе зависитъ, съ одной стороны, отъ свойства эпидеміи, съ другой, отъ распространенія дифтерійнаго процесса и отъ личныхъ особенностей, т. е. возраста и силъ больного. Нѣкоторыя эпидеміи даютъ гораздо большую смертность, нежели другія. Болѣе значительное распространеніе процесса, особенно на гортань и дыхательное горло, ухудшаетъ, конечно, предсказаніе, такъ какъ въ такихъ случаяхъ бываетъ необходима трахеотомія, которая влечетъ за собою извѣстную опасность. Переходъ процесса на носъ тоже считается обыкновенно неблагоприятнымъ признакомъ. Далѣе, важное значеніе имѣетъ общее состояніе. Чѣмъ моложе дѣти, тѣмъ больше, разумѣется, опасность для жизни. Чѣмъ раньше поставлено распознаваніе, тѣмъ лучше въ общемъ предсказаніе.

Параличи, поскольку они не касаются сердца или дыхательныхъ мышцъ, въ общемъ не ухудшаютъ предсказанія. Коллапсъ можетъ наступить уже въ первые дни болѣзни; въ дальнѣйшемъ теченіи ея онъ протекаетъ обыкновенно медленнѣе, такъ что предсказаніе колеблется. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, смерть можетъ наступить внезапно черезъ 5—7 недѣль.

Трупная блѣдность кожи съ зеленоватымъ оттѣнкомъ, въ родѣ того, какъ это наблюдается иногда послѣ отравленій, составляетъ дурной признакъ. Коллапсъ наступаетъ, вѣроятно, подъ вліяніемъ обращающагося въ крови яда (*Hemoch*), а не въ слѣдствіе миокардита (*Romberg*), при которомъ явленія бываютъ обыкновенно иныя. Такого же взгляда придерживается *B. Hesse*, на основаніи произведенныхъ имъ тщательныхъ изслѣдованій. Паренхиматозное перерожденіе сердечной мышцы, находимое обыкновенно у дѣтей, которыя рано погибли, а также интерстиціальныя измѣненія, встрѣчающіяся у погибшихъ въ позднѣйшихъ степеняхъ болѣзни, слишкомъ непостоянны, чтобы ими можно было объяснить смертельный параличъ сердца.

Альбуминурия ухудшаетъ, по *Hemoch*'у, предсказаніе только тогда, когда содержаніе бѣлка очень значительно, напр. когда онъ занимаетъ послѣ кипяченія мочи въ пробиркѣ $\frac{1}{3}$ или больше количества ея.

Леченіе. Прежде всего необходимо отдѣлить больного, такъ какъ въ противномъ случаѣ всѣмъ членамъ семьи, особенно дѣтямъ, угрожаетъ опасность зараженія. По окончаніи болѣзни нужно произвести тщательное обеззараживаніе помѣщенія и всѣхъ предметовъ, которые приходили въ соприкосновеніе съ больнымъ.

Нѣтъ никакой возможности, да и излишне, перечислять здѣсь всѣ средства, которыя съ теченіемъ времени, съ большимъ или меньшимъ увлеченіемъ, были предложены противъ дифтеріи. Во-первыхъ, въ цѣломъ рядѣ случаевъ, въ которыхъ средства эти будто бы хорошо дѣйствовали, болѣзнь, несомнѣнно, смѣшивалась съ обыкновенными ангинами, во-вторыхъ, какъ уже сказано, теченіе дифтеріи зависить отъ свойства эпидеміи и тяжести каждаго даннаго случая, такъ что при недостаточно критическомъ отношеніи легко впасть въ ошибку относительно терапевтическаго значенія того или другаго средства. Во всякомъ случаѣ, если *мѣстнымъ средствамъ* можно приписывать благопріятное вліяніе на процессъ, то на первомъ планѣ заслуживаютъ вниманія средства, которыя предложены *Löffler'*омъ въ виду губительнаго дѣйствія ихъ на дифтерійныя палочки. Для вдыханій и полосканій онъ предлагаетъ лимонную кислоту, эйкалиптовое масло, анисовое масло, феноль, бензолъ, толуоль, кромѣ того сулему (1:1000), 3% растворъ карболовой кислоты (въ 30% спиртѣ) и равныя части спирта и скипидара съ 2% растворомъ карболовой кислоты. Въ послѣднее время онъ совѣтуетъ обтирать пораженныя части черезъ каждые 3 часа, въ продолженіе нѣсколькихъ секундъ, ватнымъ шарикомъ, который пропитанъ слѣдующею смѣсью: ментола 10,0, толуола 36,0, полуторохлористаго желѣза 4,0, спирта 100,0. Другими предложены известковая вода, хлорная и іодная вода и проч.

Во всякомъ случаѣ мѣстное механическое леченіе, въ родѣ смазываній и т. п., нужно примѣнять очень осторожно. Напротивъ, полосканія умѣстны, ибо дифтерійныя палочки находятся почти исключительно на поверхности пленокъ или слизистой оболочки, такъ что дальнѣйшее мѣстное разселеніе ихъ можно предупредить противогнилостными средствами. Насильственное удаленіе пленокъ или прижиганіе ихъ можетъ, наоборотъ, вызвать поврежденія ткани, черезъ которыя палочки могутъ проникнуть вглубь и такимъ образомъ подать поводъ къ гнилостнымъ процессамъ.

Къ мѣстному леченію принадлежитъ также предложенное различными авторами непрерывное примѣненіе льда, снаружи и внутри.

Изъ *внутреннихъ средствъ* издавна пользуется широкимъ употребленіемъ бертолетова соль, въ новѣйшее же время предложены также ртутные препараты, особенно каломель въ большихъ пріемахъ и синеродистая ртуть, скипидарное масло и папайотинъ. Въ послѣдніе годы первое мѣсто завоевала себѣ противодифтерійная сыворотка, хотя значеніе ея и оспаривается нѣкоторыми почтенными авторами. Сыворотка дѣйствуетъ, несомнѣнно, лучше всего, когда она впрыскивается въ первый или на второй день болѣзни, пока еще не успѣло присоединиться зараженіе стрептококками. Поэтому въ сомнительныхъ случаяхъ нужно немедленно произвести бактериологическое изслѣдованіе и, въ случаѣ положительнаго результата, сдѣлать впрыскиваніе, или же, если со времени заболѣванія прошло

уже 2 дня, прямо впрыснуть сыворотку, а именно, 1000 единицъ анти-токсина (1 единица антитоксина = 1 куб. см. нормальной сыворотки, т. е. такой, 0,1 которой достаточно, чтобы обезвредить 10-кратное смертельное количество яда).

При угрожающемъ коллапсѣ нужно примѣнить возбуждающія средства, особенно камфору въ большихъ приѣмахъ (1,0 въ сутки), вино и проч.

Съ цѣлью поддержанія силъ даютъ молоко, коньякъ, вино, мясной сокъ и т. д.

При параличѣ небной занавѣски иногда необходимо искусственное кормленіе черезъ желудочный зондъ.

Заглотоchnый нарывъ. Abscessus retropharyngealis.

Этіологія. Гнойное воспаленіе клѣтчатки задней стѣнки зѣва наблюдается обыкновенно у дѣтей въ первые годы жизни, хотя оно можетъ, конечно, встрѣчаться и въ позднѣйшемъ возрастѣ. Между тѣмъ какъ въ послѣднемъ случаѣ оно чаще бываетъ *травматическаго* происхожденія, оно развивается у маленькихъ дѣтей нерѣдко *идіопатически*, и притомъ обыкновенно вслѣдствіе нагноенія глубокихъ лимфатическихъ железъ. Дѣло въ томъ, что у дѣтей моложе 3-хъ лѣтъ, между сжимающими мышцами глотки и предпозвоночнымъ апоневрозомъ, на уровнѣ 2—3-го шейныхъ позвонковъ, встрѣчаются лимфатическія железы, которыя расположены симметрически по обѣимъ сторонамъ срединной линіи и впоследствии атрофируются; нагноеніемъ этихъ железъ и объясняется то, что заглотоchnый нарывъ наблюдается сравнительно часто у маленькихъ дѣтей, даже у грудныхъ. Подъ вліяніемъ *сифилиса* — быть можетъ, также *рахиита*, *золотухи*, *бугорчатки* — железы эти могутъ оставаться болѣе долгое время и подвергнуться нагноенію. Пораженіе кожи головы, полостей ея, а также слизистой оболочки носа и зѣва тоже могутъ повести къ воспаленію этихъ железъ и къ образованію заглотоchnаго нарыва.

Гнойное воспаленіе средняго уха, по нѣкоторымъ наблюденіямъ, тоже можетъ подать поводъ къ развитію заглотоchnаго нарыва, въ особенности у дѣтей, у которыхъ костныя части уха еще не вполне развиты. Наконецъ, заглотоchnый нарывъ наблюдали послѣ *скарлатины* и *дифтеріи*.

Къ травматическимъ причинамъ принадлежатъ поврежденія вслѣдствіе инородныхъ тѣлъ, вывиха шейныхъ позвонковъ и проч.

Симптомы. Заглотоchnый нарывъ рѣдко развивается остро, причѣмъ преобладающими явленіями бываютъ высокая лихорадка и сильныя боли при глотаніи; *обыкновенно* онъ образуется медленно и вызываетъ сначала разстройство глотанія, а затѣмъ также дыханія и рѣчи. Смотря по мѣстоположенію его, преобладаетъ разстройство той или другой функціи. Когда нарывъ помѣщается сравнительно высоко, то наблюдаются, главнымъ образомъ, боли при глотаніи, затрудненіе глотанія и носового дыханія, а также гнусливый оттѣнокъ голоса; напротивъ, когда нарывъ расположенъ низко, то преобладающимъ явленіемъ бываетъ затрудненіе ды-

ханія, которое может доходить до удушья и особенно во снѣ проявляется хрипѣніемъ, которое по временамъ смѣняется полной остановкой дыханія.

При нарывахъ вслѣдствіе костоѣды шейныхъ позвонковъ наблюдаются тугоподвижность заднихъ шейныхъ мышцъ, болѣзненность при движеніяхъ головы и шеи, отклоненіе головы кзади и напряженіе грудино-ключично-сосковой мышцы противоположной стороны.—Вслѣдствіе воспалительнаго опуханія ткани вокругъ мѣста выходенія лицевого нерва или перехода воспаления на самый нервъ иногда можетъ наступить параличъ его. При осмотрѣ видно, когда нарывъ сидитъ высоко, покраснѣніе и выпячиваніе слизистой оболочки задней стѣнки зѣва; напротивъ, при болѣе низкомъ положеніи нарыва только при ощупываніи опредѣляется упругая, зыблущаяся припухлость.

Распознаваніе. Такимъ образомъ для постановки распознаванія не всегда достаточно одного осмотра зѣва, а необходимо еще ощупать носоглотку и нижній отдѣлъ глотки, чтобы не впасть въ ошибку. Ощущеніе *зыбленія*, которое прямо указываетъ на нарывъ, даетъ возможность отличить его отъ опухолей. При бугорчаткѣ заглоточныхъ лимфатическихъ железъ, съ которою можно смѣшать заглоточный нарывъ, обыкновенно находятъ одновременно припуханіе шейныхъ лимфатическихъ железъ соотвѣтственной стороны; кромѣ того, процессъ долгое время держится безъ измѣненія. Отсутствіе охриплости и выдѣленія мокроты устраняютъ возможность смѣшенія съ заболѣваніями гортани.

Предсказаніе въ общемъ зависитъ отъ причины болѣзни. Нарывъ вслѣдствіе костоѣды позвонковъ даетъ, конечно, худшее предсказаніе, нежели идиопатическій нарывъ, хотя и послѣдній можетъ угрожать жизни, напр., когда онъ вскрывается у дѣтей во время сна; въ такомъ случаѣ можетъ наступить смерть отъ задушенія вслѣдствіе попаданія гноя въ дыхательные пути. Впрочемъ, смертельный исходъ нѣсколько разъ наблюдался и послѣ искусственнаго вскрытія нарыва, и притомъ вслѣдствіе бронхопнеймоніи или коллапса, который можетъ наступить тѣмъ легче, что дѣти безъ того уже ослаблены вслѣдствіе недостаточнаго питанія. Въ общемъ можно принять, что чѣмъ раньше поставлено распознаваніе и чѣмъ раньше удаленъ гной, тѣмъ лучше предсказаніе. Если нарывъ не будетъ своевременно вскрытъ, то онъ можетъ перейти въ средостѣніе или въ наружныя части шеи, и вслѣдствіе продолжительнаго нагноенія можетъ наступить смерть отъ истощенія.

Леченіе сводится къ вскрытію нарыва, которое лучше всего сдѣлать въ отвѣсномъ направленіи. Для того, чтобы предотвратить затеканіе гноя въ дыхательные пути, нужно непосредственно послѣ разрѣза наклонить голову больного впередъ и внизъ, или же, какъ я это обыкновенно дѣлаю, вскрыть нарывъ при наклоненномъ положеніи головы. Иногда приходится дѣлать второй разрѣзъ. Вскрытіе снаружи (*Burkhardt*) — разрѣзъ у внутренняго края грудино-ключично-сосковой мышцы на уровнѣ гортани—излишне и можетъ потребоваться только при спондилитическихъ

нарывахъ. Послѣ опорожненія гноя назначаютъ полосканія 2—5 % растворомъ борной кислоты. Особенное вниманіе нужно обратить на питаніе; кромѣ того, при наличности сифилиса, золотухи и проч. слѣдуетъ назначить соотвѣтственные средства (іодистый калий, іодистое желѣзо, рыбій жиръ и проч.).

Хроническій катарръ зѣва и хроническое воспаленіе миндалинъ. Pharyngitis chronica. Tonsillitis chronica.

Этіологія. Хроническій катарръ зѣва составляетъ нерѣдко послѣдствіе повторныхъ острыхъ воспаленій зѣва. Далѣе, онъ развивается подъ вліяніемъ различныхъ вредныхъ воздѣйствій, какъ-то: неумѣренное употребленіе спиртныхъ напитковъ и куреніе, переутомленіе голоса, вдыханіе пыли, вредныхъ и раздражающихъ газовъ, пребываніе въ сухомъ, горячемъ воздухѣ и проч. Затѣмъ явленія хроническаго катарра зѣва наблюдаются при всѣхъ формахъ закупорки носа, наконецъ, развитію его, несомнѣнно, способствуютъ общія заболѣванія, сифилисъ, бугорчатка, золотуха и проч. Нельзя отрицать также извѣстнаго наследственнаго предрасположенія къ развитію хроническаго катарра зѣва, такъ какъ наблюденія показываютъ, что въ нѣкоторыхъ семьяхъ онъ встрѣчается въ цѣломъ родѣ поколѣній.

Изъ вышеизложеннаго понятно, что хроническій катарръ зѣва наичаще наблюдается у взрослыхъ и притомъ у мужчинъ, тогда какъ у дѣтей онъ обыкновенно встрѣчается только какъ явленіе, сопутствующее аденоиднымъ разращеніямъ, или какъ проявленіе золотухи.

Въ общемъ можно различать двѣ формы хроническаго катарра зѣва: 1) *гипертрофическую* и 2) *атрофическую* или *сухую* форму.

1) При *гипертрофическомъ хроническомъ катаррѣ зѣва* слизистая оболочка, особенно на задней стѣнкѣ зѣва, представляется болѣе или менѣе сильно красной и пронизана многочисленными сосудистыми развѣтвленіями, которыя нерѣдко изъ одного центра лучисто расходятся по всѣмъ направленіямъ. Въ такомъ центрѣ видно обыкновенно кругловатое, полушаровидное, гладкое, болѣе краснаго цвѣта возвышеніе величиною съ булавочную головку, которое въ дальнѣйшемъ можетъ достигнуть размѣровъ отъ чечевицы до горошины и больше (такъ назыв. *granulum*) и въ серединѣ котораго замѣтно маленькое, большею частью щелевидное или круглое отверстіе. Благодаря сліянію нѣсколькихъ такихъ зеренъ могутъ образоваться большей величины, неправильныя, красныя возвышенія (*pharyngitis granulosa*).

Особую разновидность зернистаго фарингита представляетъ *pharyngitis lateralis*, который отличается отъ него собственно только въ отношеніи локализаци, именно, гиперплазія при этой разновидности занимаетъ боковую складку (трубноглоточную складку) и обнаруживается въ особенности при фонаціи и тоннотныхъ движеніяхъ, тогда какъ при покойномъ положеніи небной зававѣски она можетъ быть закрыта задней небной

дужкой. Впрочемъ, обыкновенно обѣ формы встрѣчаются совмѣстно, хотя нерѣдко одна изъ нихъ можетъ быть болѣе выражена, нежели другая. Кромѣ того, вся слизистая оболочка можетъ представляться утолщеною. Отдѣленіе обыкновенно увеличено, слизистая оболочка покрыта слизистымъ или слизисто-гнойнымъ секретомъ. На краяхъ небной занавѣски и дужекъ слизистая оболочка представляетъ довольно сильную красноту; язычекъ иногда утолщенъ и удлинень, такъ что онъ можетъ касаться корня языка или даже надгортанника. Въ особенности у молодыхъ субъектовъ и преимущественно у дѣтей наблюдается, кромѣ того, нерѣдко нѣкоторая гиперплазія глоточнаго миндалика, который при этомъ обыкновенно покрытъ слизисто-гнойнымъ отдѣленіемъ. Послѣ удаленія послѣдняго на покраснѣвшей слизистой оболочкѣ видны иногда припухшіе фолликулы въ видѣ желтыхъ точечныхъ включеній, при сліяніи и распаденіи которыхъ могутъ образоваться небольшіе нарывы или также кисты, хотя послѣднія чаще представляютъ ретенціонныя опухоли, образовавшіяся насчетъ закупоренныхъ выводныхъ протоковъ слизистыхъ железъ.

Отдѣленіе слизи въ нѣкоторыхъ случаяхъ преимущественно или исключительно ограничивается носоглоткой, причемъ мѣстомъ образованія ея довольно часто служитъ *recessus medius* глоточнаго миндалика, который въ видѣ щелевидной или дырообразной пазухи идетъ вглубь миндалика и наполненъ слизью; нерѣдко послѣдняя покрываетъ также боковыя борозды миндалика. Отсюда слизь стекаетъ на заднюю часть свода глотки и по задней стѣнкѣ зѣва; часть, расположенная впереди небной миндаины, остается свободною отъ слизи. Только при осложненіяхъ заболѣваніями носа, при которыхъ слизь или гной стекаетъ черезъ хоаны, отдѣленіе замѣчается также между послѣдними и глоточнымъ миндаликомъ.

Измѣненія небныхъ миндалинъ лучше будетъ разсмотрѣть дальше какъ особую болѣзнь—*tonsillitis chronica*— вмѣстѣ съ таковыми язычнаго миндалика.

Зернистость, равно какъ утолщеніе боковыхъ складокъ при *pharyngitis lateralis* въ сущности представляютъ ничто иное, какъ ограниченное или болѣе разлитое разрощеніе аденоидной ткани слизистой оболочки, которое при зернистой формѣ сосредоточивается въ окружности выводного протока гипертрофированной слизистой железы, причемъ та часть выводного протока, которая лежитъ въ области припухшей ткани, расширена (*Saalfeld*). Срединное отверстіе зернышка соответствуетъ устью расширеннаго выводного протока.

2) *Атрофическій хроническій или сухой катарръ зѣва (pharyngitis atrophica s. sicca)*.

Этиологія. Подобно тому, какъ хроническая гиперплазія всякой слизистой оболочки, при извѣстныхъ неблагопріятныхъ условіяхъ, можетъ перейти въ атрофію, и слизистая оболочка зѣва можетъ подвергнуться той же участи. Такимъ образомъ атрофическій или сухой катарръ зѣва

развивается подъ вліаніемъ ослабляющихъ общихъ болѣзней, особенно сифилиса и бугорчатки, при хлорозѣ, нефритѣ, общей старческой атрофій тканей, подъ вліаніемъ дѣйствія горячаго сухого воздуха и т. п. Такъ какъ въ числѣ причинъ сухого катарра играетъ роль хлорозъ, то становится понятнымъ, что форма эта сравнительно часто встрѣчается у дѣвушекъ и женщинъ; кромѣ того, сухой катарръ часто присоединяется къ атрофическому катарру носа, который, какъ извѣстно, чаще всего наблюдается у лицъ женскаго пола. — Слизистая оболочка при сухомъ катаррѣ представляетъ разрощеніе соединительной ткани, тогда какъ железистая ткань атрофирована.

При *осмотрѣ* зѣва слизистая оболочка небной занавѣски бываетъ обыкновенно блѣднѣе и тоньше, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ, язычекъ иногда уменьшенъ въ видѣ короткаго отростка, слизистая оболочка задней стѣнки зѣва тоже истончена, суха и какъ бы лакирована. Благодаря такой атрофій слизистой оболочки, сводъ глотки представляется болѣе широкимъ, такъ что въ подобныхъ случаяхъ и задняя риноскопія обыкновенно легче удаётся. При этомъ на *глоточномъ сводѣ* или только въ *recessus medius* видна крѣпко сидящая, зеленоватого, буроватаго или кровянистаго цвѣта, болѣе или менѣе плотная корка, по удаленіи которой обыкновенно наступаетъ небольшое кровотеченіе. Такое же засохшее отдѣленіе находится и на всей задней стѣнкѣ зѣва, и притомъ нерѣдко на изгибѣ, образующемъ переходъ свода въ заднюю стѣнку, рѣже и лишь въ далеко зашедшихъ случаяхъ на задней поверхности небной занавѣски, гдѣ оно составляетъ болѣею частью продолженіе корокъ, находящихся въ задней части носа.

Слизистая оболочка на задней стѣнкѣ не всегда бываетъ такой блѣдной, какъ можно бы ожидать. Это объясняется отчасти тѣмъ, что больные, которыхъ беспокоитъ засохшее отдѣленіе, стараются удалить его частымъ и сильнымъ отхаркиваніемъ, вслѣдствіе чего слизистая оболочка приходитъ нѣкоторымъ образомъ въ болѣе острое воспалительное состояніе; мало того, больные нерѣдко вводятъ палецъ въ зѣвъ или носоглотку, чтобы оторвать корку.

Наряду съ выраженными явленіями атрофій, въ не слишкомъ далеко зашедшихъ случаяхъ находятъ еще слѣды бывшей гиперплазіи, отдѣльныя зернышки или нѣкоторое утолщеніе боковыхъ складокъ. Это переходныя формы, доказывающія развитіе атрофическаго катарра изъ гипертрофическаго.

Гортань представляетъ обыкновенно явленія катарра (см. дальше), въ особенности слизистая оболочка задней стѣнки ея бываетъ красновато-сѣраго цвѣта, морщинистой; на голосовыхъ связкахъ находится отдѣленіе, и онѣ неправильно функціонируютъ, именно, невольно напрягаются и закрываются при фонаціи.

Субъективные признаки зависятъ не только отъ тяжести процесса, но и при одинаковыхъ измѣненіяхъ бываютъ неодинаково сильно выра-

жены у различныхъ лицъ, смотря по большей или меньшей чувствительности ихъ.

При обѣихъ формахъ, въ особенности же при послѣдней, больные жалуются на сухость въ горлѣ, царапаніе, покальваніе, ссадненіе, ощущеніе инороднаго тѣла и увеличенное отдѣленіе слизи, которое заставляетъ ихъ часто отхаркиваться. Особаго рода отхаркиваніе, сопровождающееся шумомъ, напоминающимъ храпѣніе, указываетъ на присутствіе отдѣленія въ носоглоткѣ. Въ особенности когда отдѣленіе засыхаетъ и вслѣдствіе этого трудно удаляется, легко наступаютъ тошнотныя движенія или даже рвота, такъ что далеко нерѣдко т. назыв. *утренняя рвота (vomitus matutinus)* обуславливается сухимъ катарромъ зѣва. Мучительный кашель, особенно по утрамъ, тоже составляетъ частое явленіе при сухомъ катаррѣ зѣва; наконецъ, вслѣдствіе распространенія катарра зѣва на Евстахіеву трубу и барабанную полость могутъ присоединиться или ухудшиться существовавшія уже раньше страданія уха.

Откаркнутое или удаленное при кашлѣ отдѣленіе бываетъ обыкновенно стекловиднымъ, вязкимъ или похожимъ на саго, причеиъ подъ вліяніемъ пыли оно нерѣдко окрашено въ сѣрый или черноватый цвѣтъ; иногда при сухомъ катаррѣ къ нему бываетъ примѣшана кровь, такъ что больные подчасъ обращаются къ врачу изъ опасенія, что у нихъ чахотка. Голосъ, вслѣдствіе участія гортани, бываетъ нечистымъ или сиплымъ и легко утомляется.

Распознаваніе, въ виду изложеннаго, очень легко. Покраснѣніе слизистой оболочки зѣва, присутствіе зернистости или утолщеніе боковыхъ складокъ, съ одной стороны, блѣдность небной занавѣски, сухость и лоснящійся видъ покрытой нерѣдко засохшимъ отдѣленіемъ слизистой оболочки задней стѣнки зѣва, съ другой стороны, даютъ возможность уже при одномъ осмотрѣ легко распознать хроническій катарръ, resp. ту или другую форму его. Всегда, однако, необходимо также изслѣдовать носъ и носоглотку, такъ какъ состояніе носа имѣетъ важное значеніе для катаррального состоянія глотки, въ носоглоткѣ же нерѣдко находится источникъ отдѣленія.

Предсказаніе quoad vitam, конечно, безусловно благопріятно, quoad restitutionem же далеко не всегда благопріятно. Въ общемъ гипертрофическій катарръ даетъ лучшее или хорошее, атрофическій же худшее предсказаніе, такъ какъ гиперплазія можетъ быть еще устранена, атрофія же ткани могла уже повести къ непоправимымъ измѣненіямъ. Вообще же предсказаніе зависить отъ общаго состоянія и отъ большей или меньшей возможности или желанія больныхъ избѣгать вредныхъ вліяній, т. е. не только отъ профессіи и условій жизни, но и отъ благоразумія и энергіи ихъ.

Леченіе. Прежде всего, разумѣется, нужно обратить вниманіе на существующія подчасъ *общія причины* и, поскольку это возможно, устранить вредныя вліянія, связанныя съ профессіей или привычками боль-

ныхъ, и примѣнить гигиено-діететическія мѣры (см. общая терапия). Последними въ немалой степени объясняется польза внутренняго употребленія водъ въ *курортахъ* съ щелочно-соляными или сернистыми источниками. Безусловно необходимо обыкновенно *мѣстное лечение*—примѣненіе орошеній (изъ 1—2 % раствора поваренной соли или соды), особенно при сухомъ катаррѣ, подѣ влияніемъ которыхъ легче удаляется засохшее отдѣленіе, а также вдуванія борной кислоты, іодоформа, азотно-кислаго серебра (0,5 : 10,0 *амулі* и проч.), особенно когда процессъ сосредоточивается въ носоглоткѣ.

Наи чаще примѣняютъ *смазыванія*, и притомъ при гипертрофическомъ катаррѣ, особенно когда больныхъ беспокоитъ увеличенное отдѣленіе, растворомъ танина (5—20 %) съ прибавленіемъ небольшого количества глицерина, хлористаго цинка (1—2 %) или азотнокислаго серебра (5—10 %). Если зернышки очень многочисленны и крупны, то слѣдуетъ разрушить, по крайней мѣрѣ часть ихъ, трихлороексусной кислотой, хромовой кислотой или пуговчатымъ *гальванокаутеромъ*. Не слѣдуетъ однако, разъ только находятъ зернышки, непременно выжигать ихъ, ибо, какъ уже сказано, они представляютъ нерѣдко лишь остатки гиперплазическаго катарра, который въ остальномъ могъ уже принять атрофическій характеръ. Такъ же поступаютъ при боковомъ фарингитѣ; если онъ не очень сильно выраженъ, то иногда достаточно повторнаго *прижиганія* палочкой ляписа, если же боковыя складки сильно утолщены, то примѣняютъ остроконечный гальванокаутеръ, которымъ дѣлаютъ послѣдовательныя глубокія прижиганія по всей длинѣ ихъ, причемъ нужно быть осторожнымъ, чтобы не повредить заднихъ дужекъ. Иногда боковыя складки настолько сильно выдаются, что ихъ можно срѣзать изогнутыми ножницами.

Гипертрофированный язычекъ иногда уменьшается послѣ повторныхъ прижиганій ляписемъ; только въ очень рѣдкихъ случаяхъ приходится прибѣгать къ отсѣченію его (*uvulotomia*).

При сухомъ катаррѣ зѣва полезны смазыванія растворомъ *Mandl'*я (jodi, acid. carbol. aa. 1,0—2,0, kal. jodati 5,0, glycerini 30,0, aq. destill. 200,0, или болѣе крѣпкіе растворы). При образованіи корокъ на носоглоточномъ сводѣ ихъ удаляютъ помощью орошенія или смазываній указаннымъ растворомъ іода, а затѣмъ прижигаютъ *recessus medius* ляписомъ, хромовой кислотой или гальванокаутеромъ, послѣ чего больные чувствуютъ нѣкоторое время облегченіе. Обыкновенно прижиганіе нужно повторить.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ которыхъ существуютъ субъективные признаки хроническаго катарра зѣва, при осмотрѣ на небной занавѣскѣ или задней стѣнкѣ зѣва не находятъ никакихъ или мало измѣненій, тогда какъ миндалины находятся въ хроническомъ воспалительномъ состояніи, которое выражается подобными же явленіями, какъ и острый катарр ихъ, съ тою разницею, что не замѣчается рѣзкой красноты и

отдѣленіе бываетъ не жидкимъ и гнойнымъ, а болѣе сухимъ и творожистымъ—*tonsillitis chronica*.

Миндалины обыкновенно болѣе или менѣе увеличены, представляютъ нерѣдко расщелистую поверхность, отверстія лакунь болѣею частью шире, чѣмъ обыкновенно, и въ нихъ сидятъ творожисто-сухія гнойныя пробочки, которыя при давленіи на миндалины выходятъ наружу. Обыкновенно бываютъ поражены обѣ миндалины, хотя иногда одна больше, чѣмъ другая. Совершенно ту же картину находятъ иногда одновременно, рѣдко независимо отъ хроническаго воспаленія небныхъ миндалинъ, на язычномъ миндаликѣ; въ отверстіяхъ выводныхъ протоковъ мѣшеччатыхъ железъ сидятъ такія же желтоватыя творожисто-крошковатыя массы, такъ что поверхность язычнаго миндалика, который обыкновенно гипертрофированъ, кажется какъ бы усыяною желтоватыми точками. Рѣже подобныя же явленія наблюдаются на глоточномъ миндаликѣ (см. выше). Скопившееся въ лакунахъ отдѣленіе, вслѣдствіе сгущенія его, можетъ мало по малу принять твердую, каменистую консистенцію и образовать т. назыв. *миндаликовые камни*, которые, благодаря раздраженію своей острой и неровной поверхностью, не только поддерживаютъ воспаленіе, но и могутъ подать поводъ къ образованію небольшихъ нарывовъ. Послѣдніе, впрочемъ, встрѣчаются нерѣдко и помимо камней. Они помѣщаются обыкновенно непосредственно подъ эпителиемъ и характеризуются своей ограниченной кругловатой формой и желтоватымъ цвѣтомъ; обыкновенно они настолько плоски, что едва даютъ ощущеніе зыбленія. По изслѣдованіямъ *Finder'a*, они представляютъ лакуны, расширенныя вслѣдствіе застаиванія отдѣленія.

Припадки, какъ уже сказано, тѣ же, какъ при хроническомъ катаррѣ зѣва; сравнительно часто больные жалуются на ощущеніе инороднаго тѣла или давленія въ горлѣ. Когда отдѣленіе долго застаивается, то иногда, особенно при широкихъ и глубокихъ, мѣшковидно расширенныхъ ходахъ, происходитъ разложеніе его, такъ что оно становится зловоннымъ, и больные жалуются на непріятный, дурной запахъ во рту, замѣтный и для окружающихъ.

Благодаря тому, что въ широкихъ и пазуховидныхъ лакунахъ миндалинъ застаивается отдѣленіе, къ которому подъ вліяніемъ *leptothrix* присоединяются известковыя отложенія, съ одной стороны, развивается хроническій воспалительный процессъ, который создаетъ благопріятныя условія для инфекціи, съ другой, могутъ появиться разнообразныя ненормальныя ощущенія, которыя обыкновенно проходятъ, когда отдѣленіе будетъ удалено.

Распознаваніе не представляетъ никакихъ затрудненій. Отсутствие острыхъ воспалительныхъ явленій, красноты и припухлости, а также жидкаго гнойнаго отдѣленія исключаетъ возможность смѣшенія съ лакунарной ангиной, творожисто-крошковатый же характеръ пробочекъ отличаетъ ихъ отъ болѣе бѣловатыхъ вязкихъ микотическихъ пробочекъ, свойство

которыхъ къ тому же легко опредѣлить подъ микроскопомъ. Миндаликовые камни при ощупываніи зондомъ даютъ ощущеніе твердыхъ тѣлъ.

Леченіе. Съ цѣлью удалить изъ лакунъ застоявшееся отдѣленіе, лучше всего механически расширить выходное отверстіе. Для этого въ отдѣльныя лакуны вводятъ глубоко крючекъ на-подобіе визального и, напирая головкой крючка извнутри кнаружи, разрываютъ захваченную имъ ткань. Если миндалина оказываетъ при этомъ значительное сопротивленіе и увлекается крючкомъ изъ своего углубленія, то ее удерживаютъ шпателемъ или какимъ либо другимъ инструментомъ.

Крючекъ долженъ быть тщательно обеззараженъ, такъ какъ иначе можетъ присоединиться острое воспаленіе; послѣ расщепленія отверстій назначаютъ противогнилостное и успокаивающее полосканіе.

Гиперплазія глоточнаго миндалина (*hyperplasia tonsillae pharyngeae*).—Аденоидныя разрощенія.

Этіологія. Гиперплазія глоточнаго миндалика или, какъ ее называютъ еще при очень сильномъ развитіи, по примѣру *W. Meyer'a* (Копенгагенъ), впервые указавшаго на важное значеніе ея, — аденоидныя разрощенія, обыкновенно считается болѣзью *дѣтей* школьнаго возраста, подобно увеличенію небныхъ миндалинъ, съ которымъ она нерѣдко встрѣчается совместно. На 15.000 случаевъ съ различными страданіями зѣва, которые наблюдались въ поликлиникѣ проф. *B. Fränkel'*я, гиперплазія глоточнаго миндалика оказалась въ 1355, причѣмъ на возрастъ 0—5 лѣтъ приходится 25% случаевъ, на возрастъ 6—9 лѣтъ 30%, 10—15 лѣтъ 37%, 16—20 лѣтъ 8%; наименьшій возрастъ 9 мѣсяцевъ, наибольшій 70 лѣтъ. Хотя у лицъ, достигшихъ половой зрѣлости, глоточный миндаликъ самъ собою атрофируется, тѣмъ не менѣе при извѣстныхъ неблагоприятныхъ условіяхъ гиперплазія его можетъ остаться или развиться, такъ что наши цифры не представляютъ чего либо исключительнаго, тѣмъ болѣе, что у лицъ старше 10-лѣтняго возраста болѣзнь въ большинствѣ случаевъ существовала съ дѣтства и только въ школѣ или позже была правильно распознана.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ нужно допустить *наследственное расположеніе*, такъ какъ болѣзнь эту приходится наблюдать въ нѣкоторыхъ семьяхъ въ цѣломъ рядѣ поколѣній. Въ рѣдкихъ случаяхъ она бываетъ также врожденною.

Судя по моимъ наблюденіямъ, въ этиологіи гиперплазіи глоточнаго миндалика, какъ и гипертрофіи небныхъ миндалинъ, извѣстную роль играетъ *золотуха*, хотя и нельзя оспаривать, что нѣкоторыя явленія, которыя указываютъ на нее, составляютъ лишь послѣдствіе аденоидныхъ разрощеній. Далѣе, имѣютъ значеніе *корь*, *скарлатина*, *дифтерія*, а также *катарры носа* и *зѣва*, которыя, съ другой стороны, однако могутъ быть и послѣдствіемъ аденоидныхъ разрощеній.

Симптомы въ общемъ сводятся къ *разстройствамъ дыханія*,

голоса и слуха. Если разрошенія настолько значительны, что они закладываютъ хоаны и дѣлаютъ невозможнымъ дыханіе черезъ носъ, то больные принуждены дышать открытымъ ртомъ. Вслѣдствіе того, что ротъ постоянно остается открытымъ, лицо принимаетъ *тупое выраженіе* (рис. 70); носогубная складка сглажена и наружный уголокъ глаза находится иногда ниже внутренняго. Обыкновенно, впрочемъ, больные еще въ состояніи, путемъ произвольнаго сокращенія мышцъ, сблизить или сомкнуть челюсти, но, какъ только мышцы устаютъ, нижняя челюсть опять опускается. Напротивъ, во время сна нижняя челюсть отвисаетъ и особенно при лежаніи на спинѣ, смѣщается кзади, а вмѣстѣ съ нею также подъязычная кость и языкъ, который ложится на надгортанникъ и суживаетъ входъ въ гортань, т. е. происходитъ то же, что бываетъ при хлороформной асфиксіи. Дѣти, вслѣдствіе этого, становятся *во время сна безпокойными*, начинаютъ *храпѣть*, храпѣніе дѣлается все болѣе громкимъ, *дыханіе болѣе затрудненнымъ*, пока не наступитъ асфиктическое состояніе; въ просонкахъ они дѣлаютъ тогда обыкновенно глотательное движеніе, чтобы отодвинуть языкъ кверху, причемъ дыханіе нѣкоторое время совершается свободно, а затѣмъ, когда сонъ становится опять болѣе глубокимъ, мало по малу снова наступаетъ затрудненіе дыханія. Такъ это повторяется все время, пока дѣти спятъ. Разстройство дыханія мѣшаетъ имъ, конечно, хорошенько выспаться, такъ что утромъ они встаютъ вялыми и утомленными. Благодаря тому, что ротъ остается открытымъ, слюна во



Рис. 70. 5-лѣтній мальчикъ съ аденоидными разрошеніями въ умѣренной степени.

время сна вытекаетъ изъ рта, такъ что подушка оказывается мокрою.

Вслѣдствіе затрудненнаго дыханія вспомогательныя дыхательныя мышцы, прикрѣпляющіяся къ верхней части грудной кѣтки, усиленно сокращаются, и, благодаря этому, *грудная кѣтка вверху расширяется*, между тѣмъ какъ въ нижнихъ частяхъ она сдавливается вслѣдствіе отрицательнаго внутригруднаго давленія, частью подъ вліяніемъ присасыванія кверху грудобрюшной преграды, частью подъ вліяніемъ суженія нижнихъ реберныхъ дугъ (*B. Fränkel*).

Вслѣдствіе невозможности дышать черезъ носъ *нарушается*, конечно, *обонаніе* и въ зависимости отъ этого и *вкусъ*; кромѣ того, больные часто жалуются на *головную боль*, тяжесть въ головѣ и проч.

Голосъ при аденоидныхъ разрошеніяхъ *Meyer* очень мѣтко называетъ „*мертвымъ*“ голосомъ“, т. е. *беззвучнымъ голосомъ*. Какъ извѣстно, звуковыя волны, образующіяся въ гортани, направляются въ зѣвъ и отсюда, между небной занавѣской и задней стѣнкой зѣва, въ носоглотку

и ность, гдѣ онѣ приобретаютъ часть своего резонанса. Если путь заложенъ аденоидными разроженіями и носоглотка болѣе или менѣе выполнена ими, то это мѣшаетъ резонансу и голосъ теряетъ звучность; по той же причинѣ и носовыя гласныя выговариваются нечисто. вмѣстѣ съ тѣмъ замѣчается нѣсколько гнусливый оттѣнокъ голоса, вслѣдствіе того, что небная занавѣска недостаточно приподнимается и прилегаетъ къ задней стѣнкѣ зѣва. Разстройства рѣчи, напр. заиканіе, тоже находятся до известной степени въ связи съ аденоидными разроженіями.

Тупость слуха, часто наблюдаемая у дѣтей съ аденоидными разроженіями, объясняется либо закрытіемъ подѣ влияніемъ разроженій глоточнаго отверстія Евстахіевой трубы, либо распространеніемъ на барабанную полость существующаго обыкновенно катарра носоглотки.

Благодаря общей вялости, ослабленію слуха и тупому выраженію лица, дѣти производятъ иногда впечатлѣніе слабоумныхъ. Дѣйствительно, подчасъ наблюдается умственная вялость, известная ограниченность, которую нужно поставить въ прямой связи съ аденоидными разроженіями; я не могу, однако, согласиться съ мнѣніемъ *Guy*'я, который указываетъ, какъ на очень частый симптомъ аденоидныхъ разроженій, на неспособность долго сосредоточивать вниманіе на одномъ предметѣ (*aproxia*).

Катарръ носоглотки — глоточный миндаликъ находятъ обыкновенно покрытымъ клейкою слизью — распространяется на *зѣвъ* и *носъ*; задніе концы носовыхъ раковинъ бывають нерѣдко припухшими вслѣдствіе застоя крови, задняя же часть носа очень часто наполнена слизисто-гноинымъ отдѣленіемъ.

B. Fränkel наблюдалъ иногда *кровотеченія* изъ гипертрофированнаго глоточнаго миндалика. Рефлекторно аденоидныя разроженія вызываютъ подчасъ параличъ голосовыхъ связокъ и астму; въ нѣсколькихъ случаяхъ послѣ удаленія ихъ проходила эпилепсія. Ночное недержание мочи, по наблюденіямъ нѣкоторыхъ авторовъ, тоже можетъ находиться въ связи съ аденоидными разроженіями.

Объективныя явленія, о которыхъ частью было сказано уже выше, обнаруживаются при осмотрѣ рта и зѣва. Передняя *дуга верхней челюсти* обыкновенно бываетъ *острие*, чѣмъ нормально, вслѣдствіе чего передніе *зубы* часто не имѣютъ достаточно мѣста, напр., одинъ изъ рѣзцовъ помѣщается позади другого или клыкъ располагается впереди наружнаго рѣзца; далѣе, внутренніе рѣзцы располагаются между собою подѣ острымъ или тупымъ угломъ, и т. п.

Твердое небо не имѣетъ нормальной, правильной вогнутости, а представляетъ *узкій*, высокій, заостренный, нерѣдко несимметрической сводъ (рис. 71, 72). — Небная занавѣска отстоитъ отъ задней стѣнки зѣва далѣе, чѣмъ обыкновенно, и вслѣдствіе механическаго препятствія, образуемаго аденоидными разроженіями, не можетъ быть приподнята такъ высоко, какъ при нормальныхъ условіяхъ. Препятствіе это ощущается

также зондомъ, введеннымъ въ носъ и продвинутомъ въ носоглотку. На задней стѣнкѣ зѣва находятъ большія зерна, составляющія продолженіе гипертрофированнаго глоточнаго миндалика, и при поднятомъ положеніи небной занавѣски изъ-подъ нея нерѣдко выдается нижняя часть разрощенной.

Распознаваніе. Разъ находятъ въ болѣе или менѣе рѣзкой степени всѣ приведенныя явленія, особенно у дѣтей, то это уже само по себѣ, съ большою вѣроятностью, говоритъ за наличность аденоидныхъ разрощеній. Однако, чтобы поставить точное распознаваніе, необходимо произвести риноскопическое изслѣдованіе или ощупываніе пальцемъ, такъ какъ упомянутыя явленія могутъ встрѣчаться и при другихъ опухоляхъ, занимающихъ носоглоточную полость.

При *передней риноскопіи*, при которой, благодаря частой атрофіи нижнихъ раковинъ, можно легко видѣть носоглотку, замѣчаютъ въ ней, позади носа, гладкое выпячиваніе, блѣдно-красноватаго цвѣта, на которомъ ясно виденъ свѣтовой рефлексъ. Если заставить больного произносить „о“ и такимъ образомъ поднять небную занавѣску, то задняя поверхность ея, прилегающая къ разрощеніямъ, сдвигаетъ ихъ кверху, причемъ свѣтовой рефлексъ тоже смѣщается вверхъ; напротивъ, когда небная занавѣска опять опускается, и свѣтовой рефлексъ перемѣщается

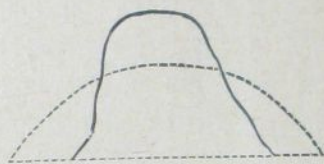


Рис. 71.

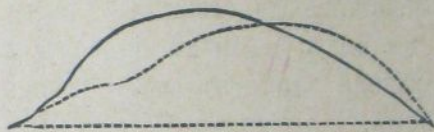


Рис. 72.

На рис. 71 пунктиромъ обозначенъ поперечный разръзъ черезъ нормальное твердое небо взрослой дѣвушки, непрерывной линіей такой же разръзъ черезъ небо ребенка съ аденоидными разрощеніями.

На рис. 72 представлены соответственные продольные разръзы.

книзу. Это несомнѣнно указываетъ на то, что *опухоль* находится не въ носу, такъ какъ въ противномъ случаѣ она не могла бы слѣдовать за движеніями небной занавѣски, а въ носоглоточной полости. Если даже разрощенія не смѣщаются небной занавѣской кверху, потому что они не простираются такъ далеко внизъ, то все-таки они слѣдуютъ за движеніями мышцъ, расположенныхъ *подъ* слизистой оболочкой.

Задняя риноскопія у дѣтей, которая обыкновенно сопротивляется изслѣдованію, довольно затруднительна, но при навѣкъ она нерѣдко все же удается. При этомъ прежде всего обращаетъ на себя вниманіе то, что не удается видѣть, по крайней мѣрѣ на всемъ протяженіи, носовую перегородку и хоаны влѣдствіе того, что они закрыты опухолевидною массою, которая по удаленіи слизи, нерѣдко покрывающей ее, имѣетъ блѣднокрасноватый цвѣтъ. Масса эта представляетъ либо полусферовидную форму, либо, чаще, неровную, дольчатую поверхность (рис. 73), на ко-

торой замѣчаются болѣе или менѣе длинныя возвышенія въ видѣ бугровъ или пѣтушьяго гребешка. Она состоитъ изъ аденоидной ткани, въ которой мѣстами заложены фолликулы и гроздевидныя железы; кромѣ того, встрѣчаются многочисленныя кровеносныя сосуды съ иногда рѣзко выраженнымъ вѣннымъ сплетеніемъ (*B. Fränkel*). Въ послѣднее время въ небольшомъ числѣ случаевъ были найдены бугорковыя палочки и гигантскія клѣтки. Поверхность аденоидныхъ разроженій выстлана мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, расположеннымъ въ нѣсколько слоевъ.

Предсказаніе благоприятно, поскольку еще не успѣли наступить непоправимыя измѣненія со стороны уха, тѣмъ болѣе, что мы въ состояніи устранить *леченіемъ* всѣ разстройства; возвраты, хотя и бывають, но очень рѣдко.

Леченіе сводится къ оперативному удаленію аденоидныхъ разроженій; всѣ другія средства бесполезны.



Рис. 73. Аденоидныя разроженія умѣренной степени, при задней риноскопій.

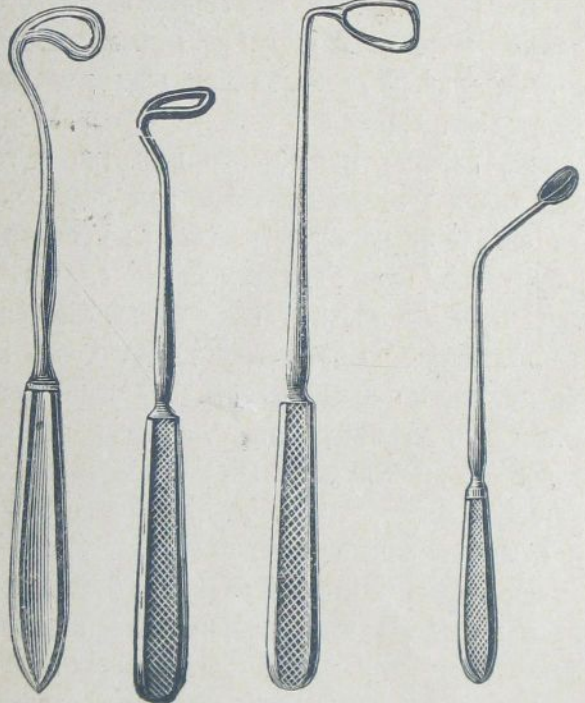


Рис. 74. Рис. 75. Рис. 76. Рис. 77.

Одинъ изъ лучшихъ инструментовъ для удаленія аденоидныхъ разроженій, особенно для начинающихъ, *кольцеобразный ножъ Gottstein'a* (рис. 74, 75), которымъ труднѣе повредить смежныя части (въ особенности трубныя валики), потому что онъ снаружи совершенно тупой и лезвіе въ немъ какъ бы закрыто. Ножъ этотъ проводятъ по задней поверхности небной занавѣски (лучше всего оттягивая имъ послѣднюю впередъ) вверхъ и, миновавши перегородку, проникають между послѣднею и разроженіями до носоглоточнаго свода, затѣмъ, когда почувствовали противодѣйствіе его, направляютъ, идя по своду, кольцо кзади и, переходя со свода на заднюю стѣнку, удаляютъ захваченныя кольцомъ массы. Обыкновенно такимъ образомъ удаётся удалить большую, но лежащую болѣе по срединѣ часть разроженій; поэтому, не удаляя ножа изъ зѣва, нужно еще разъ провести его въ носоглотку и удалить боковыя части. Кольцо ножа расположено прямо (рис. 75) или немного загнуто кпереди

(рис. 74) для того, чтобы можно было захватить и удалить также переднія части разрошений. Удаленныя части иногда не выводятся съ инструментомъ наружу, а попадаютъ въ зѣвъ и либо проглатываются, либо проникаютъ во входъ въ гортань, вызывая затрудненіе дыханія; послѣ наклоненія головы впередъ онѣ обыкновенно выкашливаются или выхаркиваются, въ противномъ же случаѣ ихъ удаляютъ пальцемъ.

Ложечка Hartmann'a (рис. 76), которая до известной степени соответствуетъ продольному разрѣзу носоглотки и заострена по бокамъ, тоже весьма цѣлесообразна; разрошенія удаляютъ этой ложечкой такимъ образомъ, что ее не поворачиваютъ, а горизонтально перемѣщаютъ вправо и влево.

Въ родѣ ложечки *Hartmann'a* устроенъ *кольцевидный ножъ Lange*; *двойное долото Michael'a*, *щипцы Loewenberg'a* и *ложечка Trautmann'a* (рис. 77) болѣе пригодны для удаленія небольшихъ, ограниченныя разрошенія.

Къ наркозу я прибѣгаю неохотно и собственно только тогда, когда дѣти сильно сопротивляются или родители настаиваютъ на немъ. Боль при операци, которая требуетъ не болѣе одной минуты, настолько незначительна, что, ради устраненія ея, нѣтъ надобности прибѣгать къ наркозу. Кромѣ того, при наркозѣ кровотеченіе бываетъ обыкновенно сильнѣе вслѣдствіе наступающей нерѣдко синюхи, хотя при осторожномъ примѣненіи можно предотвратить затеканіе крови въ дыхательныя пути. Если желательно примѣнить наркозъ, то можно пользоваться для этого бромъ-этиломъ, который достаточно налить въ количествѣ 5 грм. на плотно закрытую маску, чтобы усыпить ребенка. Если употребляютъ хлороформъ, то нужно ограничиваться неполнымъ наркозомъ.

Производится-ли операциа подъ наркозомъ или безъ него, во всякомъ случаѣ нужно имѣть помощника. Посадивши ребенка, напр., на свое лѣвое бедро, помощникъ своей правой ногой придерживаетъ ноги ребенка, притомъ такъ, чтобы онѣ висѣли въ воздухѣ, потому что иначе ребенокъ, упершись ногами въ полъ, можетъ опрокинуть его вмѣстѣ со стуломъ, какъ это мнѣ самому приходилось видѣть. Затѣмъ помощникъ обхватываетъ своей правой рукой прилежащія къ туловищу плечи и локти ребенка, лѣвую же кладетъ на лобъ ребенка и упираетъ голову его въ свою грудь.

Кровотеченіе послѣ операциа незначительно и обыкновенно не требуетъ вниманія, если ребенокъ ведетъ себя спокойно. Нѣсколько разъ я наблюдалъ довольно сильное кровотеченіе, а въ 2-хъ случаяхъ у крайне раздражительныхъ дѣтей, которыя во время сна проглотили немного крови, стекавшей изъ носоглотки, появилась сильная рвота, подъ влияніемъ которой, вслѣдствіе застоя крови въ головѣ, наступило очень обильное кровотеченіе. Если подъ влияніемъ покоя и глотанія кусочковъ льда кровотеченіе скоро не прекращается, то въ такихъ случаяхъ лучше всего сдѣлать тампонацію носоглотки обезпложенной марлей, которую вводить посредствомъ ватодержателя со стороны рта или же посредствомъ *Belloc'*овской трубки.

Schmiegelow описалъ одинъ случай смертельнаго кровотеченія, которое было вызвано, вѣроятно, поврежденіемъ сосуда, имѣвшаго ненормальный ходъ.

Дѣтей слѣдуетъ на нѣсколько дней оставить въ комнатѣ, особенно при холодной погодѣ; что касается діеты, то вначалѣ нужно запретить раздражающую, горячую и плотную пищу.

Голосъ послѣ операціи иногда сохраняетъ еще носовой оттѣнокъ вслѣдствіе паретическаго состоянія небной занавѣски; въ такомъ случаѣ покажутся электризація ея и методическія упражненія голоса.

Гиперплазія небныхъ миндалинъ. *Hyperplasia tonsillarum.*

Этіологія. Первые 500 случаевъ гиперплазіи небныхъ миндалинъ, которые нами наблюдались, распредѣляются по возрасту больныхъ такимъ образомъ, что отношеніе между отдѣльными десятилѣтіями, считая снизу вверхъ, выражается 11 : 7 : 5 : 2 : 1. Изъ этого уже вытекаетъ, что; во-первыхъ, увеличеніе миндалинъ можетъ быть врожденнымъ—оно наблюдается не особенно рѣдко уже у 1 — 2-лѣтнихъ дѣтей и довольно часто у 3-лѣтнихъ, причѣмъ въ нѣкоторыхъ семьяхъ оно наследуется; въ происхожденіи его важную роль играютъ болѣзни дѣтскаго возраста, къ коимъ относятся особенно золотуха, корь и скарлатина. Увеличеніе небныхъ миндалинъ очень часто сочетаетсяъ съ гиперплазіей глоточнаго миндалика. Въ періодъ половой зрѣлости, а иногда и позже, но очень нерѣдко уже и въ дѣтскомъ возрастѣ, повторные катарры зѣва и въ особенности привычная лакунарная ангина подають поводъ къ увеличенію миндалинъ. Къ рѣдкимъ причинамъ принадлежатъ сифилисъ, лейкомія и собачье бѣшенство. Простое раздраженіе слизистой оболочки зѣва въ зависимости отъ сифилиса можетъ повести къ катаррамъ, которые зачастую сопровождаются опуханіемъ лимфатическихъ образованийъ его, особенно миндалинъ; при лимфатической формѣ лейкоміи, подобно другимъ лимфатическимъ железамъ, могутъ опухать также миндалины, принадлежащія къ группѣ тѣхъ же образованийъ; наконецъ, при собачьемъ бѣшенствѣ *Virchow* при посмертномъ изслѣдованіи находилъ сильную гиперплазію миндалинъ.

Симптомы. Разстройства, вызываемыя этою болѣзью, касаются, во-первыхъ, *дыханія*, которое, смотря по степени увеличенія миндалинъ, можетъ быть болѣе или менѣе затруднено; большія миндалины могутъ совершенно закрыть доступъ въ носоглотку, такъ что дыханіе носомъ становится невозможнымъ и больные вынуждены дышать ртомъ, что, въ свою очередь, ведетъ къ извѣстнымъ послѣдствіямъ. Воздухъ поступаетъ въ дыхательные пути не настолькоъ чистымъ, нагрѣтымъ и насыщеннымъ водяными парами, какъ при свободномъ дыханіи черезъ носъ вслѣдствіе чего можетъ легче развиться катарръ ихъ.

Затрудненіе дыханія выступаетъ особенно рѣзко во время сна; дѣти спятъ безпокойно, имѣють непріятныя сновидѣнія и утромъ встають обык-

новенно вялыми и разбитыми. Во время їды иногда наступают приступы удушья. У нѣсколькихъ дѣтей въ возрастѣ 2—4 лѣтъ мнѣ приходилось наблюдать, что, въ особенности послѣ употребленія молока, у нихъ скоро наступала рвота; вѣроятно, рвота была рефлекторно вызвана щекотаніемъ въ горлѣ, которое причиняли остатки молока, застрявшіе въ миндалинахъ и вокругъ нихъ. Послѣ тонзиллотоміи явленіе это совершенно прекратилось.

Голосъ принимаетъ „невнятный“ характеръ, какъ будто въ горлѣ торчитъ комъ особенно затруднительно или неясно выговариваніе небныхъ звуковъ.

Нерѣдко больные жалуются на постоянную *жажду*, которая зависитъ отъ того, что сравнительно сухой вдыхаемый воздухъ отнимаетъ отъ слизистой оболочки рта и зѣва много влаги и вызываетъ въ горлѣ ощущеніе сухости.

Если *осмотрѣть зѣвъ*, то оказывается, что миндалины—рѣдко только одна изъ нихъ—выступаютъ за края небныхъ дужекъ въ видѣ кругловатыхъ блѣднокрасныхъ опухолей, которыя иногда настолько велики, что онѣ соприкасаются между собою. Обыкновенно замѣчается увеличеніе во всѣхъ направленіяхъ, но иногда лишь въ продольномъ направленіи, такъ что миндалины не переходятъ за край передней дужки. Нижний конецъ помѣщается иногда такъ глубоко, что его удастся видѣть только, когда у больного будетъ вызвано тошнотное движеніе. На поверхности миндалинъ обыкновенно очень ясно замѣтны, въ видѣ плоскихъ углубленій, отверстія лакунъ, которыя большею частью расширены и нерѣдко наполнены творожистымъ, засохшимъ отдѣленіемъ.

Консистенція миндалинъ болѣе или менѣе плотная или мягкая, смотря по тому, преобладаетъ-ли разрощеніе соединительной ткани или гиперплазія лимфоидной ткани.

Небная занавѣска, въ особенности переднія дужки нѣсколько отгѣснены кпереди, причемъ движенія первой кзади и кверху нерѣдко слегка ограничены.

Увеличеніе небныхъ миндалинъ можетъ осложниться—помимо гиперплазіи глоточнаго и язычнаго миндаликотъ, которая часто существуетъ одновременно и развивается подъ вліяніемъ тѣхъ же причинъ—закупоркой Евстахіевыхъ трубъ, катаррами средняго уха, зѣва, гортани и болѣе глубокихъ дыхательныхъ путей.

Наконецъ, слѣдуетъ замѣтить, что дѣти съ гипертрофіей миндалинъ во время эпидеміи дифтеріи обыкновенно болѣе склонны къ заболѣванію, нежели другія, и что у нихъ чаще встрѣчаются также и простыя ангины.

Распознаваніе легко поставить уже при одномъ осмотрѣ зѣва. У взрослыхъ обыкновенное увеличеніе миндалинъ можно иногда принять за гиперплазію *сифилитическаго* происхожденія: при тщательномъ осмотрѣ обыкновенно находятъ, однако, при сифилисѣ еще другія явленія, въ особенности, слизистыя бляшки, такъ что ошибки легко избѣгнуть. Кроме того, при си-

филисѣ миндаины, вслѣдствіе клѣточной пролифераціи, рано принимаютъ нѣсколько плотный, сѣрый или бѣловатый видъ, а при болѣе сильномъ разрошеніи ткань нерѣдко распадается и изъязвляется. При *лейкэмической* гиперплазіи миндаины бываютъ обыкновенно бѣловатаго цвѣта и производятъ скорѣе впечатлѣніе мозговидныхъ опухолей съ лоснящейся поверхностью; кромѣ того, находятъ увеличеніе лимфатическихъ железъ и селезенки, а также характерное измѣненіе крови.

Предсказаніе, если оставить въ сторонѣ лейкэмію, благоприятно.

Леченіе. Коль скоро гипертрофія, развившаяся болѣе подостро, сама собою не проходитъ, или противозолотушныя, либо противосифилитическія средства не помогаютъ, то леченіе сводится къ удаленію миндалинъ или, правильнѣе, большей части ихъ.

У дѣтей, а также у безпокойныхъ и боязливыхъ больныхъ это лучше и скорѣе всего достигается посредствомъ тонзиллотома. Наиболѣе цѣлесообразенъ, по нашему мнѣнію, *тонзиллотомъ Physic'a* (рис. 73). Берутъ рукоятку его въ кулакъ, приставляютъ большой палецъ къ заднему концу ножа и, надвинувши на миндалину находящееся спереди кольцо, короткимъ, сильнымъ движеніемъ проталкиваютъ впередъ ножъ и отрѣзаютъ такимъ образомъ часть миндаины, переходящую за переднюю дужку. На приблизительно 600 произведенныхъ нами тонзиллотоміей мы ни разу не видѣли при этомъ значительнаго *кровотеченія*; необходимо, однако, замѣтить, что другіе наблюдали опасное, даже смертельное кровотеченіе, которое объясняли поврежденіемъ внутренней сонной артеріи. Такъ какъ сосудъ этотъ, по *Luschka*, лежитъ на 1¹/₂ см. кнаружи отъ миндаины, то поврежденіе его собственно возможно только при ненормальномъ ходѣ. Зато иногда повреждается *art. tonsillaris*, послѣдствіемъ чего бываетъ болѣе или менѣе сильное кровотеченіе, которое продолжается нерѣдко 1—2 дня. Во всякомъ случаѣ передъ операцией не мѣшаетъ убѣдиться пальцемъ, не представляетъ-ли миндалина пульсацію. вмѣсто тонзиллотома можно, конечно, пользоваться также ножемъ, лучше всего пуговчатымъ; при этомъ, для того, чтобы кровь, выступающая въ разрѣзѣ, не мѣшала дѣйствовать ножемъ, слѣдуетъ рѣзать снизу вверхъ. Послѣдовательное кровотеченіе приходится иногда наблюдать послѣ примѣненія кокаина, когда наступаетъ разслабленіе сосудовъ, а также при несоблюденіи осторожности послѣ операциі, особенно въ отношеніи пищи.

Если наступаетъ кровотеченіе, то больному совѣтуютъ спокойно си-

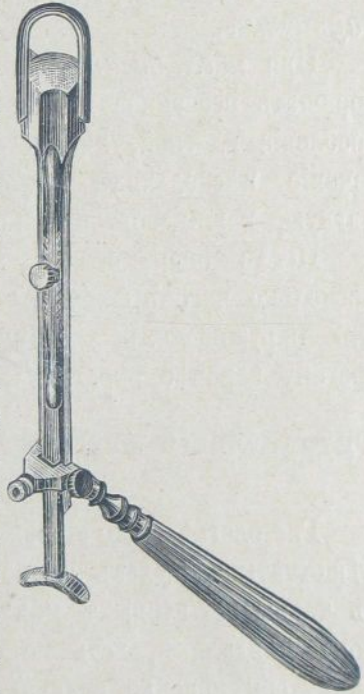


Рис. 78. Тонзиллотомъ *Physic'a*, видоизмѣненный *Mackenzie*.

дѣть, не говорить, и даютъ ему глотать кусочки льда; въ случаѣ необходимости, можно указательнымъ пальцемъ прижать миндалину, надавливая другой рукой снаружи на соответственную область.

Если наряду съ гипертрофіей миндалинъ существуетъ наклонность къ заболѣванію привычной ангиной, то операцію лучше сдѣлать гальвано-каустической петлей, потому что при этомъ, одновременно съ удаленіемъ миндалинъ, достигается поверхностное прижиганіе остатковъ ихъ, которое лучше, чѣмъ простая тонзиллотомія, предохраняетъ отъ возвратовъ ангины.

Коль скоро увеличеніе миндалинъ ограничивается длинникомъ ихъ, такъ что кольцомъ тонзиллотома нельзя захватить миндалину, то стараются, насколько нужно, разрушить ее плоскимъ или остроконечнымъ *гальвано-каутеромъ*.

При *послѣдовательномъ леченіи* важно, кромѣ указанныхъ условій, обращать особенное вниманіе на пищу, именно, слѣдуетъ запретить употребленіе плотной, химически раздражающей и горячей пищи; даютъ въ теченіе нѣсколькихъ дней ледъ, холодное молоко, холодные напитки и мягкую, кашицеобразную пищу.

Послѣ операціи на поверхности разрѣза образуется уже черезъ нѣсколько часовъ фибриновый налетъ, который нерѣдко пугаетъ больного или окружающихъ, потому что его принимаютъ за дифтерію; слѣдуетъ поэтому заранѣе обратить вниманіе на это явленіе.

Гиперплазія язычнаго миндалика. *Hyperplasia tonsillae linguae.*

Гистологическое строеніе и фізіологическое отправление такъ назыв. мѣшеччатыхъ железъ языка, а также патологическія измѣненія ихъ общія съ таковыми небныхъ миндалинъ, даютъ намъ право говорить объ язычномъ миндаликѣ, хотя по своей формѣ онъ, подобно глоточному миндалику, обыкновенно отличается отъ небныхъ миндалинъ. *Bickel* неправъ, если онъ утверждаетъ, что миндалиной можно называть только образованіе, имѣющее ограниченную форму; по крайней мѣрѣ, въ такомъ случаѣ нельзя было бы говорить о глоточномъ миндаликѣ, какъ это общепринято. Небныя миндалины получили свое названіе не въ виду формы ихъ, а потому что поверхность ихъ напоминаетъ скорлупу миндаля.

Увеличеніе язычнаго миндалика въ общемъ вызывается тѣми же *причинами*, какъ и гиперплазія небныхъ миндалинъ, горизонтальнымъ связующимъ звеномъ которыхъ онъ собственно является—слѣдовательно, мѣстными раздраженіями, золотухой, сифилисомъ, брюшнымъ тифомъ, собачьимъ бѣшенствомъ (см. выше). Оно часто встрѣчается также у дѣтей, у которыхъ, однако, оно обыкновенно не вызываетъ припадковъ.

Одновременно съ гиперплазіей язычнаго миндалика, нерѣдко наблюдается увеличеніе небныхъ миндалинъ и иногда также глоточнаго миндалика.

Симптомы подчас почти никаких не бывает, даже при выраженной гиперплазии. Если увеличенный язычный миндалик касается края надгортанника, то у нервных лиц это вызывает ощущение инородного тела, которое проявляется иногда в формѣ *globus hystericus*. У поющих увеличение язычного миндалика нередко бывает причиною быстрой утомляемости голоса и невозможности брать высокія ноты; последнее объясняется тѣмъ, что увеличенный миндалик механически затрудняет и препятствуетъ выпрямленію надгортанника, которое происходитъ при высокихъ нотахъ.

Что касается *объективныхъ явленій*, то въ общемъ можно различать двѣ формы гиперплазии: 1) можетъ наблюдаться увеличение отдельныхъ мышеччатыхъ железъ, которыя выдаются надъ уровнемъ окружающихъ частей больше, чѣмъ нормально; 2) аденоидная ткань корня языка можетъ быть сплошь гиперплазирована, причѣмъ наблюдается полушаровидное, слегка бугристое возвышеніе, въ массѣ котораго очертанія отдельныхъ мышеччатыхъ железъ болѣе или менѣе слились между собою. При тщательномъ осмотрѣ по срединной линіи наблюдается всегда глубокая борозда, которая соотвѣтствуетъ *gargo* корня языка, т. е. соединительно-тканной перегородкѣ, на мѣстѣ которой аденоидная ткань отсутствуетъ. Гиперплазія нередко настолько значительна, что миндаликъ совершенно закрываетъ не только ямки по сторонамъ надгортанника (*valleculae*), но и самый надгортанникъ.

Распознаваніе легко поставить при изслѣдованіи гортаннымъ зеркаломъ; въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ, подчасъ уже при одномъ сильномъ отдавливаніи языка, можно видѣть верхній край увеличеннаго язычного миндалика, выступающій надъ заднею частью языка.

Предсказаніе благоприятно, такъ какъ безъ особенныхъ затрудненій удается, насколько нужно, удалить гиперплазированную ткань.

Леченіе чисто оперативное, такъ какъ этимъ путемъ скорѣе всего достигается цѣль; лекарственное леченіе, напр. въ видѣ смазываній растворами іода и проч., очень часто не приноситъ пользы или, во всякомъ случаѣ, должно быть примѣняемо долгое время. При увеличеніи отдельныхъ мышеччатыхъ железъ языка хорошенько прижигаютъ ихъ, подъ руководствомъ гортаннаго зеркала, гальванокаутеромъ; если имѣется дѣло съ сплошной гиперплазіей, то выступающую часть удаляютъ посредствомъ гальванокаутерической петли, причѣмъ нужно быть осторожнымъ, чтобы не повредить надгортанника, или же посредствомъ рѣжущихъ щипцовъ, двойной ложечки и т. п. инструментовъ.

Подобно тому, какъ въ небныхъ миндалинахъ, и въ язычномъ миндаликѣ могутъ развиваться острые *воспаленія* и *нарывы*, которые въ общемъ вызываютъ тѣ же явленія, но могутъ быть распознаны лишь помощью гортаннаго зеркала.

Сифилисъ глотки.

Этіологія. Твердый шанкръ въ глоткѣ встрѣчается рѣдко и развивается вслѣдствіе противоестественнаго сокоупленія, употребленія зара-

женной посуды и инструментовъ, иногда также послѣ поцѣлуя. Напротивъ, *вторичныя явленія* сифилиса наблюдаются въ глоткѣ очень часто; точно также нерѣдко находятъ *гуммы*.

Твердый шанкръ представляется въ видѣ плоской язвы съ слегка возвышенными, плотными краями и салнымъ дномъ, расположенной обыкновенно на одной миндалинѣ, рѣже на верхнемъ краѣ надгортанника.

При *вторичномъ сифилисѣ* въ зѣвѣ находятъ иногда красныя, симметрически распределенныя пятна—*розеолу*, которой обыкновенно предшествуетъ общая краснота слизистой оболочки. Наибольше частое проявленіе вторичнаго сифилиса представляютъ, несомнѣнно, *широкія кондиломы* или *слизистыя папулы*—кругловатой или болѣе эллиптической формы, сѣроватыя, плоскія, обыкновенно сливающіяся бляшки съ красноватымъ вѣнчикомъ на миндалинахъ, небныхъ дужкахъ, небной занавѣскѣ и язычкѣ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, но отнюдь не такъ рѣдко, какъ это обыкновенно полагаютъ, ихъ находятъ также на язычномъ миндаликѣ, рѣже всего въ носоглоткѣ. Папулы вскорѣ распадаются и превращаются въ плоскія, сѣроватаго цвѣта изъязвленія, которыя обыкновенно черезъ 1—2 мѣсяца заживаютъ. Миндалины часто сильно увеличены, такъ что онѣ могутъ почти соприкаться между собою.

Болѣе значительныя *язвы* встрѣчаются въ *третичномъ* періодѣ и характеризуются тѣмъ, что онѣ имѣютъ неправильныя очертанія и дно ихъ покрыто вялыми грануляціями и салнымъ налетомъ. Наряду съ такими болѣе поверхностными язвами, зачастую находятъ и болѣе глубокія, которыя могутъ повести къ обширнымъ разрушеніямъ слизистой оболочки и перейти на надкостницу и кости. Онѣ имѣютъ неправильную форму и покрыты маркимъ гноемъ, причемъ слизистая оболочка въ окружности представляется красной съ слегка багровымъ оттѣнкомъ и пропитанной. Кромѣ такихъ болѣе или менѣе обширныхъ и глубокихъ язвъ, встрѣчаются, наконецъ, круглыя язвы, которыя происходятъ вѣдствие распадаенія *гуммъ*. Послѣднія представляютъ кругловатой формы, нѣсколько выстоящіе надъ поверхностью, багроваго цвѣта узлы, въ окружности которыхъ слизистая оболочка кажется инфильтрированной. Спустя нѣкоторое время центръ узловъ принимаетъ болѣе желтоватый цвѣтъ и *распадается*, причемъ образуется язва, въ окружности которой иногда наблюдается нѣсколько небольшихъ кругловатыхъ *язвъ* съ жидкимъ, маркимъ отдѣленіемъ желтоватаго цвѣта. Благодаря слянію этихъ язвъ или дальнѣйшему распаденію узла, образуется большая круглая язва, которая занимаетъ всю ширину и толщину гуммы и образуетъ такимъ образомъ круглый, какъ бы выбитый пробойникомъ дефектъ, иногда прободающій слизистую оболочку.

При сильномъ покраснѣніи и опуханіи небной занавѣски необходимо всегда путемъ задней риноскопіи осмотрѣть заднюю поверхность ея, такъ какъ нерѣдко при этомъ на ней находятъ изъязвленія.

Изъязвленія помѣщаются большею частью на миндалинахъ, небныхъ дужкахъ и небной занавѣскѣ, или же на задней стѣнкѣ зѣва; на послѣд-

ней они развиваются обыкновенно позже, чѣмъ на другихъ, указанныхъ мѣстахъ.

Гуммозныя язвы наблюдаются наичаще по срединной линіи твердаго неба, и притомъ большею частью въ средней или задней части его; при локализациі ихъ на язычкѣ послѣдній нерѣдко отваливается.

Въ позднѣйшихъ ступеняхъ сифилиса бугристая, неровная поверхность корня языка принимаетъ часто гладкій видъ, вслѣдствіе того, что существующая нерѣдко первоначальная гипертрофія переходитъ въ т. назыв. гладкую атрофію.

Когда язвы заживаютъ, то образуются глубокіе, нерѣдко *лучистые* рубцы, которые могутъ вызвать очень рѣзкія обезображенія: сращения, преимущественно небной занавѣски съ задней стѣнкой зѣва, болѣе или менѣе значительные дефекты, особенно язычка, одной или обѣихъ дужекъ, миндалинъ и т. п. При заживленіи глубокихъ сифилитическихъ язвъ на корнѣ языка и задней стѣнкѣ зѣва нерѣдко образуются рубцовыя перемычки, которыя могутъ обусловить значительное суженіе болѣе глубокой части глотки, причѣмъ введеніе пищи и дыханіе сильно затрудняются.

Симптомы. При *первичной* язвѣ, а также въ начальной ступени вторичнаго сифилиса больные жалуются на боль при глотаніи, которая при образованіи язвъ и пропитываніи можетъ значительно усилиться. При болѣе обширныхъ изъязвленіяхъ, которыя обыкновенно свойственны третичному періоду сифилиса, а также при распаденіи гуммозныхъ узловъ, наблюдается *затрудненіе глотанія*, при прободеніи же небной занавѣски жидкости попадаютъ въ носоглотку и оттуда въ носъ, помимо этого, *голосъ* получаетъ гнусливый оттѣнокъ. Напротивъ, при сращеніи заднихъ дужекъ и небной занавѣски съ задней стѣнкой зѣва голосъ становится болѣе глухимъ, и больные не въ состояніи дышать черезъ носъ и сморкаться.

Распознаваніе. Распознаваніе *твердаго шанкра* представляетъ подчасъ большія затрудненія, такъ какъ видъ его самъ по себѣ не характеренъ.

Слизистыя папулы, представляющія круглыя или, при сліянніи ихъ, неправильной формы сѣроватыя возвышенія, окруженныя краснымъ вѣничкомъ, настолько характерны, что ихъ едва-ли можно съ чѣмъ нибудь смѣшать, тѣмъ болѣе, что онѣ сопровождаются припухlostью лимфатическихъ железъ подъ угломъ нижней челюсти.

Сифилитическія *изъязвленія*, когда они болѣе поверхностны, можно смѣшать съ *бугорковыми* язвами или съ изъязвленіями, которыя образуются послѣ лопанія герпетическихъ пузырьковъ. Послѣдняго рода изъязвленія легко, однако, отличить на основаніи происхожденія и формы ихъ; бугорковыя язвы имѣютъ болѣе извилистыя очертанія, причѣмъ по краямъ ихъ находятъ нерѣдко просовидныя бугорки, а въ скудномъ, вязкомъ отдѣленіи ихъ бугорковыя палочки; кромѣ того, болѣзненность и вечернія повышенія температуры тоже говорятъ за бугорковое происхожденіе язвъ. Далѣе, важное распознавательное значеніе имѣютъ истощеніе,

наслѣдственность и наличность бугорчатки легкихъ, хотя нужно помнить, что и у чахоточнаго могутъ быть сифилитическія изъязвленія въ глоткѣ. Въ такомъ случаѣ, однако, *сифилитическая язва*, влѣдствіе зараженія ея черезъ мокроту, обыкновенно *превращается въ бугорковую* язву: края язвы становятся красными, на нихъ появляются просовидные, сѣраго цвѣта, полупрозрачныя бугорки, которые затѣмъ распадаются и измѣняютъ такимъ образомъ видъ язвы. Первоначально болѣе или менѣе правильныя края становятся извилистыми и окружены болѣе краснымъ воспалительнымъ вѣнчикомъ, причѣмъ, благодаря образованію и распаденію новыхъ бугорковъ, язва все болѣе и болѣе увеличивается. Подобное превращеніе мнѣ приходилось видѣть нѣсколько разъ.

Распадающійся *ракъ*, съ которымъ можно смѣшать болѣе глубокую сифилитическую язву, представляется въ видѣ кратерообразной язвы съ возвышенными, плотными, бугристыми краями, покрытой грязнымъ, зловоннымъ распадомъ, и встрѣчается обыкновенно въ пожиломъ возрастѣ.

Прободенія небной занавѣски встрѣчаются, помимо сифилиса, собственно только при проказѣ, причѣмъ въ послѣднемъ случаѣ одновременно находятъ проказные узлы и зарубцевавшіеся дефекты на мягкомъ небѣ и миндалинахъ. Болѣе или менѣе обширныя, глубокія лучистыя рубцы, особенно на задней стѣнкѣ зѣва, крайне характерны для сифилиса. *Срощенія* заднихъ дужекъ съ задней стѣнкой зѣва происходятъ влѣдствіе того, что гранулирующія язвы на послѣдней и дужкахъ спаиваются между собою, и притомъ въ самой нижней части, гдѣ разстояніе между противолежащими поверхностями очень незначительно. Кромѣ того, *Нейтманн*, на основаніи микроскопическихъ изслѣдованій, показалъ, что какъ при вторичномъ, такъ и при третичномъ сифилисѣ мышцы, расположенныя подъ пораженной слизистой оболочкой, представляютъ явленія *сифилитическаго міозита*, подъ вліяніемъ котораго сокращенія мышцъ ослабѣваютъ. Поэтому во многихъ случаяхъ сифилиса зѣва и наблюдается нѣкоторое ограниченіе подвижности небной занавѣски. Распространяясь снизу вверхъ, сращеніе можетъ, въ концѣ-концовъ, повести къ полному разобщенію носоглотки съ зѣвомъ.

Предсказаніе различно, смотря по свойству и распространенности сифилитическихъ измѣненій.

Вторичныя явленія часто рецидивируютъ, особенно въ первые два года, и при этомъ служатъ нерѣдко источникомъ зараженія для здоровыхъ, между тѣмъ какъ третичныя пораженія, ведущія къ рубцовымъ сморщиваніямъ слизистой оболочки, къ суженіямъ и т. п., не заразительны.

Вторичныя и третичныя явленія нерѣдко *рецидивируютъ* на прежнихъ мѣстахъ; объясняется это тѣмъ, что, хотя бы и не было видно никакихъ отклоненій, все-таки могли остаться патолого-анатомическія измѣненія. И дѣйствительно, въ окружности сосудовъ и выводныхъ протоковъ железъ находятъ круглыя клѣтки, которыя, даже спустя много

лѣтъ, могутъ при благоприятныхъ условіяхъ пролиферировать и повести къ образованію новыхъ высыпей (*Neumann*); такимъ образомъ объясняются позднія формы сифилиса.

Въ виду изложеннаго, предсказаніе въ отношеніи полнаго излеченія сомнительно, хотя въ общемъ, за исключеніемъ тяжелыхъ формъ, можно рассчитывать на *restitutio ad integrum*.

Леченіе. Во вторичномъ періодѣ сифилиса нужно назначить *ртутныя втиранія*, которыя передъ инъекціями имѣютъ, повидимому, то преимущество, что послѣ нихъ рѣже наблюдаются рецидивы. Въ третичномъ періодѣ даютъ іодистый калий 10,0: 200,0, по 1 столовой ложкѣ 3 раза въ день или чаще; одновременно или послѣ полезно назначить также ртутныя втиранія. Изъязвленія обыкновенно заживаютъ скорѣе, когда, вмѣстѣ съ общимъ, примѣняютъ *мѣстное леченіе* въ видѣ смазываній 10% растворомъ ляписа или 5% растворомъ сулемы, либо въ видѣ прижиганій палочкой ляписа или хромовой кислотой. При этомъ уменьшаются также боли и облегчается принятіе пищи, благодаря тому, что поверхность язвъ покрывается струпомъ. Гуммозныя язвы выскабливаютъ и затѣмъ прижигаютъ ляписомъ или гальванокаутеромъ.

Рубцовыя суженія, а равно и сращенія небной занавѣски съ задней стѣнкой зѣва нужно разъединить ножомъ или гальванокаутеромъ, а затѣмъ примѣнять бужированіе. Прободенія небной занавѣски, если они вызываютъ разстройства рѣчи или глотанія, можно закрыть пластической операціей или посредствомъ obturаторовъ. Секвестры слѣдуетъ удалить, по возможности, своевременно.

Что касается діеты, то больные должны воздерживаться отъ всякой пищи, которая механически, химически или термически дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ.

Бугорчатка глотки.

Этіологія. Бугорчатка наблюдается въ глоткѣ рѣже, нежели въ гортани, но все-таки чаще, чѣмъ въ носу, причемъ она обыкновенно бываетъ *вторичной*, присоединяясь къ пораженію легкихъ или гортани, хотя въ глоткѣ несомнѣнно встрѣчается и *первичная* бугорчатка (*Isambert* и *Fränkel*). При бугорчатомъ менингитѣ тоже иногда находятъ въ глоткѣ просовидные бугорки, которые не вызываютъ, однако, никакихъ явленій.

Чаще всего бываютъ поражены мягкое небо, небныя дужки и язычекъ, рѣдко задняя стѣнка зѣва и рѣже всего носоглотка. Миндалины, повидимому, поражаются не такъ рѣдко, какъ это принимаютъ. По крайней мѣрѣ, при посмертномъ изслѣдованіи въ нихъ сравнительно часто находятъ просовидные бугорки, которые макроскопически едва видны, такъ что остаются неузнанными; при жизни бугорковое пораженіе миндалинъ, сосредоточивающееся обыкновенно въ лакунахъ, вначалѣ вызываетъ нерѣдко лишь незначительныя припадки или протекаетъ совершенно скрытно. Въ случаяхъ,

которые мнѣ пришлось наблюдать, небныя миндалины были поражены болѣе, чѣмъ въ $\frac{1}{2}$ случаевъ.

Язычный миндаликъ, по изслѣдованіямъ *Dmochowski*'аго, тоже поражается сравнительно часто. При этомъ бугорковыя палочки сначала видѣются въ крипты и мѣшеччатыя железы и вызываютъ поверхностныя измѣненія въ эпителии и въ верхнихъ слояхъ слизистой оболочки, а затѣмъ проникаютъ въ лимфатическія пространства и фолликулы и ведутъ къ образованію бугорковъ.

Нерѣдко процессъ развивается одновременно въ слизистой оболочкѣ щекъ, губъ и языка.

У мужчинъ бугорчатка глотки встрѣчается чаще, нежели у женщинъ, а именно, по нашимъ наблюденіямъ, въ 6 разъ чаще, притомъ преимущественно у лицъ въ возрастъ 20—30 лѣтъ. У дѣтей бугорчатка глотки наблюдается очень рѣдко, хотя мнѣ пришлось видѣть нѣсколько такихъ случаевъ.

Объективно бугорчатка выражается образованіемъ узелковъ, которые затѣмъ распадаются и превращаются въ язвы.

Узелки сѣраго цвѣта, полупрозрачны и либо мелки, *просовидны*, либо, когда нѣсколько узелковъ сливаются между собою, болѣе крупны. Они имѣютъ склонность быстро распадаться, причемъ обыкновенно, наряду съ сохранившимися еще узелками, слегка выдающимся надъ уровнемъ окружающей слизистой оболочки, на мѣстѣ того или другого узелка находятъ уже круглое, плоское изъязвленіе. Кромѣ образованія просовидныхъ бугорковъ, наблюдается еще, хотя и рѣже, *разлитое пропитываніе*, которое простирается болѣе вглубь и придаетъ слизистой оболочкѣ студенистый видъ; обыкновенно, впрочемъ, находятъ вмѣстѣ съ тѣмъ и отдѣльныя бугорки.

Острая просовидная бугорчатка глотки встрѣчается очень рѣдко.

Наичаще въ глоткѣ наблюдается язвенная форма бугорчатки. Какъ уже упомянуто, *язвы* происходятъ вслѣдствіе распадѣнія бугорковыхъ узелковъ, причемъ, смотря по тому, преобладаютъ-ли одиночныя или слившіеся между собою узелки, находятъ либо мелкія и кругловатыя, либо болѣе крупныя, неправильной формы и почти всегда поверхностныя язвы съ салнымъ дномъ, на которомъ появляются красныя грануляціи. Язвы окружены красноватымъ вѣнчикомъ, на мѣстѣ котораго нерѣдко встрѣчаются отдѣльныя мелкія, сѣрые узелки.

Затылочныя железы обыкновенно увеличены; кромѣ того, нерѣдко опухаютъ также подчелюстныя лимфатическія железы.

Наиболѣе выдающимся *принадкомъ* бываетъ очень сильная боль, которая отдаетъ въ уши и особенно мучительна при глотаніи слюны; принятіе пищи болѣе или менѣе затруднено. Благодаря боли, которая въ особенности даетъ себя чувствовать при движеніяхъ небной занавѣски, больные стараются избѣгать, по возможности, приподнятія ея; такъ какъ къ тому же подвижность небной занавѣски, вслѣдствіе пропитыванія ея,

бываетъ нерѣдко ограничена, то при глотаніи жидкости попадаютъ въ носоглоточное пространство и извергаются черезъ носъ. *Голосъ* въ такихъ случаяхъ бываетъ, конечно, *инсуливымъ*. Иногда наблюдаются дурной запахъ изо рта и повышеніе температуры по вечерамъ.

Распознаваніе основывается на присутствіи сѣрыхъ, полупрозрачныхъ узелковъ и характерномъ видѣ язвъ, которыя, благодаря образованію ихъ изъ распадающихся слившихся узелковъ, имѣютъ извилистыя очертанія, болѣе поверхностны, нежели сифилитическія язвы, и окружены краснымъ вѣнчикомъ, на которомъ часто сидятъ бугорки.

Благодаря тому, что бугорковые язвы болѣе поверхностны, послѣ заживленія ихъ, которое наступаетъ, впрочемъ, довольно рѣдко, почти никогда не наблюдаются рубцовыя сморщиванія, обезображиванія и сращения, которыя послѣ глубокихъ сифилитическихъ язвъ составляютъ, напротивъ, нерѣдкое явленіе.

При тщательномъ осмотрѣ бугорковые язвы едва-ли можно смѣшать съ изъязвившимися герпетическими пузырьками, тѣмъ болѣе, что въ послѣднемъ случаѣ теченіе совершенно иное (см. *Herpes pharyngis*), и при бугорчаткѣ глотки обыкновенно, хотя и не всегда, существуетъ одновременно бугорчатое пораженіе легкихъ, гортани или ротовой полости. Кромѣ того, при изслѣдованіи отдѣленія, взятаго съ дна бугорчатыхъ язвъ помощью прокаленнаго платиноваго ушка, всегда опредѣляются бугорковыя палочки; не слѣдуетъ только ограничиваться однократнымъ изслѣдованіемъ, такъ какъ нерѣдко палочки удается найти лишь послѣ повторнаго изслѣдованія.

Предсказаніе неблагоприятно. Если больные рано обращаются къ врачу, то иногда удается добиться излеченія; въ послѣднее время описано нѣсколько случаевъ излеченія даже при болѣе выраженномъ процессѣ, однако болѣею частью скоро наступаетъ смерть.

Леченіе. Въ далеко зашедшихъ случаяхъ приходится ограничиваться, наряду съ мѣрами, направленными къ поднятію общаго питанія, лишь палліативнымъ мѣстнымъ леченіемъ, съ цѣлью успокоить сильныя боли при глотаніи, именно, смазываніями 5—10 % растворомъ кокаина или 10—20 % ментоловымъ масломъ.

Когда процессъ не успѣлъ еще зайти слишкомъ далеко, то, помимо указанныхъ смазываній, показываются разрушеніе пораженныхъ частей гальванокаутеромъ или, еще лучше, послѣ предварительнаго выскабливанія ихъ, смазыванія растворомъ (20—60 %) молочной кислоты, предложенной *Krause*, подъ вліяніемъ которой иногда, хотя и рѣдко, наступаетъ излеченіе, далѣе, прижиганія хромовой кислотой и т. п.

Въ нѣсколькихъ выраженныхъ случаяхъ бугорчатки глотки я наблюдалъ излеченіе послѣ выпрыскиваній туберкулина; однако, въ виду опасностей, съ которыми сопряжено примѣненіе этого средства, съ нимъ нужно быть осторожнымъ.

Пища должна быть питательная и нераздражающая.

Волчанка глотки.

Этіологія. Хотя волчанка представляет ничто иное, как особую — и притомъ менѣе злокачественную — форму бугорчатки, тѣмъ не менѣе тотъ фактъ, что опыты съ прививкой волчанки обыкновенно давали отрицательный результатъ (впрочемъ, *Besnier* находилъ якобы у животныхъ послѣ прививки волчанки бугорчатку внутреннихъ органовъ), равно какъ иной видъ язвъ и пропитыванія, а также прочія явленія и теченіе заставляютъ смотрѣть на нее какъ на болѣзнь *sui generis*.

Первичная волчанка глотки встрѣчается очень рѣдко; обыкновенно она бываетъ *вторичной*, вслѣдствіе распространенія процесса съ лица или носа на слизистую оболочку глотки. По *Lennox Brown*'у, процессъ распространяется не черезъ лимфатическіе сосуды, такъ какъ лимфатическія железы не опухаютъ, а переходитъ обыкновенно съ слизистой оболочки щекъ на глотку, между тѣмъ какъ при третичномъ сифилисѣ процессъ переходитъ съ носа на небо. Впрочемъ, волчанка глотки, несомнѣнно, встрѣчается и независимо отъ пораженія слизистой оболочки рта или носа. Наичаще поражаются небная занавѣска и язычекъ, почти никогда или рѣдко корень языка и задняя стѣнка зѣва, очень рѣдко миндалины.

Симптомы. На слизистой оболочкѣ замѣчаются круглые, величиною съ конопляное зерно *узелки*, которые, сливаясь, достигаютъ иногда размѣровъ горошины и своимъ цвѣтомъ мало отличаются отъ слегка покраснѣвшей окружности. *Язвы* при волчанкѣ похожи на бугорковыя, однако онѣ никогда не имѣютъ рѣзкихъ извилистыхъ краевъ, усаженныхъ просовидными узелками, а представляютъ скорѣе поверхность, покрытую какъ бы вялыми блѣдными грануляціями, притомъ безъ сальнаго отдѣленія. Затѣмъ вблизи язвъ нерѣдко мѣстами наблюдаются уже рубцы. *Боли* незначительны или совершенно отсутствуютъ.

Теченіе волчанки медленное, между тѣмъ какъ бугорчатка протекаетъ быстро; далѣе, въ то время какъ при волчанкѣ болей, какъ уже сказано, почти не бываетъ, при бугорчаткѣ наблюдаются сильныя боли, истощеніе и обыкновенно также кашель.

Бугорковыя палочки удается найти, но не такъ легко и не въ такомъ количествѣ, какъ при бугорчаткѣ глотки.

Распознаваніе въ язвенной ступени не всегда легко. Процессъ можно смѣшать, помимо бугорчатки (см. выше), съ сифилисомъ, при которомъ язвы, однако, бываютъ обыкновенно глубже; кромѣ того, противъ сифилиса говорятъ анамнезъ и недѣйствительность іодистаго калия. Волчаночные узелки можно бы, пожалуй, смѣшать съ проказой; при послѣдней узлы имѣютъ, однако, совершенно иной видъ и встрѣчаются всегда и на кожѣ. Къ тому же волчанка наблюдается обыкновенно у молодыхъ дѣвушекъ или женщинъ.

Предсказаніе неблагоприятно; хотя нерѣдко и достигается излеченіе, однако очень часто наступаютъ возвраты.

Указанное впервые *B. Fränkel* емь ограниченное расхождение одной или обѣихъ голосовыхъ связокъ наблюдалось мною на 88 случаевъ въ 17-ти; степень ограниченія подвижности колеблется отъ незначительнаго нарушенія расхождения до полной потери подвижности наружу, такъ что могутъ наступать приступы одышки, какъ это и было въ двухъ изъ моихъ случаевъ.

Распознаваніе, въ виду характерной ларингоскопической картины, легко. Присутствіе чашкообразныхъ утолщеній обыкновенно на обѣихъ голосовыхъ связкахъ на мѣстѣ голосовыхъ отростковъ и холмистаго выпячивания на задней стѣнкѣ гортани заставляеть прежде всего предположить пахидермію. Въ случаѣ сомнѣній вопросъ рѣшается на основаніи микроскопическаго изслѣдованія кусочка утолщенія.



Рис. 149. Микроскопическій препаратъ изъ удаленнаго кусочка пахидермическаго утолщенія.

Подъ микроскопомъ (рис. 149) находятъ слой плоскихъ, ороговѣвающихъ клѣтокъ, подъ которыми дальше книзу идутъ болѣе многогранныя или цилиндрическія клѣтки; мѣстами отъ эпителиальнаго слоя направляются въглубь отростки, которые иногда развѣтвлены, тогда какъ по направленію къверху эпителий тамъ и сямъ отслаивается. Сосуды обильно развиты и просвѣтъ ихъ расширенъ.

Направляющіеся въглубь эпителиальные стержни не имѣютъ, однако же, ничего общаго съ ракомъ, такъ какъ при послѣднемъ должны быть находимы отдѣлившіяся эпителиальныя гнѣзда. Если разрѣзь прошелъ черезъ такой эпителиальный стержень косвенно или перпендикулярно, то можетъ случиться, что посреди соединительной ткани находится эпителиаль-

ное гнѣздо похожее на раковое; обстоятельство это нужно, слѣдовательно, имѣть въ виду при изслѣдованіи микроскопическаго препарата. Распознаваніе рака въ подобныхъ случаяхъ можетъ быть, однако, поставлено, только тогда, когда и въ основаніи разрошенія находятъ раковую ткань (см. микроскопическую картину рака). Я согласенъ съ *Kuttner*'омъ, который не раздѣляетъ мнѣнія *Klebs*'а, что прилеганіе широкихъ сосудовъ къ эпителиальнымъ стержнямъ характерно для рака; вообще болѣе чѣмъ сомнительно, что „переходъ пахидермическаго утолщенія въ ракъ происходитъ путемъ постепеннаго вростанія гиперплазирующаго эпителия въ просвѣтъ лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудовъ“ (*Klebs*).

Теченіе пахидерміи медленное, но доброкачественное; болѣзнь тянется годами и хотя иногда наблюдается уменьшеніе утолщеній, однако обыкновенно они остаются въ томъ же положеніи или увеличиваются. Рѣдко появляется изъязвленіе съ присоединяющимся къ нему перихондритомъ. Переходъ въ ракъ до сихъ поръ съ достовѣрностью еще не наблюдался.

Предсказаніе при разумномъ отношеніи больного и примѣненіи соответственнаго леченія благопріятно, и даже въ случаяхъ, въ которыхъ наблюдались изъязвленіе и перихондритъ, исходъ былъ хорошій.

Леченіе. Если лечить обычнымъ образомъ сопутствующій катарръ зѣва и существующій подчасъ катарръ гортани и больной можетъ въ теченіе долгаго времени шадить свой голосъ, то въ болѣе легкихъ случаяхъ подъ вліяніемъ небольшихъ приѣмовъ іодистаго калия скоро достигается уменьшеніе или даже исчезаніе утолщеній и возстановленіе подвижности голосовыхъ связокъ.

Изъ мѣстныхъ средствъ сравнительно наилучшіе результаты давало мнѣ азотнокислосе серебро въ возможно крѣпкихъ растворахъ.

Если утолщенія достигаютъ болѣе или менѣе значительныхъ размѣровъ, то лучше всего удалить ихъ острыми щипцами.

Острое подслизистое (флегмонозное) воспаленіе гортани. Laryngitis submucosa (phlegmonosa) acuta.

Этіологія. Острое флегмонозное воспаленіе гортани можетъ быть вызвано гѣми же причинами, которыя вообще играютъ роль въ развитіи воспалительныхъ заболѣваній верхнихъ дыхательныхъ путей. Между прочимъ *Charazac* указываетъ, какъ на причину, и на чрезмѣрное утомленіе голоса.

Болѣзнь эта встрѣчается чаще у мужчинъ, нежели у женщинъ, и притомъ обыкновенно въ возрастѣ 20—30 лѣтъ. *Первичная* форма наблюдается, во всякомъ случаѣ, очень рѣдко, *вторичная* же форма встрѣчается при перитонзиллитѣ, глосситѣ, острымъ катаррѣ глотки, рождѣ оспѣ, тифѣ, дифтеріи, гноекровоіи, золотухѣ, бугорчаткѣ. *Moure* нашель на 10-й день *скарлатины* нарывъ у основанія надгортанника и въ верхней части лѣвой ложной голосовой связки, который самъ собой вскрылся. Кромѣ того, флегмонозный ларингитъ можетъ развиваться также

послѣ вдыханія горячихъ паровъ, прижиганій, подѣ влияніемъ проглатыванія ѣдкихъ веществъ и поврежденій, вызванныхъ инородными тѣлами.

Симптомы. Одновременно съ незначительной лихорадкой, но иногда и безъ нея, появляется *боль*, особенно при глотаніи; *голосъ* становится *болѣе слабымъ* и пропадаетъ, присоединяется *одышка*, которая все болѣе и болѣе усиливается, вдыханіе и выдыханіе становятся свистящими, лицо и особенно губы—синюшными. Одышка принимаетъ, понятно, болѣе угрожающіе размѣры, когда процессъ развивается въ болѣе узкомъ мѣстѣ гортани, въ подвязочной области.

Слизистая оболочка, которая представляетъ вначалѣ явленія остраго воспаления, вскорѣ обнаруживаетъ ограниченную или разлитую *припухлость*; въ подслизистой ткани скопляется сывороточный, сывороточно-гнойный или гнойный выпотъ, обособляющійся иногда въ видѣ нарыва, который обыкновенно наблюдается только на одной сторонѣ.

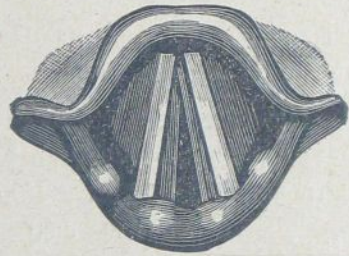


Рис. 150. Laryngitis hypoglottica.

Я. наблюдалъ *нарывъ* наичаще на надгортанникѣ, и притомъ на передней поверхности его, однако онъ можетъ развиваться также въ черпало-надгортанныхъ складкахъ или на задней стѣнкѣ гортани. Если припухлость сосредоточивается въ подвязочной области, то она обыкновенно бываетъ на обѣихъ сторонахъ; при этомъ изъ-подъ голосовыхъ связокъ выдаются два красныхъ, толстыхъ валика, которые иногда доходятъ почти до срединной линіи (рис. 150) и сильно суживаютъ просвѣтъ—*chorditis vocalis inf.* (Burrow) s. *laryngitis hypoglottica acuta gravis* (Ziemssen),—такъ что иногда приходится прибѣгать къ трахеотоміи. Въ болѣе легкихъ случаяхъ процессъ можетъ черезъ 24—36 часовъ пойти назадъ, не оставляя никакихъ слѣдовъ. *Кашель* имѣетъ при этомъ лающий характеръ.

Ограниченная форма кончается *нарывомъ*, на мѣстѣ котораго ощущается боль, особенно при глотаніи или надавливаніи. Разстройства голоса и дыханія находятся, конечно, въ зависимости отъ положенія и величины нарыва.

Образуется болѣе или менѣе большая припухлость (величиною съ вишню и больше), выступающая надъ уровнемъ сильно покраснѣвшей, припухшей и обыкновенно нѣсколько отеchnой окружности, причемъ, когда нарывъ созрѣлъ, на верхушкѣ ея появляется желтоватая точка, которая указываетъ на то, что въ этомъ мѣстѣ нарывъ долженъ прорваться.

Если нарывъ помѣщается на надгортанникѣ, то послѣдній обыкновенно мало подвиженъ, сильно наклоненъ кзади и закрываетъ входъ въ гортань, который и безъ того уже суженъ подѣ влияніемъ сопутствующей отеchnой припухлости черпало-надгортанныхъ складокъ. Послѣ опо-

роженія нарыва припухлость и отекъ смежныхъ частей векорѣ проходятъ.

Когда гной опорожняется, то можетъ наступить приступъ удушья или судорога голосовой щели; послѣ отхаркиванія гноя явленія эти исчезаютъ.

Распознаваніе. Въ виду явленій, указывающихъ на суженіе гортани, можно бы предположить также отекъ или присутствіе инороднаго тѣла; въ случаяхъ, не терпящихъ отлагательства, или же когда ларингоскопированіе невозможно, причины эти можно зачастую исключить при изслѣдованіи указательнымъ пальцемъ. Однако только изслѣдованіе зеркаломъ даетъ возможность поставить съ увѣренностью распознаваніе.

При *ларингоскопированіи* слизистая оболочка оказывается сильно красною, припухшею и слегка просвѣчивающею, если же образовался нарывъ, то мы видимъ ограниченную, круглой формы плоскую опухоль, на вершинѣ которой находится желтовато-красноватая точка, указывающая на скопленіе гноя.

Предсказаніе. Въ болѣе легкихъ случаяхъ болѣзнь черезъ нѣсколько дней проходитъ; въ болѣе тяжелыхъ опасность заключается въ разстройствѣ дыханія, которое можетъ потребовать трахеотоміи или повести къ смерти отъ задушенія. Подвязочное пропитываніе бугорчатого или сифилитическаго происхожденія переходитъ очень часто въ хроническое состояніе.

Леченіе. Въ началѣ болѣзни показуется противовоспалительное леченіе (кровоизвлеченіе, холодныя примочки на шею, глотаніе кусочковъ льда), при болѣе сильной припухлости—насычки гортаннымъ ножемъ; если образовался нарывъ, его нужно вскрыть. При сифилисѣ—іодистый калий. При одышкѣ, которая принимаетъ угрожающіе размѣры, необходимо сдѣлать трахеотомію. Въ одномъ случаѣ я примѣнилъ съ хорошимъ успѣхомъ интубацію.

Хроническій подслизистый ларингитъ. *Laryngitis submucosa chronica.*

Этіологія. Хроническій подслизистый ларингитъ либо составляетъ послѣдствіе острой формы, либо развивается иногда при неблагоприятныхъ внѣшнихъ условіяхъ изъ хроническаго катарра гортани, либо, наконецъ, присоединяется къ перихондриту. Наичаще, однако, форма эта наблюдается, помимо тифа, при бугорчаткѣ и сифилисѣ, а также при риносклеромѣ и иногда при золотухѣ.

Симптомы. Болѣзнь эта выражается гиперплазіей извѣстныхъ частей слизистой оболочки гортани, причемъ подслизистая ткань сильно утолщена и плотна. *Утолщенію* особенно часто подвергается надгортанникъ, тогда какъ на задней стѣнкѣ гортани оно рѣдко бываетъ сильно выражено. При изслѣдованіи зеркаломъ утолщенные части представляются въ видѣ плотныхъ припухлостей грязно-краснаго цвѣта.

Ложныя и истинныя голосовыя связки могутъ „превратиться въ неправильной формы плотныя утолщенія и, благодаря потерѣ подвижности ихъ, усиливать существующую *одышку*“ (*Gottstein*). Последняя, встрѣчающаяся въ общемъ менѣе часто, чѣмъ *разстройство голоса*, составляетъ, однако, постоянное явленіе, когда процессъ распространяется на слизистую оболочку подвязочной области (*laryngitis hypoglottica chronica hypertrophica*, *Ziemssen*).

Подъ голосовыми связками видны, въ такомъ случаѣ два красныхъ и гладкихъ, рѣже неровныхъ, валика, которые могутъ настолько выступать изъ-подъ связокъ, что между ними остается только узкая щель. При этомъ голосовыя связки представляютъ обыкновенно ограниченіе подвижности какъ внутри, такъ и снаружи, хотя бы онѣ сами и не были утолщены. Когда на этихъ подвязочныхъ утолщеніяхъ скопляется еще засохшее отдѣленіе, то дѣло можетъ дойти до опасныхъ приступовъ удушья.

Распознаваніе, въ виду изложеннаго, нетрудно. На основаніи плотной консистенціи припуханіе легко отличить отъ отека, но опредѣлить какого они происхожденія, бываетъ иногда довольно трудно. Во всякомъ случаѣ всегда важно изслѣдовать легкія, а равно и другіе органы. Перихондритъ можно исключить на основаніи отсутствія боли, особенно при надавливаніи на хрящи.

Предсказаніе различно, смотря по мѣстоположенію и распространенности процесса, а также смотря по тому, отъ какой причины онъ зависитъ.

Леченіе. Внутри можно попробовать іодистый калий; утолщенія уменьшаются иногда подъ вліяніемъ насѣчекъ, прижиганій каленымъ желѣзомъ или смазываній азотнокислымъ серебромъ. Если наступаютъ явленія суженія, то нужно производить расширеніе помощью бужей *Schrötter*'а или сдѣлать интубацію; последняя была примѣнена мною съ успѣхомъ въ нѣсколькихъ случаяхъ. Интубацію можно также испробовать, когда грозитъ задушеніе; если она не помогаетъ, то нужно сдѣлать трахеотомию, а затѣмъ, съ цѣлью расширить суженіе, вводить оловянные бужи *Schrötter*'а.

Отекъ гортани. *Oedema laryngis*.

Этіологія. Сывороточное пропитываніе слизистой оболочки гортани и подслизистаго слоя—настоящій, невоспалительный *отекъ*, можетъ быть вызванъ либо мѣстными причинами, обыкновенно затрудненнымъ оттокомъ венозной крови (напр., опухоли въ шейной области, опухоли средостѣнія и проч.), либо общими причинами, какъ, напр., малокровіе, болотное худосочіе, нефритъ, амилоидное перерожденіе почекъ.

Острые катарры глотки, ангины, флегмоны, воспалительные процессы въ язычномъ миндаликѣ, на шеѣ и въ сосѣднихъ органахъ подають поводъ къ развитію *воспалительнаго отека*, при которомъ имѣется

дѣло съ *выпотываніемъ*. Къ той же категоріи относятся отечныя припуханія, которыя развиваются въ окружности бугорковыхъ, сифилитическихъ и раковыхъ язвъ и при которыхъ слизистая оболочка имѣеть нерѣдко студенистый видъ. Воспалительный отекъ наблюдается, кромѣ того, при переломахъ гортани, перихондритѣ, воспаленіяхъ щитовидной железы и проч., а также при различныхъ заразныхъ болѣзняхъ, какъ-то: инфлуэнца, тифъ, оспа, скарлатина, корь, рожа, язвенный эндокардитъ, гноекровіе и гнилокровіе. Въ подобныхъ случаяхъ онъ развивается, по всей вѣроятности, вслѣдствіе заноса возбудителей воспаления черезъ кровь (*Schrötter*).

Такъ называемый *сосудодвигательный отекъ* зависитъ, по *Strübing*у, отъ повышенной возбудимости сосудорасширяющихъ нервовъ и большей проницаемости сосудистыхъ стѣнокъ. Обыкновенно появляется сначала покраснѣніе слизистой оболочки зѣва, язычка и небныхъ дужекъ, а затѣмъ скоро присоединяется сильный отекъ слизистой оболочки; послѣдняя вскорѣ блѣднѣеть и принимаетъ студенистый, просвѣчивающій видъ. Черезъ 2 — 3 часа, а иногда и раньше, тѣ же явленія наблюдаются и въ гортани. Появляющаяся при этомъ одышка черезъ нѣсколько часовъ опять проходитъ. Обыкновенно присоединяется еще отекъ на лицѣ и шеѣ.

Послѣ употребленія *іодистаго калия*, обыкновенно въ первый же день или въ теченіе первыхъ дней, появляется иногда отекъ гортани, и притомъ не только при наличности сифилитическихъ измѣненій въ гортани (*Fournier*), но также и у лицъ, которыя никогда не страдали сифилисомъ; я наблюдалъ отекъ, вмѣстѣ съ другими явленіями іодизма или безъ нихъ, приблизительно въ 10 случаяхъ, но только въ одномъ изъ нихъ была рѣзкая одышка вслѣдствіе сильнаго отека подсвязочной области.

Наконецъ, въ литературѣ встрѣчаются еще указанія на возможность *эпидемическаго явленія* отека гортани, который *Glasgow* считаетъ за общее заболѣваніе въ зависимости отъ измѣненія крови, вызваннаго нисшими организмами.

Отекъ гортани встрѣчается чаще у *мужчинъ*; въ наблюдавшихся мною случаяхъ отношеніе мужчинъ къ женщинамъ составляло 5 : 1. Возрастъ больныхъ колеблется между 18 и 50 годами, обыкновенно же между 18 и 35 годами (*Sestier*). Изъ моихъ больныхъ самому молодому было 21 годъ; отношеніе между больными различнаго возраста, распределенными по отдѣльнымъ десятилѣтіямъ (20—30 и т. д. до 60—70), выражалось въ моихъ случаяхъ какъ 3,5 : 1,5 : 1,5 : 1.

Симптомы находятся въ зависимости отъ мѣстоположенія, распространенности и степени отека. Понятно, что въ болѣе узкихъ частяхъ гортани, напр., въ подсвязочной области, отекъ можетъ очень легко вызвать *явленія суженія*, тогда какъ во входной части гортани, при незначительномъ распространеніи, онъ можетъ не причинять особенныхъ

разстройствъ; однако при сильномъ развитіи отека и въ послѣднемъ случаѣ можетъ наступить рѣзкое суженіе просвѣта.

Когда отекъ занимаетъ входъ въ гортань, то больные жалуются, особенно при глотаніи, на *ощущеніе давленія* или какъ бы присутствія инороднаго тѣла, или даже на боли; въ послѣднемъ случаѣ они избѣгаютъ даже проглатыванія слюны, которую они поэтому постоянно выплевываютъ. Вслѣдствіе недостаточнаго закрытія гортани, подъ вліяніемъ припухлости входа въ гортань, часть жидкости легко попадаетъ при глотаніи въ гортань.

Голосъ бываетъ иногда грубымъ и сильнымъ, но онъ можетъ быть и не измѣненъ.

Наиболѣе важное явленіе составляетъ *затрудненіе дыханія*, которое въ легкихъ или хроническихъ случаяхъ наступаетъ лишь при тѣлесныхъ напряженіяхъ (восхожденіе на лѣстницу, быстрая ходьба и проч.), но въ короткое время можетъ дойти до угрожающихъ размѣровъ, даже когда отекъ развился медленно, въ теченіе многихъ недѣль.

Обыкновенно вдыханіе больше затруднено, чѣмъ выдыханіе, вслѣдствіе того, что, какъ мнѣ это пришлось наблюдать у нѣкоторыхъ больныхъ, припухшія черпало-надгортанные складки при вдыханіи втягиваются въ полость гортани. Когда отекъ больше, когда отечныя ложныя голосовыя связки, въ свою очередь, закрываютъ просвѣтъ, или же послѣдній уже раньше былъ суженъ вслѣдствіе припуханія подслизистой ткани, перихондрита и т. п., то и выдыханіе, конечно, становится затруднительнымъ.

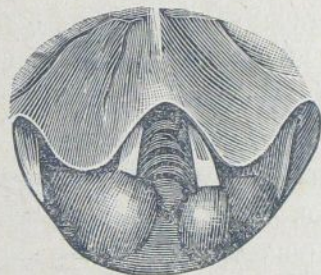


Рис. 151. Отекъ надгортанника и черпало-надгортанныхъ складокъ, преимущественно правой.

Распознаваніе можетъ быть поставлено съ увѣренностью только при изслѣдованіи зеркаломъ, хотя уже ощущеніе присутствія какъ бы инороднаго тѣла или боли при глотаніи, въ связи съ затрудненіемъ дыханія, даетъ право, при отсутствіи заболѣванія глотки, заподозрить отекъ гортани.

Иногда можно ощупать пальцемъ отечную припухлость входа въ гортань, при сильномъ же отдавливаніи языка шпателемъ подчасъ удается видѣть отеchnый надгортанникъ.

Обыкновенно отекъ развивается во всѣхъ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ существуетъ рыхлая подслизистая ткань, слѣдовательно, въ особенности на передней поверхности надгортанника, на черпало-надгортанныхъ складкахъ (рис. 151) и сравнительно рѣже уже на ложныхъ голосовыхъ связкахъ. Истинныя голосовыя связки, въ виду отсутствія на нихъ рыхлой подслизистой ткани, бываютъ отечны лишь въ исключительныхъ случаяхъ; уже поэтому неправильно говорить объ „отекѣ голосовой щели“ (*Bayle*), тѣмъ болѣе, что подъ голосовую щелью мы разумѣемъ отвер-

стіе, которое вѣдь не можетъ быть припухшимъ. При отекаѣ голосовыхъ связокъ имѣется дѣло съ сывороточнымъ пропитываніемъ межмышечной соединительной ткани.

Когда *надгортанникъ* отеченъ, то онъ представляется утолщеннымъ, болѣе или менѣе неподвижнымъ и какъ-бы просвѣчивающимъ; иногда онъ при этомъ раздѣленъ срединной бороздой на двѣ части. На поверхности его, обращенной къ гортани, которая рѣдко бываетъ поражена, отекъ локализуется исключительно на мѣстѣ верхушки (*petiolus*). Отечные *черпало-надгортанныя складки* превращаются въ пузыреподобныя продолговатыя опухоли и, подобно надгортаннику, мѣшаютъ видѣть полость гортани. *Ложныя голосовыя связки*, которыя рѣдко бываютъ отечны, оказываются утолщенными; истинныя связки, во всякомъ случаѣ, только въ видѣ исключенія представляютъ настолько сильную отечность, что онѣ совершенно закрываютъ голосовую щель (*Risch*). *Gottstein* наблюдалъ нѣсколько разъ отекъ одной голосовой связки.

Всегда необходимо произвести изслѣдованіе сердца, сосудовъ, печени и почекъ; *Peltesohn* въ протоколахъ вскрытія 210 случаевъ съ отекомъ гортани въ 9,2% нашель отмѣченнымъ нефритъ.

Предсказаніе находится въ зависимости отъ основной болѣзни. Когда водянка проходитъ, то исчезаетъ и отекъ гортани; послѣ вскрытія нарыва, онъ тоже скоро проходитъ. При отекаѣ вслѣдствіе перихондрита, переломовъ, изъязвленій и проч. предсказаніе, конечно, гораздо хуже, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно улучшается, если своевременно сдѣлана трахеотомія.

Леченіе сводится къ глотанію кусочковъ льда и къ глубокимъ надрѣзамъ отечной слизистой оболочки (подъ кокаиномъ), которые нужно дѣлать, конечно, подъ руководствомъ гортаннаго зеркала. Когда существуетъ нарывъ, то его слѣдуетъ, разумѣется, вскрыть какъ можно раньше.

Когда отекъ гортани составляетъ лишь проявленіе общей водянки, то назначаютъ слабительныя и потогонныя. *Gottstein* видѣлъ въ одномъ подобномъ случаѣ прекрасный результатъ отъ впрыскиванія пилокарпина.

Всегда, даже въ случаяхъ, которые вначалѣ кажутся неопасными, нужно быть готовымъ къ трахеотоміи; ее не слѣдуетъ слишкомъ долго откладывать и лучше сдѣлать прежде, чѣмъ успѣла уже развиться сильная синюха.

При назначеніи іодистаго калия нужно помнить о возможности появленія отека гортани.—При сосудодвигательномъ отекаѣ *Strübing* совѣтуетъ ледъ и морфій, *Lesser* же, наряду съ укрѣпляющей пищей, нѣбольшіе приемы атропина.

Если при угрожающемъ задушеніи не подготовлены къ трахеотоміи, то нужно ввести въ гортань толстый упругій катетеръ. Производить вмѣсто трахеотоміи интубацію было бы обыкновенно нецѣлесообразно, потому что припухшая слизистая оболочка входа въ гортань, который большею частью бываетъ отечнымъ, не только затрудняетъ введеніе трубки, но и можетъ также легко закрыть отверстіе ея.

Крупъ и дифтерія гортани.

Этіологія. Хотя клинически между крупомъ и дифтеріей существуютъ нѣкоторыя различія, которыя заставили многихъ авторовъ (*Henoch* и др.) смотрѣть на нихъ, какъ на двѣ отдѣльныя, самостоятельныя болѣзни, тѣмъ не менѣе, съ другой стороны, въ послѣднее время неоднократно было установлено, что при первичномъ крупѣ гортани тоже встрѣчается *Klebs-Löffler*'овская палочка, такъ что, слѣдовательно, самостоятельный крупъ гортани нужно признать этиологически тождественнымъ съ крупомъ дыхательныхъ путей, столь часто сопутствующимъ дифтеріи зѣва (*E. Fränkel*). Анатомическое тождество, въ свою очередь, доказано *Middeldorpf*'омъ и *Goldmann*'омъ, которые при обоихъ процессахъ нашли сильное воспаленіе слизистой оболочки, которое ведетъ къ разрушенію и отторженію эпителія; къ этому присоединяется обильное фибринозное выпотѣваніе на поверхности, между тѣмъ какъ самая слизистая оболочка представляетъ явленія рѣзкаго воспаленія. Такимъ образомъ дифтерія гортани отличается отъ крупа только тѣмъ, что при первой пораженіе зѣва составляетъ первичное явленіе, пораженіе же гортани, развивающееся вслѣдствіе распространенія процесса сверху, послѣдовательное явленіе, между тѣмъ какъ крупъ развивается въ гортани самостоятельно, помимо заболѣванія слизистой оболочки зѣва.

При всемъ томъ мы можемъ говорить о чистомъ *крупѣ*, безъ пораженія, въ тѣхъ случаяхъ, когда подъ вліяніемъ прижиганія слизистой оболочки ѣдкими средствами и проч. на ней образуется крупозная перепонка, какъ мы это наблюдаемъ, напр., послѣ примѣненія гальванокаустики. Кромѣ того, на основаніи ряда наблюдений, я убѣдился, что подъ вліяніемъ очень сильнаго раздраженія или особой ранимости слизистой оболочки гортани можетъ наступить, вмѣсто обыкновеннаго гнойнаго, фибринозное выпотѣваніе, которое не имѣетъ ничего общаго съ дифтеріей. Подобно тому, какъ существуетъ незаразный фибринозный фарингитъ, точно такъ же встрѣчается незаразный *фибринозный ларингитъ* (*laryngitis fibrinosa*), при которомъ ложная перепонка имѣетъ болѣе синевато-бѣлый цвѣтъ, лежитъ поверхностно и можетъ быть удалена безъ поврежденія слизистой оболочки и кровотеченія.

Симптомы. Наряду съ *разстройствомъ общаго состоянія*, дурнымъ расположеніемъ духа, разбитостью, потерей аппетита, легкой лихорадкой съ катарральными явленіями со стороны верхнихъ дыхательныхъ путей, замѣчается обыкновенно, какъ первое явленіе, *охрипость*, къ которой присоединяется сухой, *лающий кашель* — симптомокомплексъ, который при наличности дифтеріи зѣва указываетъ на пораженіе гортани. Охрипость мало по малу усиливается и переходитъ въ афонію, кашель же становится беззвучнымъ; наступаютъ *явленія суженія*, которыя принимаютъ угрожающій характеръ. Дыхательныя движенія становятся болѣе медленными и затрудненными, вдыханіе и выдыханіе сопровожда-

ются свистящимъ, хрипящимъ шумомъ. Время отъ времени, особенно при возбужденномъ состояніи, одышка переходитъ въ угрожающіе *приступы удушья*, которые въ дальнѣйшемъ теченіи наступаютъ черезъ все болѣе короткіе промежутки времени. Дѣти сидятъ, вытянувшись въ постели, съ откинутой назадъ головой; въ дыханіи принимаютъ участіе всѣ вспомога- тельныя дыхательныя мышцы, такъ что лопатки и верхнія ребра при- поднимаются; подключичныя ямки и животъ сильно втягиваются, гортань при каждомъ вдыханіи смѣщается книзу, крылья носа усиленно работаютъ; дѣти съ выраженіемъ страха и беспомощности глядятъ на окружающихъ. пока, истомившись, черезъ нѣсколько времени не погрузятся въ покой- ный сонъ. Надежда на улучшеніе вскорѣ оказывается напрасной; спустя короткое время дѣти просыпаются, и снова повторяется та же тяжелая картина. Мало по малу отдѣльные приступы удушья, продолжающіеся отъ нѣсколькихъ минутъ до $\frac{1}{4}$ часа, начинаютъ повторяться непрерывно, и появляется стойкая синюха; сознаніе помрачается, выраженіе лица ста- новится вялымъ, дыханіе болѣе поверхностнымъ, пульсъ, который былъ до этого учащеннымъ (105—130—140), дѣлается малымъ, замедлен- нымъ и неправильнымъ, на лбу выступаетъ липкій потъ, появляются су- дороги и при явленіяхъ задушенія или истощенія наступаетъ смерть.

При *ларингоскопическомъ изслѣдованіи*, которое обыкновенно, правда очень затруднительно, особенно у очень маленькихъ дѣтей, ока- зывается, что слизистая оболочка въ первой ступени болѣзни *красна и припухла* и мѣстами уже покрыта легкимъ налетомъ; въ дальнѣйшемъ видны отдѣльныя или сливающіяся между собою пленки, которыя могутъ подчасъ покрывать всю слизистую оболочку и распространяться въ дыхательное горло. Мѣстами, особенно на голосовыхъ связкахъ, встрѣча- ются частью отставшіе клочья пленокъ, которые подъ вліяніемъ тока воздуха колеблются въ ту и другую сторону. Самая слизистая оболочка оказывается сильно красной и мѣстами представляетъ также кровоизліянія; подвижность голосовыхъ связокъ кнаружи обыкновенно ограничена, что, въ свою очередь, содѣйствуетъ еще большому суженію гортани.

Пленки могутъ на 3—5 день отдѣлиться или быть отхаркнуты цѣ- ликомъ въ видѣ какъ-бы слѣпковъ гортани и дыхательнаго горла, либо смѣшанными съ слизисто-гнойнымъ отдѣленіемъ. Послѣ этого общее со- стояніе иногда улучшается, дыханіе мало по малу становится болѣе сво- боднымъ и кашель принимаетъ болѣе влажный характеръ, такъ что, въ концѣ-концовъ, можетъ наступить излеченіе. Съ другой стороны, однако, послѣ выдѣленія пленокъ на томъ же мѣстѣ могутъ образоваться новыя, причѣмъ это бываетъ обыкновенно тогда, когда процессъ въ зѣвѣ не улучшается. Образование и выдѣленіе пленокъ продолжается обыкновенно 5—7 дней. Въ послѣдней ступени болѣзни на улучшеніе нельзя уже рассчитывать.

Если присоединяется *бронхитъ* или *пнеймонія*, то температура, ко- торая до этого достигала подчасъ только 38°,0—38°,5, или при одно-

временной дифтерии зѣва доходила до 40°,0, поднимается обыкновенно еще выше. Высокая температура въ продолженіе нѣсколькихъ дней съ рѣзко учащеннымъ дыханіемъ ухудшаетъ предсказаніе, такъ какъ въ такомъ случаѣ нужно, съ вѣроятностью, допустить распространеніе фибринознаго воспаленія на бронхи (*Раухфусъ*).

Подчелюстные и боковыя *шейныя железы* бываютъ обыкновенно припухшими; селезенка иногда увеличена. Въ мочѣ обыкновенно содержится бѣлокъ.

Въ *злокачественныхъ* случаяхъ температура падаетъ обыкновенно уже на 2-й день болѣзни, и на первый планъ выступаютъ явленія малокровія; кожа принимаетъ свинцовый оттѣнокъ, глаза тусклы, лицо имѣетъ тупое выраженіе, сознаніе нѣсколько помрачено. Пульсъ учащенъ, малъ и неправиленъ, моча насыщена и отдѣляется въ скудномъ количествѣ, или же наблюдается анурия.

Когда имѣется дѣло съ первичнымъ крупомъ гортани, то *распознаваніе* въ начальной ступени нѣрѣдко трудно, такъ какъ болѣзнь можно смѣшать съ ложнымъ крупомъ. При послѣднемъ, однако, явленія наступаютъ быстро, безъ предвѣстниковъ, и приступы удушья никогда не бываютъ такъ сильны и продолжительны, какъ при крупѣ, которому предшествуютъ общія явленія и который сопровождается лихорадкой. Кромѣ того, при крупѣ въ мокротѣ нѣрѣдко встрѣчаются обрывки пленокъ. Если возможно ларингоскопическое изслѣдованіе, то оно, конечно, сразу покажетъ, съ чѣмъ имѣется дѣло; одновременное пораженіе зѣва, само собою разумѣется, говоритъ въ пользу крупа. Когда болѣзнь находится въ полномъ развитіи, то ее едва-ли можно съ чѣмъ либо смѣшать.

Предсказаніе находится въ зависимости прежде всего отъ возраста больного; у маленькихъ слабыхъ дѣтей оно менѣе благоприятно, нежели у дѣтей болѣе старшаго возраста и болѣе крѣпкаго сложенія. При совмѣстномъ пораженіи дыхательнаго горла, а также при осложненіи бронхитомъ или пнеймоніей предсказаніе, конечно, хуже. Если послѣ трахеотоміи не наступаетъ улучшенія, особенно со стороны дыханія, то также существуетъ мало надежды на выздоровленіе. Кромѣ того важную роль играетъ и характеръ эпидеміи; между тѣмъ какъ при доброкачественной эпидеміи выздоровленіе наступаетъ въ 30 % случаевъ и больше, при злокачественной, напротивъ, почти всѣ случаи кончаются смертью. Однако, даже при повидимому легкомъ теченіи болѣзни можетъ наступить смерть отъ паралича сердца (см. дифтерія зѣва).

Въ случаяхъ, кончающихся выздоровленіемъ, могутъ остаться параличи голосовыхъ связокъ, а также рубцовыя сморщиванія и суженія гортани.

Леченіе. Въ началѣ болѣзни можно примѣнить ледъ какъ снаружи, такъ и внутри, но только до тѣхъ поръ, пока не наступилъ упадокъ силъ. Когда образовались пленки, то прежде всего нужно попытаться достигнуть отторженія и удаленія ихъ. Съ этою цѣлью многіе совѣтуютъ

назначать рвотныя, которыя, однако, могут развѣ содѣйствовать удаленію пленокъ, успѣвшихъ уже отдѣлиться; далѣе, съ тою же цѣлью примѣняютъ различныя мѣстно дѣйствующія средства, обыкновенно въ видѣ вдыханій. *Oertel* очень хвалитъ вдыханіе горячихъ водяныхъ паровъ, которые, вызывая быстрое и обильное нагноеніе, тѣмъ самымъ ускоряютъ будто бы обратное развитіе мѣстнаго процесса. Во всякомъ случаѣ они облегчаютъ отхаркиваніе, такъ что воздухъ въ комнатѣ больного нужно всегда держать влажнымъ. Для вдыханія назначаютъ также растворъ карболовой кислоты ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ %), сулемы (0,025 %), тимола ($1\frac{0}{100}$), известковой воды (15—20 %), молочной кислоты (4—6 %) и др. противогнилостныхъ и вяжущихъ средствъ. Вдыханіе нужно дѣлать черезъ каждые $\frac{1}{2}$ — 1 час., въ продолженіе 5 — 10 мин. *Gottstein* совѣтуетъ впрыскиваніе известковой воды подѣ руководствомъ зеркала.

Если подѣ влияніемъ этихъ средствъ не наступило улучшенія, а, напротивъ, дыханіе становится болѣе затруднительнымъ и появляется угрожающая одышка, то не слѣдуетъ медлить съ трахеотоміей, тѣмъ болѣе, что предсказаніе тѣмъ хуже, чѣмъ позже она будетъ сдѣлана.

Въ послѣдніе годы, вмѣсто трахеотоміи, во многихъ случаяхъ примѣняли интубацію, причѣмъ особенно въ Америкѣ, гдѣ она была впервые предложена, были получены благоприятные результаты, которые не только не уступаютъ результатамъ трахеотоміи, но и превосходятъ ихъ, особенно у очень маленькихъ дѣтей. Къ такому же выводу пришли *Ranke* и нѣкоторые другіе авторы (*Muralt*). Въ Германіи, однако, интубація, какъ способъ леченія дифтерійныхъ суженій гортани, не пользуется въ общемъ большимъ примѣненіемъ. Во всякомъ случаѣ, судя по имѣющимся пока наблюденіямъ, слѣдуетъ отдавать предпочтеніе цилиндрическимъ трубкамъ, которыя предложены *O. Dwyer*’омъ въ послѣднее время. Сравнительно съ трахеотоміей, интубація представляетъ въ настоящее время бѣльшія выгоды, потому что подѣ влияніемъ противодифтерійной сыворотки разрыхленіе и отдѣленіе пленокъ наступаетъ гораздо скорѣе, такъ что менѣе приходится опасаться неприятныхъ послѣдствій интубаціи (пролежень). Что касается вообще примѣненія противодифтерійной сыворотки, то мы должны сослаться въ этомъ отношеніи на сказанное въ главѣ о дифтеріи зѣва.

При упадкѣ сердечной дѣятельности нужно назначить возбуждающія средства и холодныя обливанія, подѣ влияніемъ которыхъ улучшается и дыханіе.

Воспаленіе надхрящницы. *Perichondritis laryngis*.

Этіологія. Воспаленіе надхрящницы рѣдко бываетъ *первичнымъ* и развивается въ такомъ случаѣ подѣ влияніемъ внѣшнихъ и внутреннихъ поврежденій (инородныя тѣла) или подѣ влияніемъ давленія на гортань; простуда хотя и играетъ роль въ этиологіи, однако значеніе ея не слѣдуетъ преувеличивать. *Koschier* сообщилъ нѣсколько случаевъ, въ ко-

торыхъ вслѣдствіе сильнаго лордоза шейной части позвоночника развились отъ давленія язвы на задней поверхности пластинки перстневиднаго хряща и задней стѣнкѣ зѣва; вслѣдствіе распространенія процесса на перстневидный хрящъ появился перихондритъ съ частичнымъ омертвѣніемъ и отторженіемъ хряща. Наичаще воспаленіе надхрящницы бываетъ *вторичнымъ* и встрѣчается при бугорчаткѣ, сифилисѣ, ракѣ гортани, далѣе, при брюшномъ тифѣ (рѣдко раньше второй недѣли), оспѣ, дифтеріи, скарлатинѣ, гноекровіи.

Воспаленія слизистой оболочки гортани, а также покрывающей ее кожи или смежныхъ частей тоже могутъ распространиться на надхрящницу и повести къ воспаленію ея, обыкновенно гнойному; надхрящница все болѣе и болѣе отслаивается, и хрящъ, лишенный питанія, можетъ омертвѣть. Когда гной накопился въ значительномъ количествѣ, то нарывъ, смотря по положенію его, вскрывается либо внутрь гортани, *resp.* въ глотку (*perichondritis interna*), либо наружу (*perichondritis externa*); иногда выпотъ организуется и происходитъ мозолистое утолщеніе соединительной ткани.

Чаще всего поражается, по моимъ наблюденіямъ, надхрящница того или другого черпаловиднаго хряща (особенно при бугорчаткѣ), затѣмъ перстневиднаго хряща (особенно при сифилисѣ и брюшномъ тифѣ), рѣже щитовиднаго и надгортанника.

Симптомы. Обыкновенно существуютъ *боли* при давленіи на гортань и при глотаніи, въ особенности когда поражена надхрящница щитовиднаго, черпаловидныхъ или перстневиднаго хряща. Вслѣдствіе опуханія и выпячиванія слизистой оболочки могутъ появиться *охриплость голоса, кашель и одышка*, тѣмъ болѣе, что воспаленіе надхрящницы нерѣдко сопровождается отекомъ.

При воспаленіи надхрящницы того или другого черпаловиднаго хряща, которое обыкновенно начинается съ поверхностно лежащаго голосового отростка, слизистая оболочка на мѣстѣ черпаловиднаго хряща представляется красной, опухшей, иногда отечной; припухлость переходитъ обыкновенно на черпало-надгортанную складку и суживаетъ такимъ образомъ грушевидную пазуху. Если образуется нарывъ, то онъ вскрывается либо на мѣстѣ голосового отростка, либо на верхушкѣ хряща; иногда видна обнаженная верхушка омертвѣвшаго черпаловиднаго хряща. Нерѣдко онъ цѣликомъ извергается наружу, и, по заживленіи дефекта, на мѣстѣ его остается углубленіе. Когда дѣло не доходитъ до нагноенія, то можетъ наступить анкилозъ перстне-черпаловиднаго сочлененія.

При перихондритѣ перстневиднаго хряща обыкновенно бываетъ поражена только надхрящница пластинки его, причѣмъ подъ голосовую щелью, на задней стѣнкѣ гортани (при воспаленіи надхрящницы боковыхъ частей хрящей—на соотвѣтственной сторонѣ или на обѣихъ сторонахъ), замѣчается выпячиваніе слизистой оболочки. Если пластинка

омертвѣваетъ и отторгается, то мышцы, расширяющія голосовую щель, лишаются своей точки прикрѣпленія; черпаловидные хрящи, потерявшіе опору, подъ вліяніемъ тяги голосовыхъ связокъ наклоняются клереди, самыя же голосовыя связки сближаются между собою, такъ что можетъ наступить приступъ удушья.

При воспаленіи надхрящницы на внутренней поверхности щитовиднаго хряща замѣчается выпячиваніе слизистой оболочки на передней и боковыхъ стѣнкахъ гортани; при воспаленіи надхрящницы на наружной поверхности наблюдается тѣстоватая, болѣзненная на-ощупь припухлость, выпячивающая кожу.

Когда воспалена надхрящница *надгортанника*, то онъ бываетъ припухшимъ, малоподвижнымъ и болѣзненнымъ.

Распознаваніе. Мѣстоположеніе боли, которая при давленіи и глотаніи обыкновенно усиливается, довольно сильная *краснота* и *припухлость* на соотвѣтственной стѣнкѣ гортани, *одышка* и ограниченіе подвижности голосовыхъ связокъ говорятъ за воспаленіе надхрящницы, особенно когда имѣется дѣло съ заболѣваніемъ, при которомъ оно можетъ развиваться. Нерѣдко, однако, распознаваніе можетъ быть поставлено съ увѣренностью только тогда, когда удастся видѣть обнаженный хрящъ или ощупать его зондомъ, либо когда выдѣляются кусочки хряща.

Предсказаніе при первичномъ воспаленіи надхрящницы благоприятнѣе, нежели при вторичномъ. Можетъ наступить затечный нарывъ, задушеніе, подкожная эмфизема, анкилозъ черпаловиднаго хряща, суженіе голосовой щели и полости гортани.

Леченіе. При первичномъ воспаленіи надхрящницы полезно противовоспалительное леченіе (спявки, примочки изъ ледяной воды, глотаніе кусочковъ льда); при вторичной формѣ приходится подчасъ дѣлать трахеотомию, чтобы предотвратить задушеніе. Нарывъ нужно своевременно вскрыть. При отечности входа въ гортань необходимо сдѣлать насѣчки. Въ остальномъ нужно сообразоваться съ основною болѣзью; такъ, при сифилисѣ слѣдуетъ назначить ртуть и іодъ. Въ одномъ случаѣ воспаленія надхрящницы перетневиднаго хряща у сифилитика мнѣ удалось добиться излеченія помощью интубаціи и большихъ приѣмовъ іодистаго калия. Когда остались суженія, то нужно примѣнить бужированіе.

Инородныя тѣла.

Они попадаютъ въ гортань, когда какой нибудь предметъ, находящійся во рту, нечаянно увлекается вдыхаемымъ воздухомъ, что нерѣдко бываетъ, напр., во время ѣды, при смѣхѣ, крикѣ, плачѣ, вообще при всякаго рода усиленномъ дыханіи. При вдохѣ во время рвоты, часть рвотныхъ массъ тоже можетъ попасть въ дыхательные пути, какъ это подчасъ наблюдается во время хлороформнаго наркоза и у больныхъ, находящихся въ безсознательномъ состояніи. Наконецъ, инородныя тѣла могутъ попасть въ гортань, когда рефлекторная возбуди-

мость слизистой оболочки глотки и гортани, вслѣдствіе какой-либо другой причины (напр., во время сна), рѣзко понижена.

Въ гортани были находимы всевозможныя инородныя тѣла: ости и зерна злаковъ, скорлупа орѣховъ, кусочки дерева, рыбы косточки, куски костей, зубы, искусственныя челюсти, пиявки и проч. У пьяныхъ нѣсколько разъ были находимы въ гортани болѣе или менѣе большіе куски мяса, вызвавшіе задушеніе. Въ одномъ случаѣ у сифилитика кусокъ кости, омертвѣвшей на основаніи черепа, попалъ во время сна въ гортань и повлекъ за собою смерть отъ задушенія.

Симптомы. Явленія, которыя вызываются инородными тѣлами, находятся, конечно, въ зависимости отъ величины и свойства ихъ, равно какъ отъ положенія и продолжительности пребыванія ихъ въ верхнихъ дыхательныхъ путяхъ. Если они очень велики, то они могутъ болѣе или менѣе вполне закрыть просвѣтъ гортани и вызвать задушеніе; если они остры, шероховаты и тверды, то, особенно при болѣе продолжительномъ пребываніи въ гортани, они могутъ вѣдриться въ слизистую оболочку, поранить ее, вызвать сильное воспаленіе и опуханіе ея, далѣе, повести къ отеку, нарыву, изъязвленію, сосочковымъ разрощеніямъ, или же окружиться соединительною тканью (*Bulloc*).

Вслѣдъ за попаданіемъ инороднаго тѣла въ гортань наступаетъ, вслѣдствіе раздраженія слизистой оболочки, *судорожный кашель*, такъ что лицо становится краснымъ или багровымъ. Нерѣдко при этомъ инородное тѣло извергается наружу и, помимо нѣкоторой усталости отъ усиленнаго кашля, не остается никакихъ другихъ разстройствъ.

Если инородное тѣло остается въ гортани или попадаетъ въ дыхательное горло, откуда оно нерѣдко проникаетъ въ бронхъ, то на присутствіе его указываетъ продолжающійся кашель. Послѣдній, смотря по положенію больного и происходящему при этомъ иногда перемѣщенію инороднаго тѣла, можетъ быть болѣе или менѣе сильнымъ и подчасъ, особенно при смѣхѣ, крикѣ и проч., сопровождается приступомъ одышки или судорогой голосовой щели. Въ другихъ случаяхъ, послѣ того какъ первыя бурныя явленія прошли, въ теченіе нѣкотораго времени можетъ не наблюдаться никакихъ разстройствъ, особенно когда инородное тѣло подъ вліяніемъ кашля было вытолкнуто вверхъ и напр. попало въ желудочекъ, гдѣ оно нерѣдко остается лежать, не вызывая никакихъ припадковъ; подчасъ инородное тѣло затѣмъ попадаетъ обратно въ просвѣтъ гортани и опять вызываетъ приступы кашля. При этомъ вслѣдствіе раненія слизистой оболочки можетъ появиться кровохарканіе. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ вслѣдствіе припуханія слизистой оболочки подъ вліяніемъ раздраженія острымъ или шероховатымъ инороднымъ тѣломъ можетъ наступить суженіе просвѣта гортани и *затрудненіе дыханія*, или же инородное тѣло, проникши въ бронхъ, можетъ повести къ пневмоніи или нарыву легкаго; мало того, подчасъ клиническія явленія могутъ симулировать легочную чахотку. Иногда могутъ появиться также *боли въ*

юрль, особенно при глотаніи; такъ, напр., въ одномъ случаѣ, въ которомъ глотаніе было болѣзненно, оказалось, что злаковая ость вонзилась въ одну изъ черпало-надгортанныхъ складокъ и вызвала на ней изъязвленіе.

Бывающая иногда *охриплость голоса* зависитъ отъ ограниченія подвижности голосовыхъ связокъ, либо подъ вліяніемъ самого инороднаго тѣла, либо подъ вліяніемъ припухлости и воспаления, развившихся по близости отъ него.

Распознаваніе. Анамнезъ не всегда даетъ надежныя указанія; уже поэтому, въ особенности ради цѣлесообразнаго леченія, нужно, по возможности, произвести ларингоскопическое изслѣдованіе. Правда, оно сопряжено съ большими затрудненіями не только у дѣтей, но и у взрослыхъ вслѣдствіе ихъ беспокойства или одышки. Тѣмъ не менѣе во многихъ, даже въ большинствѣ случаевъ, удается видѣть зеркаломъ инородное тѣло, причемъ, въ случаѣ надобности, можно прибѣгнуть къ хлороформированію (у очень беспокойныхъ дѣтей).

Во время изслѣдованія нужно тщательно опредѣлить свойство и положеніе инороднаго тѣла, съ тѣмъ чтобы, соотвѣтственно этому, принять мѣры для удаленія его.

Острые предметы могутъ глубоко вѣдриться въ слизистую оболочку; съ другой стороны, особенно когда инородное тѣло уже долгое время находилось въ гортани, воспалительная припухлость окружающей слизистой оболочки можетъ настолько закрыть его, что его трудно или совсѣмъ нельзя видѣть.

Внезапное появленіе приступа кашля, судороги голосовой щели или одышки при отсутствіи какихъ-либо другихъ причинъ, внезапная охриплость, боли въ горлѣ, особенно при глотаніи, у здоровыхъ въ другихъ отношеніяхъ лицъ указываютъ, съ вѣроятностью, на присутствіе инороднаго тѣла въ гортани.

Предсказаніе зависитъ, конечно, отъ величины, свойства и положенія инороднаго тѣла. Чѣмъ оно больше, тѣмъ легче оно закрываетъ просвѣтъ, особенно голосовую щель, такъ что грозитъ опасность задушенія; чѣмъ уже мѣсто, гдѣ лежитъ инородное тѣло, тѣмъ больше опасность для дыханія; если оно остро и шероховато, то оно вызываетъ воспалительную припухлость и изъязвленіе, которые ухудшаютъ предсказаніе; напротивъ, чѣмъ скорѣе оно будетъ удалено, тѣмъ лучше предсказаніе. Дальнѣйшее теченіе послѣ извлеченія инороднаго тѣла зависитъ отъ воспалительныхъ измѣненій слизистой оболочки, вызванныхъ инороднымъ тѣломъ.

Леченіе. Въ виду могущихъ наступить опасныхъ послѣдствій, нужно, какъ можно скорѣе, *удалить* инородное тѣло. У взрослыхъ это нерѣдко легко удается сдѣлать посредствомъ гортанныхъ щипцовъ (подъ кокаиномъ), если помощью зеркала точно установлено положеніе инороднаго тѣла. У дѣтей это бываетъ гораздо труднѣе, такъ какъ они обыкновенно

оказываютъ сопротивленіе. Иногда удается также извлечь пальцемъ инородное тѣло, застрявшее во входѣ въ гортань. Если такъ не удается удалить инородное тѣло, то нужно попытаться извлечь его подъ наркозомъ (полнымъ или неполнымъ). Коль скоро и это не приводитъ къ цѣли, или вслѣдствіе сильной одышки нельзя терять времени, то слѣдуетъ сдѣлать трахеотомию, и притомъ для того, чтобы инородное тѣло не проникло дальше вглубь, при свѣшенномъ положеніи головы и съ послѣдовательной тампонаціей дыхательнаго горла. Если при этомъ инородное тѣло не выходитъ само собою черезъ отверстіе раны или черезъ ротъ, то его стараются захватить со стороны трахеотомической раны. Когда оно сидитъ очень крѣпко, то нужно сдѣлать тиреотомию. Назначеніе рвотныхъ средствъ при острыхъ инородныхъ тѣлахъ сопряжено съ опасностью, такъ какъ при наступающемъ во время рвоты сжатіи гортани, они могутъ вѣдриться еще глубже. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ удавалось удалить инородное тѣло при положеніи больного головою внизъ и поколачиваніи по спинѣ.

Поврежденія гортани.

а) *Раны.* Онѣ причиняются колющими и рѣзущими инструментами, огнестрѣльнымъ оружіемъ или какимъ-либо тупымъ насиліемъ. Паденіе на острый предметъ, поврежденіе штыкомъ, перочиннымъ ножомъ, попытки къ убійству или самоубійству *колющими* инструментами и проч. могутъ причинить *колотыя* раны. Поврежденіе кожи при такихъ ранахъ нерѣдко незначительно; при *рваныхъ* ранахъ оно, напротивъ, бываетъ обыкновенно больше, причеиъ, однако, такія раны обыкновенно не проникаютъ черезъ хрящъ, но могутъ сопровождаться поврежденіемъ мышцъ, сосудовъ и нервовъ шеи. Рѣзущій инструментъ (сабля, ножъ, бритва, къ которой часто прибѣгаютъ съ цѣлью самоубійства) повреждаетъ чаще перепонки, соединяющія между собою хрящи, чѣмъ самые хрящи; такъ, рѣзущій инструментъ проникаетъ нерѣдко черезъ щито-подъязычную перепонку (*membrana thyreo-hyoidea*) и разсѣкаетъ надгортанникъ или частью повреждаетъ его. Когда инструментъ проникаетъ черезъ щито-перстневидную перепонку (*membrana crico-thyreoidea*), то онъ можетъ совершенно перерѣзать гортань и задѣть черпаловидные хрящи, такъ что они свѣшиваются въ голосовую щель на доскуткѣ слизистой оболочки; съ другой стороны, они могутъ быть совсѣмъ перерѣзаны и отвалиться, подобно отрѣзанной части надгортанника. Огнестрѣльные поврежденія гортани, въ виду упругости и подвижности ея, наблюдаются рѣдко, причеиъ при нихъ происходитъ *размятіе* мягкихъ частей и переломъ хрящей. Подъ вліяніемъ тупого насилія въ самой слизистой оболочкѣ и на поверхности ея могутъ наступить кровотеченія даже въ томъ случаѣ, когда не замѣчается сообщенія съ наружнымъ поврежденіемъ.

Симптомы. *Колотыя* раны сопровождаются обыкновенно незначительнымъ *кровотеченіемъ*; кровь затекаетъ въ дыхательное горло и от-

харкивается, но при болѣе значительномъ накопленіи она можетъ вызвать рѣзкое *затрудненіе дыханія*. Нерѣдко наблюдается подкожная эмфизема на шеѣ, причѣмъ эмфизема можетъ распространиться также въ средостѣніе. При поврежденіяхъ рѣзущими инструментами рана, имѣющая почти всегда поперечное направленіе, зияетъ. Кровотеченіе, боли, особенно при глотаніи, или полная невозможность глотать, кашель, затрудненіе дыханія, вслѣдствіе изліянія крови въ дыхательное горло или свѣшиванія надрѣзанныхъ, либо перерѣзанныхъ частей, *охриплость* или полная потеря голоса—всѣ эти явленія наступаютъ либо тотчасъ послѣ поврежденія, либо въ дальнѣйшемъ, когда поврежденіе ведетъ къ отеку, воспаленію или нагноенію. Тѣ же явленія наблюдаются при разорванныхъ и огнестрѣльныхъ ранахъ.

Гнилостное зараженіе раны, послѣдовательныя флегмоны, воспаленія надхрящницы, заболѣванія легкихъ могутъ угрожать опасностью жизни, если только поврежденіе уже само по себѣ не оказывается смертельнымъ вслѣдствіе раненія большихъ шейныхъ сосудовъ и нервовъ. Оторванные куски хрящей располагаются иногда поперечно въ просвѣтѣ гортани и *суживаютъ* его. Въ рѣдкихъ случаяхъ вслѣдствіе срошенія кожи съ слизистой оболочкой образуются свищи.

Распознаваніе. Выхожденіе воздуха, присутствіе пѣнистой крови въ наружномъ отверстіи, подкожная эмфизема, разстройства дыханія, голоса и глотанія, а также анамнезъ сразу показываютъ, съ чѣмъ имѣется дѣло.

Предсказаніе вполнѣ зависитъ отъ обширности, мѣста и свойства поврежденія. Поврежденія подъ вліяніемъ тупого насилія даютъ, благодаря болѣе тяжелому характеру ихъ, въ общемъ худшее предсказаніе, нежели поврежденія, вызванныя острыми инструментами, которые, правда, влекутъ за собою обыкновенно разстройства голоса и нерѣдко также дыханія.

Леченіе сводится прежде всего къ устраненію наиболѣе опасныхъ явленій (остановка кровотеченія, въ случаѣ надобности трахеотомія, наложеніе повязки). Отъ шиванія раны на первыхъ порахъ лучше иногда воздержаться, въ виду возможности послѣдовательнаго кровотеченія и развитія эмфиземы. Суженія, развивающіяся иногда вслѣдствіе поврежденій, требуютъ соответственнаго леченія.

Поврежденія гортани происходятъ, далѣе, подъ вліяніемъ ожогъ и прижиганій ѣдкими веществами. Англійскими врачами описанъ цѣлый рядъ случаевъ ожоги слизистой оболочки рта, глотки и гортани подъ вліяніемъ вдыханія горячихъ водяныхъ паровъ изъ чайника; затѣмъ ожоги наблюдаются иногда у лицъ, которыя долгое время оставались въ дымномъ, горячемъ воздухѣ, напр., во время пожара, или послѣ проглатыванія ѣдкихъ жидкостей. Эпителій при этомъ приподнятъ въ видѣ пузырей, кромѣ того и подслизистый слой можетъ быть омертвѣвшимъ, а окружающія части отечными.

Больные жалуются на *боли* въ горлѣ, особенно при глотаніи, пульсъ

и *дыханіе учащены*, а при болѣе сильныхъ степеняхъ ожоги наблюдается одышка и можетъ присоединиться *охриплость* или потеря голоса. Въ очень тяжелыхъ случаяхъ дыханіе имѣетъ ясный свистящій характеръ, и можетъ наступить смерть отъ задушенія или упадка сердечной дѣятельности.

б) *Переломы и вывихи гортанныхъ хрящей* происходятъ подъ вліяніемъ сильнаго внѣшняго насилія, которое обыкновенно причиняетъ также поврежденіе кожи. Переломы хрящей сопровождаются иногда одновременными переломами подъязычной кости и нижней челюсти, наблюдаются чаще со стороны щитовиднаго, нежели перстневиднаго хряща, и бываютъ простые или множественные. Обыкновенно переломамъ подвергаются отчасти окостенѣвшіе или обызвествленные хрящи, которые хрупки и ломки, между тѣмъ какъ нормальные хрящи болѣею частью слишкомъ упруги, чтобы переломиться; совершенно окостенѣвшіе же хрящи, встрѣчающіеся обыкновенно въ преклонномъ возрастѣ, представляютъ очень большое противодѣйствіе.

Переломы хрящей могутъ происходить при удавленіи, при перерѣзкѣ шеи тупымъ ножомъ, подъ вліяніемъ удара кулакомъ, ногою или какимъ нибудь твердымъ предметомъ, либо при паденіи на таковой, далѣе, при неудавшейся попыткѣ самоповѣшенія, паденіи на голову и проч. Смотря по степени и свойству дѣйствующаго насилія, переломы бываютъ неполные или полные, простые или сложные.

Щитовидный хрящъ переламывается обыкновенно вертикально, и притомъ спереди; при множественныхъ переломахъ его находятъ мѣста переломовъ на одной или обѣихъ пластинкахъ и на верхнихъ рожкахъ, особенно у повѣшенныхъ, у которыхъ нерѣдко наблюдается также переломъ большихъ рожковъ подъязычной кости. *Перстневидный хрящъ* переламывается въ вертикальномъ или косомъ направленіи спереди, сбоку или сзади, причемъ онъ обыкновенно представляетъ простой переломъ. Рѣдко встрѣчается переломъ обоихъ хрящей, рѣже же всего переломъ черпаловидныхъ хрящей.

Симптомы—*боль*, обыкновенно усиливающаяся при глотаніи и ощущеніи гортани, *кашель*, иногда въ видѣ приступовъ, съ выдѣленіемъ пѣнистой, жидкой или свернувшейся *крови*, наконецъ, *одышка*, которая, смотря по суженію просвѣта подъ вліяніемъ отека, кровоизліянія, выступанія смѣщенныхъ кусковъ хрящей и проч., достигаетъ болѣе или менѣе сильной степени и бываетъ особенно рѣзко выражена при переломахъ перстневиднаго хряща. Вмѣстѣ съ тѣмъ обыкновенно слышится *хрипѣніе въ гортани*, и можетъ наблюдаться разстройство голоса отъ легкой охриплости до полной афоніи и подкожная эмфизема, которая иногда распространяется на все тѣло.

Распознаваніе основывается на присутствіи слѣдовъ ушиба, а также кровоизліяній, далѣе, на припухлости въ шейной области, на измѣненіи формы гортани при тяжелыхъ поврежденіяхъ и на появленіи крепитациі

при ощупываніи. При этомъ не слѣдуетъ только смѣшивать крепитацию съ шумомъ треска, который слышится, когда гортань смѣщаются въ стороны или придавливаютъ къ позвоночнику.

Предсказаніе всегда серьезно, хотя бы первоначальныя явленія и были незначительны; вслѣдствіе смѣщенія отломковъ хрящей, кровотеченія или опуханія слизистой оболочки можетъ наступить смерть отъ задушенія.

Леченіе. Почти во всѣхъ случаяхъ приходится дѣлать трахеотомию. Когда непосредственная опасность для жизни такимъ образомъ устранена, то нужно постараться вправить отломки хрящей и удержать ихъ на мѣстѣ. Съ послѣднею цѣлью можно ввести въ гортань черезъ трахеотомическую рану резиновый шаръ, который затѣмъ надуваютъ (*Panas*). *Gottstein* предложилъ вводить въ гортань особую канюлю, которая, производя давленіе по направленію вверхъ, вправляетъ на мѣсто смѣщенные части. *Wagner* совѣтуетъ, послѣ предварительной тампонаціи дыхательнаго горла, вскрыть гортань по срединной линіи и выполнить ее іодоформной марлей; послѣ вправленія отломковъ соединяютъ пластинки щитовиднаго хряща посредствомъ серебряной проволоки. Большею частью остается суженіе гортани, которое въ нѣкоторыхъ случаяхъ удавалось устранить интубаціей, такъ что можно было удалить трахеотомическую трубку.

Вывихи хрящей либо происходятъ подъ вліяніемъ вѣшняго насилія и обыкновенно сопутствуютъ тогда переломамъ, либо наступаютъ въ зависимости отъ патологическихъ измѣненій самыхъ хрящей.

Такъ, подъ вліяніемъ прямого насилія наблюдался вывихъ черпаловидныхъ хрящей въ перстне-черпаловидномъ сочлененіи и вывихъ нижняго рожка щитовиднаго хряща. Когда пластинка перстневиднаго хряща, какъ напр., послѣ брюшнаго тифа или при сифилисѣ, омертвѣваетъ и отпадаетъ, то сидѣвшіе на ней черпаловидные хрящи вывихиваются и наклоняются кпереди, или же они принимаютъ неправильное положеніе подъ вліяніемъ рубцовъ, которые могутъ развиваться какъ послѣ указанныхъ болѣзней, такъ и послѣ дифтеріи.

Кровотеченія изъ гортани.

Этіологія. На кровотеченияхъ вслѣдствіе разѣданія сосудовъ подъ вліяніемъ бугорчатыхъ, сифилитическихъ или раковыхъ язвъ, либо вслѣдствіе поврежденія ихъ инородными тѣлами и проч. мы не станемъ здѣсь останавливаться. При разрывѣ кровеносныхъ сосудовъ въ гортани кровь либо изливается въ слизистую оболочку, причѣмъ можетъ образоваться кровяная опухоль, либо выдѣляется наружу. Далѣе, кровотечения могутъ наблюдаться при лейкэміи, Верльгофовой болѣзни, цынгѣ, циррозѣ печени, болѣзняхъ сердца, бугорчаткѣ, малокровіи, хлорозѣ (замѣщающее мѣсячное кровотеченіе) и беременности; наконецъ, они могутъ встрѣчаться при мѣстныхъ заболѣваніяхъ гортани, остромъ или хроническомъ катаррѣ (la-

gyngitis haemorrhagica), особенно когда подъ вліяніемъ чрезмѣрнаго напряженія голоса, кашля или рвоты происходитъ сильный приливъ крови къ слизистой оболочкѣ.

Симптомы. При небольшихъ кровотеченияхъ больные чувствуютъ щекотаніе въ горлѣ и позывъ къ кашлю; *голосъ* можетъ сдѣлаться *сиплымъ*; при болѣе сильныхъ кровотеченияхъ можетъ присоединиться *одышка*. Когда кровь изливается на поверхность слизистой оболочки, то она отхаркивается въ видѣ свѣжей *алой крови*, либо примѣшивается къ мокротѣ или слюнкѣ въ видѣ *жилокъ*; когда кровь оставалась въ гортани болѣе продолжительное время, то она принимаетъ болѣе темный цвѣтъ.

Распознаваніе. Всегда нужно изслѣдовать носъ и глотку, такъ какъ кровь можетъ затекать изъ нихъ въ гортань и затѣмъ извергаться съ кашлемъ. Если при изслѣдованіи зеркаломъ находятъ кровь въ дыхательномъ горлѣ, то она обыкновенно происходитъ изъ него, чаще же изъ легкихъ; поэтому нужно всегда тщательно изслѣдовать легкія. При небольшихъ кровотеченияхъ изъ болѣе глубокихъ отдѣловъ дыхательныхъ путей кровь бываетъ обыкновенно смѣшана съ мокротой, между тѣмъ какъ при кровотеченияхъ изъ гортани болшею частью выдѣляется чистая кровь. Иногда помощью гортаннаго зеркала удается видѣть кровоточащее мѣсто.

• Когда имѣется дѣло съ кровяною опухолью, то на соотвѣтственномъ мѣстѣ видно круглой формы выпячиваніе, покрытое сильно покраснѣвшей слизистой оболочкой.

Предсказаніе. Кровотеченія изъ гортани почти никогда не бываютъ смертельны и предсказаніе при нихъ зависитъ отъ основной болѣзни.

Леченіе. Когда существуетъ кровяная опухоль, то ее нужно вскрыть ножомъ, коль скоро она по своему положенію или размѣрамъ сильно затрудняетъ дыханіе. При небольшихъ кровотеченияхъ назначаютъ вяжущія средства (таннинъ, азотнокислое серебро, квасцы и проч.), лучше всего въ видѣ вдыханій; при болѣе сильныхъ кровотеченияхъ примѣняютъ ледъ снаружи и внутрь, совѣтуютъ больнымъ соблюдать покой и щадить свой голосъ и назначаютъ нераздражающую пищу. Внутрь даютъ кислоты или эрготинъ, при сильномъ кашлѣ морфій.

Опухоли гортани.

Мы исключаемъ здѣсь все воспалительныя разрощенія слизистой оболочки, развивающіяся иногда при хроническомъ катаррѣ, особенно на почвѣ сифилиса и бугорчатки, такъ какъ они не суть настоящія опухоли. Последнія не находятся, подобно первымъ, въ тѣсной, непосредственной связи съ остальной слизистой оболочкой, а представляютъ до нѣкоторой степени самостоятельныя, независимыя образованія.

Для своего роста, размноженія или высшаго развитія клѣтки нуждаются, помимо доставки питательнаго матеріала, въ извѣстномъ раздраженіи, поддерживающемъ питаніе и образованіе ихъ; для того, чтобы

онѣ не разростались безпредѣльно, необходимо, однако, извѣстное задерживающее вліяніе. Если оно отсутствует или недостаточно, чтобы умѣрить продуктивную энергію клеточнаго разрощенія, или если формативное раздраженіе черезчуръ сильно, то результатомъ бываетъ образованіе опухолей.

Этіологія. Наиболее частой причиной образованія опухолей считаютъ хроническій катарръ гортани. Хотя значеніе его въ этомъ отношеніи и нельзя оспаривать, тѣмъ не менѣе во многихъ случаяхъ онѣ представляетъ, несомнѣнно, лишь послѣдовательное явленіе. Не подлежить никакому сомнѣнію, что чрезмѣрное утомленіе голоса (проповѣдники, ораторы, учителя, пѣвцы) и другія раздраженія слизистой оболочки гортани содѣйствуютъ развитію катарра и такимъ образомъ до извѣстной степени предрасполагаютъ къ образованію опухолей. Такъ, напр., мы знаемъ, что на слизистой оболочкѣ носа подѣ вліяніемъ хроническаго катарра или раздраженія гноемъ, выдѣляющимся при эмпіемъ Гайморовой полости, могутъ образоваться полипы. Однако встрѣчаются также опухоли безъ катарра и, съ другой стороны, катарръ безъ опухолей.

Опухоли гортани могутъ быть, хотя и очень рѣдко, врожденными. Онѣ встрѣчаются чаще у мужчинъ, нежели у женщинъ, и притомъ большею частью въ среднемъ возрастѣ (30 — 50 лѣтъ); только ракъ наблюдается обыкновенно въ пожиломъ возрастѣ.

Значеніе *наслѣдственности* такъ же мало установлено, какъ и относительно развитія опухолей на другихъ мѣстахъ тѣла. Сифилисъ и бугорчатка способствуютъ развитію настоящихъ новообразованій лишь постольку, поскольку они содѣйствуютъ появленію хроническаго катарра.

Новообразованія могутъ угрожать опасностью жизни благодаря ихъ быстрому росту, склонности къ возвратамъ и дальнѣйшему распространенію, далѣе, благодаря образованію метастазовъ. Помимо этого, опухоль можетъ угрожать жизни уже въ силу положенія или размѣровъ ея, хотя бы даже она была доброкачественнаго свойства. Злокачественное новообразованіе можетъ повести къ смерти вслѣдствіе малокровія, истощенія, кровотеченій, худосочія и т. п.

Симптомы зависятъ отъ доброкачественнаго или злокачественнаго свойства новообразованія, отъ положенія и размѣровъ его, наконецъ, отъ вызванныхъ имъ подчасъ воспалительныхъ измѣненій.

1) *Разстройство голоса.* Голосъ становится нечистымъ, силнымъ или совсѣмъ пропадаетъ. Для появленія разстройства голоса положеніе опухолей имѣетъ болѣе важное значеніе, нежели величина ихъ. Такъ, напр., опухоль, сидящая на краю голосовой связки, даже когда она сравнительно мала, препятствуетъ механически закрытію голосовой щели и вызываетъ охриплость, тогда какъ болѣе значительная опухоль въ верхней части гортани можетъ не измѣнять голоса. Когда опухоль сидитъ на краю голосовой связки, то, благодаря тому, что она раздѣляетъ голосовую щель на двѣ части, при фонаціи могутъ происходить два

звука, вслѣдствіе того, что каждая половина голосовой щели образуетъ звукъ (*diphthongia*). Полипы, непосредственно сидящіе на голосовыхъ связкахъ, въ общемъ болѣе разстраиваютъ голосъ, нежели снабженные ножкой, которые подъ вліяніемъ струи выдыхаемаго воздуха могутъ выталкиваться изъ голосовой щели; если они висятъ надъ голосовыми связками (или также подъ ними), то при вдыханіи (*resp.* выдыханіи) они могутъ попадать между послѣдними и обуславливать разстройство голоса. Вслѣдствіе этого голосъ у больного можетъ быть то болѣе чистымъ, то сирымъ.

2) *Затрудненіе дыханія.* Оно зависитъ отъ положенія и величины опухолей. Одышка въ общемъ наблюдается рѣже, нежели охриплость, но подчасъ она можетъ принимать серьезный характеръ и наступать настолько быстро, что приходится дѣлать трахеотомию. Если большая опухоль, сидящая на ножкѣ, присасывается въ голосовую щель, то она можетъ прямо грозить опасностью задушенія, при выталкиваніи же ея струей выдыхаемаго воздуха, дыханіе становится опять болѣе свободнымъ, такъ что, какъ и по отношенію къ голосу, явленія могутъ мѣняться. Кромѣ такого механическаго закрытія просвѣта голосовой щели, одышка можетъ быть вызвана судорогой гортанныхъ мышцъ, которая наступаетъ вслѣдствіе того, что опухоль, подобно инородному тѣлу, дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ. Съ другой стороны, при извѣстномъ положеніи тѣла подвижная опухоль тоже можетъ попадать въ голосовую щель и вызывать одышку, между тѣмъ какъ при другомъ положеніи дыханіе у больного совершается свободно. Такимъ образомъ затрудненіе дыханія бываетъ или перемежающимся, или же постояннымъ, когда, напр., сравнительно большая опухоль суживаетъ просвѣтъ гортани. Подъ вліяніемъ физическихъ напряженій, душевныхъ волненій или скопленія мокроты въ гортани одышка можетъ усиливаться.

Злокачественныя опухоли, особенно ракъ, вызываютъ болѣе или менѣе сильное затрудненіе дыханія не только вслѣдствіе роста ихъ, но и вслѣдствіе прониканія въ глубину, что ведетъ нерѣдко къ неподвижности одной или обѣихъ голосовыхъ связокъ или же къ воспаленію надхрящницы, которое присоединяется въ дальнѣйшемъ теченіи.

3) *Разстройство глотанія* появляется въ томъ случаѣ, когда опухоль сидитъ высоко вверху, въ особенности на надгортанникѣ.

4) *Кашля* обыкновенно не бываетъ. У больныхъ часто, однако, бываетъ потребность откашляться, чтобы удалить мнимую мокроту. Иногда, особенно когда присоединяется острый катарръ, можетъ наблюдаться очень мучительный кашель, наступающій даже приступами. Подчасъ отхаркиваются кусочки опухоли, въ очень рѣдкихъ случаяхъ даже вся опухоль, какъ это мнѣ самому приходилось видѣть.

5) *Болей* при доброкачественныхъ опухоляхъ не бываетъ, но больные нерѣдко жалуются на ощущеніе какъ бы присутствія инороднаго тѣла или на какое либо другое неприятное чувство, давленіе въ горлѣ и проч.

Напротивъ, при ракъ больные уже въ ранней ступени болѣзни жалуются на боли въ гортани, которая при дальнѣйшемъ ростѣ опухоли отдають въ соответственное ухо, или также въ лобную область и глазищу.

6) *Кровотеченія* встрѣчаются, въ сущности, только при ракъ, и притомъ обыкновенно въ мокротѣ наблюдаются кровяныя жилки; при язвенномъ распаденіи раковой опухоли можетъ, однако, появиться сильное кровотеченіе вслѣдствіе развѣданія стѣнокъ кровеносныхъ сосудовъ. Подъ вліяніемъ сильного кашля наступаетъ подчасъ бронхіальное или легочное кровохарканіе.

1. Доброкачественныя новообразованія гортани.

Папилломы суть наиболѣ частыя опухоли гортани; въ особенности у дѣтей охриплость, по крайней мѣрѣ сильная, или потеря голоса зависятъ отъ присутствія папилломъ. На 152 случая доброкачественныхъ опухолей гортани (если не считать т. наз. узелки пѣвцовъ) мы нашли въ 39 случаяхъ папилломы, т. е. приблизительно въ 25 %, тогда какъ по статистикѣ, собранной *Semon*'омъ, на 10.747 доброкачественныхъ новообразованій папилломы оказались приблизительно въ 39 % случаевъ.



Рис. 152. Одиночная подвижная папиллома, исходящая съ поверхности правой голосовой связки (по *Krieg'y*).



Рис. 153. Множественныя папилломы (по *Krieg'y*).

Изъ нашихъ 39 случаевъ 2 приходятся на дѣтей въ возрастѣ 2 мѣсяцевъ resp. 1½ лѣтъ, 1 на возрастъ 10—15 лѣтъ, 2 случая—15—20 л., 8 случаевъ—20—30 л., 5 случаевъ—30—40 лѣтъ, 6 случаевъ—40—50 л., 3 случая—50—60 л., 1 случай—60—70 л. и 2 случая—70—75 л. Въ 28 случаяхъ имѣлось дѣло съ мужчинами, въ 2-хъ—съ женщинами.

Наи чаще папилломы встрѣчаются на голосовыхъ связкахъ, и притомъ въ передней части ихъ. Довольно часто мы находили ихъ также на мѣстѣ передней спайки, затѣмъ папилломы, сидящія либо на широкомъ основаніи, либо на ножкѣ, наблюдаются на ложныхъ голосовыхъ связкахъ, рѣже на черпало-надгортанныхъ складкахъ, такъ что у дѣтей, у которыхъ ларингоскопическое изслѣдованіе можетъ представлять большія затрудненія, ихъ часто удается ощупать пальцемъ. У дѣтей онѣ разрастаются иногда и подъ голосовыя связки. Онѣ бывають одиночными (рис. 152) или множественными (рис. 153), величиною отъ конопля-

наго зерна до грецкаго орѣха, и представляютъ темнокрасныя или сѣроватокрасныя, сосочковыя, ворсинчатыя или похожія на цвѣтную капусту опухоли, которыя могутъ занимать всю полость гортани, такъ что — какъ это было, напр., у двухъ нашихъ больныхъ — можетъ потребоваться трахеотомія. Папилломы наощупь мягче, чѣмъ фибромы, и, особенно въ дѣтскомъ возрастѣ, отличаются быстрымъ ростомъ. Онѣ легко рецидивируютъ послѣ операціи и нерѣдко появляются на мѣстахъ, гдѣ ихъ раньше не было.

При *микроскопическомъ* изслѣдованіи онѣ представляютъ сосочковое строеніе; въ каждый изъ многочисленныхъ сосочковъ направляется сосудистая петля; эпителий сильно утолщенъ и въ верхнихъ слояхъ иногда оказывается ороговѣвшимъ.

Второе мѣсто по частотѣ занимаютъ *фибромы*. Намъ онѣ встрѣчались, правда, чаще, нежели папилломы (въ отношеніи 5:3), и притомъ преимущественно въ возрастѣ 20—30 лѣтъ, рѣже въ возрастѣ 30—40 л., а также 40—50 и 50—60 л., еще рѣже въ юношескомъ возрастѣ (до 20 лѣтъ) и очень рѣдко въ старческомъ возрастѣ (60—70 л.). Отношеніе между лицами мужского и женскаго пола выражалось какъ 4,5:1.

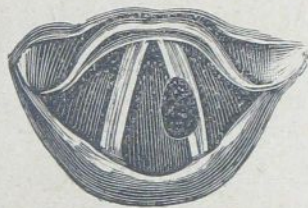


Рис. 154. Фиброма лѣвой голосовой связки.

Фибромы встрѣчаются обыкновенно на краю голосовыхъ связокъ (рис. 154), рѣже непосредственно подъ ними или на нижней поверхности, по серединѣ или въ передней части связокъ, иногда на мѣстѣ передней спайки, въ видѣ исключенія также въ задней части гортани. Онѣ сидятъ либо на широкомъ основаніи, либо на ножкѣ. *Величина* ихъ колеблется отъ булавочной головки до боба, рѣдко онѣ бывають большихъ размѣровъ. Фибромы обыкновенно рѣзко ограничены, полушаровидной, шаровидной или грушевидной формы и имѣють гладкую поверхность; онѣ бывають нерѣдко болѣе блѣднаго цвѣта, нежели слизистая оболочка, иногда же вслѣдствіе обильнаго развитія сосудовъ онѣ имѣють ярко- или темнокрасный цвѣтъ. При ощупываніи зондомъ онѣ оказываются то болѣе плотными, то болѣе мягкими. Большею частью фибромы бывають одиночными, рѣдко на соответственномъ мѣстѣ другой голосовой связки, либо непосредственно впереди или позади него, встрѣчается другая мелкая фиброма; иногда соответственно положенію опухоли на другой голосовой связкѣ находится вдавленіе. Въ противоположность папилломамъ, фибромы не имѣють наклонности къ возвратамъ и растутъ медленнѣе.

Подъ *микроскопомъ* онѣ состоятъ изъ пронизанной упругими волокнами волокнистой соединительной ткани, которая содержитъ большее или меньшее количество кровеносныхъ сосудовъ и даже значительныя кровяныя полости (кисты).

Къ фибромамъ относятся большею частью и т. наз. *узелки пивцовъ*, именно бѣлаго цвѣта узелки величиною отъ булавочнаго острія до коно-

пьянаго зерна, сидящіе симметрически на краяхъ голосовыхъ связокъ по серединѣ или на границѣ между переднею и среднею третью, которые могутъ долгое время оставаться безъ измѣненія и обыкновенно разсматриваются какъ воспалительные узелки. Иногда изъ нихъ выступаетъ небольшая капля секрета, которая при фонаціи подѣ влияніемъ колебаній голосовыхъ связокъ сбивается въ пѣну, а при послѣдовательномъ вдыхѣ тянется между краями голосовыхъ связокъ въ видѣ нити. Уже это обстоятельство говорить въ пользу воззрѣнія *Fränkel*'я, что узелки обязаны своихъ происхожденіемъ эктазіи железъ, расположенныхъ подѣ краемъ голосовыхъ связокъ, какъ это дѣйствительно и было доказано гистологическими изслѣдованіями *Alexander*'а. По изслѣдованіямъ *Kanthack*'а, они представляютъ гиперплазію эпителія, а также упругой и фиброзной ткани; въ одномъ случаѣ *Kanthack* нашелъ гиперплазію эпителія и сосочковаго слоя съ миксоматознымъ перерожденіемъ фиброзной ткани. Подобно большей части этихъ узелковъ, и т. наз. „золотушные узелки“, встрѣчающіеся нерѣдко на краю голосовыхъ связокъ у дѣтей съ хроническою охрипlostью, бываютъ, по всей вѣроятности, железистаго происхожденія.

Кисты встрѣчаются сравнительно рѣдко. Наичаще онѣ помѣщаются на передней, рѣже на задней поверхности надгортанника; далѣе, онѣ наблюдаются на черпало-надгортанныхъ складкахъ, на краяхъ истинныхъ голосовыхъ связокъ, рѣже въ Морганіевыхъ желудочкахъ, на ложныхъ голосовыхъ связкахъ и задней стѣнкѣ гортани. Онѣ представляютъ круглыя или овальныя, упругія и зыблющіяся опухоли, величиною отъ коноплянаго зерна до вишни, которыя, смотря по водянистому или густоватому содержимому ихъ, болѣе или менѣе просвѣчиваютъ. Если ихъ вскрыть, то по выдѣленіи содержимаго онѣ спадаются, но нерѣдко затѣмъ снова наполняются.

Онѣ суть большею частью ретенціонныя опухоли, тогда какъ встрѣчающіяся на краяхъ голосовыхъ связокъ (по *Kanthack*'у) пузырчатыя опухоли (кисты отъ размягченія) обязаны якобы своимъ происхожденіемъ кровоизліяніямъ, сывороточному выпотѣванію и дегенеративнымъ измѣненіямъ ткани; однако, по изслѣдованіямъ *Alexander*'а, и кисты голосовыхъ связокъ, несомнѣнно, находятся въ генетической связи съ упомянутыми выше железами.

Аденомы устроены по типу железъ, но ихъ слѣдуетъ отличать отъ гипертрофіи железъ, которая, будучи связана съ хроническимъ катарромъ, представляетъ воспалительное новообразованіе. Между тѣмъ какъ гипертрофія зависитъ отъ усиленія фізіологической дѣятельности железистой ткани и происходитъ на тѣхъ же мѣстахъ, гдѣ и нормально существуютъ железы, железистая ткань аденомы неспособна къ фізіологической дѣятельности и элементы опухоли не имѣютъ никакого отношенія къ окружающимъ частямъ (*Newmann*).

Аденомы образуютъ небольшія, узловатыя или сосочковыя опухоли,

которыя могутъ принимать полипообразную форму; онѣ встрѣчаются въ гортани очень рѣдко, подають тоже поводъ къ образованію кисты и наблюдаются на тѣхъ же мѣстахъ, какъ и послѣднія.

Липомы очень рѣдки и описаны пока только въ очень небольшомъ числѣ случаевъ; онѣ представляютъ блѣднокрасныя или желтоватыя, медленно растущія опухоли мягкой, упругой консистенціи.

Миксомы тоже наблюдались лишь въ рѣдкихъ случаяхъ; онѣ сидятъ на широкомъ основаніи или на ножкѣ на голосовыхъ связкахъ и не злокачественны. Возвраты наступаютъ только въ томъ случаѣ, когда онѣ были неполнѣ удалены.

Хондромы развиваются на щитовидномъ или перстневидномъ хрящѣ и врастаютъ въ полость гортани, гдѣ онѣ представляются въ видѣ дольчатыхъ ограниченныхъ узловъ или въ видѣ болѣе разлитой плотной припухлости.

Ангиомы встрѣчаются обыкновенно на истинныхъ голосовыхъ связкахъ, рѣже на надгортанникѣ и ложныхъ связкахъ и представляютъ болѣею частью мелкія опухоли величиною отъ чечевицы до горошины, но могутъ достигать также размѣровъ лѣсного орѣха. Онѣ обыкновенно односторонни, имѣють рѣзко красный, изрѣдка бурый цвѣтъ и болѣею частью дольчатую поверхность, причеиъ встрѣчаются также въ видѣ смѣшанныхъ опухолей, напр. въ видѣ ангиосаркомы (рис. 155).

Вообще при гистологическомъ изслѣдованіи т. наз. гортанныхъ полиповъ находятъ сравнительно часто *смѣшанныя формы*, т. е. опухоли не представляютъ одинъ опредѣленный типъ, а обнаруживаютъ свойства, присущія и другимъ видамъ. При этомъ онѣ суть либо съ самаго начала смѣшанныя новообразованія, либо онѣ измѣняютъ отчасти свои первоначальныя свойства благодаря происходящимъ внутри ихъ дегенеративнымъ процессамъ и разстройствамъ кровообращенія.

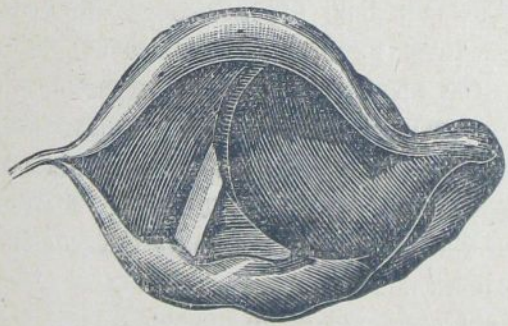


Рис. 155. Ангиосаркома у 18 лѣтней дѣвушки, занимавшая почти всю лѣвую половину гортани.

Что касается того, возможенъ-ли переходъ *доброкачественныхъ новообразований въ злокачественныя* (*Mackenzie, Solis Cohen и Lennox Browne*), особенно подъ вліяніемъ внутригортанныхъ вмѣшательствъ, главнымъ образомъ гальванокаустики, то вопросъ этотъ окончательно выясненъ статистикой, тщательно собранной *Semon*'омъ и обнимающей 10.747 случаевъ доброкачественныхъ опухолей гортани. На 2531 неоперированныхъ случаевъ въ 12 такой переходъ наступилъ якобы *самостоятельно*, однако „при возможно безпристрастной, критической оцѣнкѣ“ только одинъ изъ случаевъ оказался, по *Semon*'у, несомнѣннымъ

тогда какъ въ 2-хъ переходъ въ злокачественное новообразованіе представлялся въ высокой степени вѣроятнымъ и въ 3-хъ возможнымъ. На 8216 оперированныхъ случаевъ подобный переходъ наблюдался будто бы въ 30 случаяхъ. 5 изъ нихъ *Semon*, на основаніи тщательнаго разбора, признаетъ вполне или почти несомнѣнными, что составляетъ много меньше, чѣмъ 1 на 1000; въ 7 случаяхъ онъ считаетъ переходъ въ злокачественное новообразованіе вѣроятнымъ, такъ что вмѣстѣ съ предыдущими отношеніе къ общему числу оперированныхъ случаевъ выразится какъ 1:685. Изъ остальныхъ случаевъ 10 отнесены къ „сомнительнымъ“, тогда какъ *Semon* признаетъ 9 изъ нихъ „въ высшей степени сомнительными“, т. е. „по всей вѣроятности, не представлявшими перехода въ злокачественное новообразованіе“; наконецъ, 2 случая должны быть разсматриваемы какъ „рубцовыя опухоли“. Какъ бы то ни было, если даже допустить, что переходъ въ злокачественное новообразованіе наблюдался во всѣхъ случаяхъ, то все-таки въ оперированныхъ онъ происходилъ рѣже, чѣмъ въ неоперированныхъ (приблизительно какъ 1:1,2).

Что касается *распознаванія*, то при описаніи отдѣльныхъ формъ опухолей уже было указано на особенности ихъ. Изъ изложеннаго выше вытекаетъ также, что присутствіе опухоли можетъ быть установлено съ увѣренностью только помощью гортаннаго зеркала, хотя опытный ларингологъ нерѣдко уже на основаніи своеобразнаго голоса (см. симптомы) и разстройствъ дыханія можетъ заподозрить присутствіе опухоли и даже приблизительно опредѣлить мѣстоположеніе и величину ея.

Если имѣется дѣло съ очень маленькими дѣтьми, у которыхъ уже долгое время существуетъ охриплость или потеря голоса, то можно уже, съ большою вѣроятностью, предположить папилломы, въ особенности когда наблюдается и затрудненіе дыханія. У дѣтей старшаго возраста причиною охриплости, кромѣ папилломъ, бываютъ обыкновенно также небольшіе узелки на краяхъ голосовыхъ связокъ, встрѣчающіеся особенно часто при золотухѣ.

Съ папилломами можно иногда смѣшать нѣкоторыя формы бугорчатки, и притомъ какъ разрощенія на краяхъ бугорчатыхъ язвъ, особенно находящихся на задней стѣнкѣ гортани, такъ и бугристыя складки слизистой оболочки, исходящія, повидимому, изъ желудочка, которыя подчасъ можно принять также за выворотъ желудочка (*eversio ventriculi*). Однако, во-первыхъ, папилломы почти никогда не встрѣчаются на задней стѣнкѣ гортани и, во-вторыхъ, разрощенія сидятъ на краяхъ язвы, въ отдѣляемомъ которой опредѣляются бугорковыя палочки; съ другой стороны, складки слизистой оболочки между ложной и истинной голосовой связкой оказываются обыкновенно неправыми, и при попыткахъ вправленія убѣждаются, что онѣ принадлежатъ слизистой оболочкѣ ложныхъ связокъ.

Подъ *выворотомъ* или *выпаденіемъ* желудка (*eversio s. prolapsus ventriculi*) разумѣютъ именно выпаденіе слизистой оболочки его черезъ

входное отверстие, такъ что между ложной и истинной голосовой связкой получается складка, которая посредствомъ зонда можетъ быть вправлена обратно въ желудочекъ. Коль скоро слизистая оболочка на нижней или боковой, т. е. наружной стѣнкѣ Морганіева желудочка разрыхлена, то подъ вліяніемъ сильныхъ кашлевыхъ толчковъ часть ея можетъ уже выпасть. То же самое возможно при воспаленіяхъ надхрящницы щитовиднаго хряща или при болѣе значительныхъ кровотеченияхъ подъ слизистой оболочкой, которыя ведутъ подчасъ къ отслаиванію ея. Въ общемъ, однако, выпаденіе слизистой оболочки наблюдается сравнительно рѣдко.

Гуммы, которыя представляютъ нѣкоторое отдаленное сходство съ фибромами, не такъ рѣзко отграничены, какъ послѣднія; онѣ только выпячиваютъ холмообразно слизистую оболочку, такъ что онѣ постепенно переходятъ въ окружающія части, между тѣмъ какъ фибромы представляются въ видѣ отграниченныхъ опухолей.

Подчасъ доброкачественныя опухоли можно вначалѣ смѣшать съ *злокачественными*, хотя послѣднія распространяются глубже въ подлежащія ткани и вызываютъ болѣе сильную гиперемію окружающихъ частей; въ сомнительныхъ случаяхъ для точнаго діагноза всегда необходимо микроскопическое изслѣдованіе кусочка опухоли, удаленнаго, по возможности, изъ глубины ея.

Леченіе. Всякое доброкачественное новообразованіе, если только оно въ виду своихъ размѣровъ и сильнаго затрудненія дыханія не требуетъ немедленнаго удаленія извнѣ, нужно постараться удалить *внутригортаннымъ* путемъ. Съ другой стороны, когда опухоль не вызываетъ никакихъ расстройствъ глотанія, голоса или дыханія, то у боязливыхъ больныхъ можно воздержаться отъ операціи, разъ повторнымъ изслѣдованіемъ убѣждаются, что опухоль не растетъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдалось *самопроизвольное обратное развитіе* доброкачественныхъ опухолей гортани. Такъ, *Jurasz* наблюдалъ исчезаніе папилломъ послѣ брюшнаго тифа, *Kayser* обратное развитіе воспалительныхъ узловъ послѣ кори, а *Thorner* видѣлъ у одного ребенка 3½ лѣтъ уменьшеніе опухоли послѣ коклюша. Мнѣ пришлось наблюдать одного 4-лѣтняго ребенка, у котораго въ продолженіе приблизительно 1½ лѣтъ, безъ всякаго леченія, почти совершенно исчезли папилломы. Описаны также случаи, когда опухоль *извергалась при кашлѣ*.—Нѣкоторыми было предложено лечить папилломы у дѣтей вдуваніями *summitates sabinae*, но я лично не видѣлъ отъ такого леченія успѣха.

Какъ и при всѣхъ *внутригортанныхъ манипуляціяхъ*, такъ и при оперативномъ вмѣшателствѣ успѣхъ зависитъ, помимо личной сноровки, отъ доброй воли и *содѣйствія со стороны больного*, такъ какъ при нецѣлесообразномъ отношеніи его операція можетъ оказаться затруднительной или даже невозможной. Такъ, если онѣ фонируетъ, вмѣсто того, чтобы дышать, то голосовая щель закрывается и мы не въ состояніи захватить, напр., опухоль, сидящую на краю голосовой связки или подъ нимъ, и т. д.

Чтобы устранить мешающія отраженныя тошнотныя движенія и кашель, нужно прибѣгнуть къ анестезированію слизистой оболочки кокаиномъ; далѣе для того, чтобы сами больные не мешали во время операціи, ихъ слѣдуетъ успокоить, такъ какъ подъ вліяніемъ страха передъ операціей они волнуются. Необходимо съ ихъ стороны извѣстное спокойствіе и самообладаніе, что обыкновенно легко достигается, если для пробы ввести въ гортань зондъ или закрытый инструментъ и выяснитъ имъ, что къ тому же самому сводится и операція.

Больной захватываетъ обычнымъ образомъ правой или лѣвой рукой кончикъ высунутаго языка и упирается рукой въ подбородокъ, насколько возможно, далѣе книзу, держа локоть по срединной линіи тѣла; затѣмъ онъ долженъ приучиться, смотря по требованію, во-время фонировать или дышать.

Когда больной такимъ образомъ подготовленъ къ операціи, то приступаютъ къ удаленію опухоли, которое можно производить различными инструментами; въ общемъ для этого достаточно щипцовъ, гортаннаго ножа, петли, зонда съ припаянными къ нему прижигающими средствами и гальванокаутера.

Наичаще употребляютъ *рѣзущіе щипцы*, которые вводятъ въ закрытомъ видѣ вплоть до опухоли, затѣмъ ихъ раскрываютъ, захватываютъ между вѣтвями опухоль и отрѣзаютъ ее. Можно пользоваться съ тою же цѣлью и *милотиной*. При мало выстоящихъ опухоляхъ, которыя постепенно переходятъ въ окружающія части, очень удобно оперировать *ножемъ*, который вонзаютъ въ основаніе опухоли, послѣ чего расширяютъ разрѣзъ либо въ обѣ стороны, когда употребляютъ ланцетовидный ножъ, либо въ одну, когда оперируютъ простымъ ножомъ, и удаляютъ опухоль. Когда она остается еще висѣть на ножкѣ, то ее легко захватить щипцами или петлей.

Ножомъ пользуются также для прокола кистъ.

Петля, представляющая вполне безопасный инструментъ, употребляется для удаленія болѣе мягкихъ опухолей, сидящихъ на ножкѣ или выстоящихъ на-подобіе стержня; величина петли должна быть лишь немного больше удаляемой опухоли, такъ какъ иначе послѣдняя можетъ легко выскользнуть.

Прижиганія лучше всего дѣлать азотнокислымъ серебромъ *in substantia*, хотя дѣйствіе его и не распространяется вглубь; поэтому я прибѣгаю къ нему только при маленькихъ опухоляхъ (напр., при узелкахъ пѣвцовъ), при которыхъ, однако, прижиганія тоже нерѣдко приходится повторять.

Болѣе энергично дѣйствуетъ *гальванокаустика*, которую мы тоже примѣняемъ при новообразованіяхъ небольшой величины или сидящихъ на широкомъ основаніи, а также, подобно азотнокислому серебру, для разрушенія небольшихъ остатковъ полиповъ или для прижиганія основанія ихъ, съ цѣлью предотвратить возвраты.

У двухъ дѣтей съ множественными папилломами, затруднявшими дыханіе, я применилъ *интубацію* и добился при этомъ настолько значительнаго уменьшенія опухолей, что не только дыханіе стало болѣе свободнымъ, но и голосъ сдѣлался чище. *Lichtwitz* вводитъ трубку, снабженную отверстиями; послѣ того какъ опухоль втиснута въ отверстие, онъ извлекаетъ трубку и удаляетъ вмѣстѣ съ тѣмъ и новообразование.

Если срѣзанная опухоль соскользнула съ инструмента, то она проглатывается или *попадаетъ въ дыхательное горло* и либо выводится съ кашлемъ, либо же, когда она долгое время пролежала въ небольшомъ бронхѣ, размягчается и тоже удаляется съ мокротою.

Какихъ либо другихъ неприятныхъ явленій почти никогда не бываетъ; только въ очень рѣдкихъ случаяхъ наблюдается значительное кровотеченіе. Такъ, послѣ раздавливанія телеангіектатической миксофибromы *Ferreri* наблюдалъ очень сильное кровотеченіе, которое потребовало трахеотоміи съ послѣдовательнымъ расщепленіемъ гортани и тампонаціей; въ одномъ случаѣ *Grünwald'a* 73-лѣтній старикъ, у котораго была удалена опухоль подвязочной области, погибъ отъ послѣдовательнаго кровотеченія, находившагося въ связи съ рѣзкимъ артеріосклерозомъ.

Посль операціи нужно посовѣтовать больному, въ продолженіе нѣсколькихъ дней, безусловно *шадить* свой голосъ, говорить только шепотомъ, не курить и не употреблять ни спиртныхъ напитковъ, ни сильно пряныхъ кушаній. Этимъ путемъ удастся предотвратить болѣе сильную реакцію.

Вскрытіе гортани обыкновенно бываетъ необходимо только при такихъ доброкачественныхъ новообразованіяхъ, которыя, благодаря своимъ размѣрамъ или положенію, вызываютъ сильное затрудненіе дыханія, либо глотанія или обуславливаютъ потерю голоса, а между тѣмъ не могутъ быть вообще или достаточно быстро удалены внутригортаннымъ путемъ.

Тиреотомія, т. е. расщепленіе щитовиднаго хряща должно, по возможности, ограничиваться только нижнею частью его, такъ какъ мнѣ нѣсколько разъ приходилось наблюдать, что при полномъ расщепленіи послѣ заживленія наступало расхожденіе обѣихъ пластинокъ хряща, послѣдствіемъ чего была сильная охриплость; въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣдняя можетъ зависѣть и отъ того, что послѣ зарубцеванія раны обѣ голосовыя связки приходятся не на одномъ уровнѣ.—Расщепленіе щитовиднаго хряща даетъ возможность удалить опухоль изъ любой части гортани.

При *подщитовидномъ горлоспиченіи* (*laryngotomia infrathyreoidea*) перерѣзаютъ перстне-щитовидную связку и, въ случаѣ надобности, перстневидный, а также нѣсколько трахеальныхъ хрящей; этимъ путемъ становятся доступными опухоли, сидящія на нижней поверхности голосовыхъ связокъ и въ подвязочной области.

При *pharyngotomia subhyoidea* расщепляютъ щито-подъязычную перепонку параллельно подъязычной кости и черезъ рану извлекаютъ на-

ружу надгортанникъ, такъ что этимъ путемъ можно удалить опухоли, помѣщающіяся въ верхней части гортани.

Описанные внѣгортанные способы операціи показываются преимущественно при множественныхъ папилломахъ у дѣтей; по моимъ наблюденіямъ, они не даютъ, однако, особенно блестящихъ результатовъ ни въ отношеніи коренного удаленія гесп. предотвращенія возвратовъ, ни въ отношеніи возстановленія голоса. Поэтому въ такихъ случаяхъ большею частью лучше дѣлать трахеотомию, такъ какъ этимъ устраняется затрудненіе дыханія и, съ другой стороны, всегда можно потомъ удалить опухоли внутригортаннымъ путемъ. Кромѣ того, нерѣдко приходилось наблюдать, что послѣ трахеотоміи множественныя папилломы гортани, мало по малу уменьшались или даже вполне исчезали.

2. Злокачественныя новообразованія гортани.

Они бываютъ обыкновенно первичными, рѣдко вторичными, и притомъ въ послѣднемъ случаѣ почти никогда не представляютъ метастатическихъ опухолей, а развиваются вслѣдствіе дальнѣйшаго распространенія злокачественныхъ новообразованій съ сосѣднихъ частей.

Этіологія. Происхожденіе злокачественныхъ новообразованій пока не выяснено, хотя въ цѣломъ рядѣ случаевъ развитію ихъ, повидимому, содѣйствуютъ хроническія раздраженія. Съ этимъ согласуется тотъ фактъ, что ракомъ гортани заболѣваютъ преимущественно мужчины, между тѣмъ какъ у женщинъ, которыя менѣе подвергаются подобнымъ раздраженіямъ, онъ встрѣчается гораздо рѣже (приблизительно въ отношеніи 1:4). Къ числу такихъ раздраженій относятъ преимущественно неумѣренное куреніе и злоупотребленіе спиртными напитками.

Изъ наблюдавшихся мною 16 случаевъ въ 15 имѣлось дѣло съ мужчинами и только въ одномъ съ женщиной (17-й случай, относящійся тоже къ женщинѣ, я исключаю, такъ какъ больная не согласилась на пробное вырѣзываніе кусочка опухоли и такимъ образомъ нельзя было поставить точнаго микроскопическаго діагноза). Самому младшему изъ моихъ больныхъ было 40 лѣтъ, 8 находились въ возрастѣ 50—60 лѣтъ и одному было 70 лѣтъ. По *Mackenzie*, 83 % всѣхъ случаевъ приходятся на возрастъ 40—70 лѣтъ, по *Newmann*'у же, 50 % на возрастъ 50—70 лѣтъ. Съ другой стороны, однако, ракъ гортани наблюдался и въ болѣе молодомъ возрастѣ (20—30 лѣтъ) и даже у дѣтей.

1) Саркома гортани.

Саркома встрѣчается рѣже, нежели ракъ. Такъ, по *Gurlt*'у на 848 случаевъ саркомъ только въ одномъ была саркома гортани, между тѣмъ какъ на 9554 случая раковъ пораженіе гортани наблюдалось въ 62, т. е. ракъ гортани встрѣчался въ 11—12 разъ чаще, нежели саркома.

Саркома гортани бываетъ кругло- и веретенообразно-клеточковой или смѣшанной и почти всегда первичной; вторично она развивается только

вслѣдствіе непосредственнаго перехода новообразованія съ сосѣднихъ частей. Въ общемъ она встрѣчается въ видѣ одиночной опухоли, причемъ размѣры ея колеблются отъ боба до голубинаго яйца. Наичаще саркома помѣщается на той или другой истинной, либо ложной голосовой связкѣ, далѣе, на надгортанникѣ, подъ голосовыми связками, въ Морганіевомъ желудочкѣ, на черпаловидномъ хрящѣ, а также въ межчерпаловидномъ пространствѣ. Обыкновенно она бываетъ одностороннею; рѣдко она переходитъ на другую сторону, обыкновенно же она распространяется по всѣмъ сторонамъ.

Симптомы зависятъ отъ положенія и размѣровъ опухоли. Первымъ явленіемъ бываетъ обыкновенно *охриплость*, къ которой при болѣе значительныхъ размѣрахъ опухоли присоединяется *затрудненіе дыханія*. Боли наблюдаются рѣдко: иногда существуетъ ощущеніе какъ бы присутствія инороднаго тѣла, особенно при проглатываніи слюны. *Кашель* составляетъ частое явленіе, но болѣею частью незначителенъ; когда опухоль помѣщается на надгортанникѣ, то она можетъ *затруднять глотаніе*. Отдѣленіе незначительно; при изъязвленіи опухоли *мокрота* можетъ быть окрашена *кровью*. Ростъ опухоли обыкновенно медленный, только мягкія саркомы отличаются болѣе быстрымъ ростомъ. Распространенія черезъ лимфатическіе пути обыкновенно не наблюдается.

Распознаваніе. Саркома представляется въ видѣ неправильной гладкой или бугристой, кругловатой и, смотря по патологическому строенію, болѣе плотной или мягкой опухоли темно- или свѣтло-краснаго, иногда желтоватаго, чаще же сѣроватаго цвѣта. Она рѣдко изъязвляется, да и то обыкновенно лишь поверхностно.

Это служитъ важнымъ отличительнымъ признакомъ отъ *рака*, который въ дальнѣйшемъ теченіи постоянно изъязвляется; далѣе, при саркомѣ обыкновенно не бываетъ припухлости лимфатическихъ железъ, которая и при ракѣ гортани, правда, появляется нерѣдко только по прошествіи долгаго времени. Наконецъ, саркома, въ противоположность раку, и въ позднихъ ступеняхъ бываетъ довольно рѣзко отграничена отъ окружающихъ частей. Рѣшающее значеніе имѣетъ микроскопическое изслѣдованіе вырѣзаннаго кусочка опухоли.

Предсказаніе. Если опухоль не будетъ удалена, то рано или поздно наступаетъ смерть отъ задушенія или худосочія; при болѣе значительныхъ размѣрахъ опухоли обыкновенно наступаетъ возвратъ, особенно когда она была удалена недостаточно глубоко.

Леченіе. Небольшія, ограниченныя опухоли можно попытаться удалить внутригортаннымъ путемъ; въ одномъ случаѣ *Scheinmann'a*, въ которомъ подвязочная саркома была удалена внутригортаннымъ путемъ, еще по истеченіи 1½ лѣтъ не было возврата. Обыкновенно, однако, приходится удалять опухоль снаружи, и притомъ, смотря по положенію и размѣрамъ ея, нужно сдѣлать расщепленіе щитовиднаго хряща, резекцію или вылушеніе гортани, либо при саркомѣ надгортанника *pharyngotomia subhyoidea*.

2. Ракъ гортани.

Наичаще встрѣчается эпителиальный ракъ (эпителиома), рѣже мозговикъ и рѣже всего скирръ. Послѣдній отличается своей болѣе плотной консистенціей и чаще образуетъ равномерное пропитываніе; мозговикъ, развивающійся изъ подслизистой соединительной ткани, образуетъ неправильные, блѣднокраснаго цвѣта узлы, которые вскорѣ изъязвляются.

Хотя ракъ можетъ развиваться на любомъ мѣстѣ слизистой оболочки гортани, тѣмъ не менѣе наичаще онъ встрѣчается на истинныхъ или ложныхъ голосовыхъ связкахъ; сравнительно рѣдко онъ помѣщается въ Морганіевомъ желудочкѣ, на надгортанникѣ, во входѣ въ гортань или въ подвязочной области; наконецъ, рѣже всего, повидимому, онъ встрѣчается первично на задней стѣнкѣ гортани. Вторичный ракъ обнаруживается, конечно, прежде всего въ пограничныхъ областяхъ гортани, такъ какъ онъ, какъ уже сказано, почти всегда развивается вслѣдствіе перехода новообразованія съ сосѣднихъ органовъ; при этомъ онъ отличается особенною склонностью къ раннему распаденію.

Раннія формы первичнаго рака гортани представляютъ въ общемъ двѣ разновидности (*B. Fränkel*):

1) *Полиповидный ракъ* (*carcinoma polypoides*) голосовыхъ связокъ, который представляется въ видѣ плоскаго возвышенія, сидящаго на широкомъ основаніи; при этомъ, такъ какъ опухоль распространяется и въ глубину, то приподнятіе ея надъ уровнемъ слизистой оболочки бываетъ сравнительно меньше, нежели ширина и длина ея. Опухоль, покрытая вполнѣ сохранившимся эпителиемъ, представляетъ гладкую, слегка бугристую или сосочковую поверхность, краснаго, сѣроватаго или болѣе блѣлаго цвѣта. Рѣдко опухоль бываетъ снабжена настоящей ножкой.

2) *Разлитой ракъ* (*carcinoma diffusum*) голосовыхъ связокъ, распространяющійся по поверхности (рис. 156). Въ самомъ началѣ замѣчается утолщеніе голосовой связки, которое ничѣмъ не отличается отъ утолщенія иного происхожденія; въ дальнѣйшемъ слизистая оболочка оказывается неравномѣрно утолщеною и на разлитой припухлости, которая переходитъ безъ рѣзкихъ границъ въ окружающія части или иногда бываетъ ясно отграничена отъ нихъ, выдаются болѣе или менѣе многочисленные узелки, величиною отъ булавочной головки до льнянаго сѣмени. На нѣкоторыхъ мѣстахъ утолщеніе имѣетъ сальный, на другихъ, гиперэмированный видъ, въ промежуткахъ же встрѣчаются иногда мѣста въ видѣ блѣлыхъ пятенъ.

Кромѣ *истинныхъ связокъ*, обѣ эти формы встрѣчаются также на ложныхъ связкахъ и черпало-надгортанныхъ складкахъ, причѣмъ онѣ бываютъ болѣе рѣзкаго краснаго цвѣта, а полиповидная форма чаще, чѣмъ на истинныхъ связкахъ, имѣетъ видъ цвѣтной капусты (рис. 157).

Раковые новообразованія, развивающіяся въ Морганіевомъ желудочкѣ, могутъ выпячивать ложную голосовую связку и придать поверхности

неровный, бугристый; видъ; если они выступаютъ изъ желудка, то они образуютъ красныя, гладкія или имбющія видъ цвѣтной капусты опухоли.

Надгортанникъ при раковомъ пораженіи его представляется утолщеннымъ и усаженнымъ сосочковыми разрощеніями; обыкновенно ракъ надгортанника развивается вторично вслѣдствіе перехода новообразованія съ корня языка.

Подчасъ уже въ ранней ступени, обыкновенно же послѣ дальнѣйшаго роста ея, опухоль занимаетъ большую часть гортани, сначала обыкновенно только на одной сторонѣ, такъ что очертанія отдѣльных частей совершенно сглажены. Впрочемъ, могутъ наблюдаться также одновременно два или три совершенно самостоятельныхъ узла. Мало по малу опухоль растетъ все болѣе и болѣе въ глубину и не щадитъ также хрящей, которые она прорастаетъ или совершенно разрушаетъ. Въ окружности ея замѣчаются воспалительныя явленія, въ дальнѣйшемъ же, когда опухоль изъязвляется, присоединяются отекъ, воспаленіе надхрящницы, нагноенія и омертвѣніе хряща.



Рис. 156. Ракъ левой голосовой связки (по *Vigow*'у); послѣдняя превращена въ продолговатую, бугристую, красноватую опухоль. Черпаловидный хрящъ и черпало-надгортанная складка слѣва значительно утолщены.



Рис. 157. Ракъ правой ложной связки и надгортанника (по *Krieg*'у); периферическая часть опухоли имѣетъ гроздевидную, центральная же болѣе туфовидную форму. Истинныя связки закрыты.

Между тѣмъ какъ раковыя новообразованія собственно гортанной полости имѣютъ мало склонности къ *распространенію* черезъ *лимфатическіе пути*, такъ что припухлость лимфатическихъ железъ появляется только въ позднѣйшей ступени, при новообразованіяхъ, развивающихся во входѣ въ гортань, железы, напротивъ, опухаютъ раньше. Этотъ фактъ, установленный *Krishaber*'омъ, допускающій, впрочемъ, извѣстныя исключенія, находитъ себѣ объясненіе въ томъ, что, какъ показалъ *Sarpey*, лимфатическіе сосуды въ надгортанникѣ и черпало-надгортанныхъ складкахъ образуютъ густое сплетеніе, тогда какъ въ нижележащихъ отдѣлахъ гортани слизистая оболочка значительно бѣднѣе лимфатическими сосудами.

Симптомы. Первымъ явленіемъ бываетъ обыкновенно *охриплость*, которая можетъ, однако, и отсутствовать, когда, напр., опухоль помѣ-

щается во входѣ въ гортань или же на ложныхъ голосовыхъ связкахъ. Въ подобныхъ случаяхъ, особенно когда имѣется дѣло съ ракомъ, перешедшимъ на гортань съ глотки, сравнительно рано, напротивъ, появляется *боль при глотаніи*, которая въ другихъ случаяхъ присоединяется лишь позднѣе, но существуетъ всегда, коль скоро опухоль начинаетъ распадаться. При этомъ, когда опухоль сидитъ высоко, болезненность глотанія зависитъ либо отъ язвеннаго процесса, либо оттого, что опухоль ограничиваетъ просвѣтъ глотки (*B. Fränkel*). *Самородныя боли* появляются обыкновенно лишь въ дальнѣйшихъ ступеняхъ и отдають въ уши, затылокъ, глазницу и лобъ, однако по своимъ свойствамъ онѣ не представляютъ чего либо характернаго. Двое изъ моихъ больныхъ жаловались уже въ началѣ болѣзни на колющую, повременамъ стрѣляющаго характера боль, которая отдавала въ соответственнае ухо.

Дыханіе можетъ быть затруднено вслѣдствіе значительнаго объема опухоли, недостаточнаго или невозможнаго расхожденія голосовыхъ связокъ, когда, напр., раковый процессъ распространился на нихъ, либо на черпаловидное сочлененіе или на заднюю стѣнку гортани, далѣе, вслѣдствіе отека, воспаленія надхрящницы и т. п. процессовъ, суживающихъ просвѣтъ гортани.

Кашель появляется обыкновенно только въ періодѣ изъязвленія, причѣмъ онъ можетъ быть весьма мучительнымъ.

Кровотеченіе, обыкновенно незначительныя, наступаютъ либо вслѣдствіе катаральной гипереміи, либо, чаще, вслѣдствіе разрьданія сосудистыхъ стѣнокъ при распаденіи опухоли; въ одномъ случаѣ наблюдалось смертельное кровотеченіе вслѣдствіе изъязвленія верхней щитовидной артеріи.

При язвенномъ распаденіи, особенно въ позднѣйшихъ ступеняхъ, появляется въ высшей степени зловонный *запахъ изо рта*.

Раковое худосочіе развивается при ракахъ гортани лишь сравнительно очень поздно, а именно, когда вслѣдствіе затрудненнаго глотанія или суженія гортани питаніе или дыханіе, либо одновременно и то, и другое, бывають значительно нарушены. Напротивъ, вначалѣ, и подчасъ уже въ позднѣйшей степени, общее состояніе бываетъ обыкновенно удовлетворительно.

Распознаваніе. Въ раннихъ ступеняхъ распознаваніе можетъ представлять большія затрудненія. Когда имѣется дѣло съ разлитой формой, то *односторонность* процесса, равно какъ малоподвижность голосовыхъ связокъ, вслѣдствіе востанія новообразования въ ткань ихъ, или же болѣе рѣзкое расстройство подвижности ихъ, при локализациі пропитыванія въ болѣе задней части гортани, даютъ право заподозрить злокачественное новообразование, особенно когда дѣло идетъ о мужчинахъ пожилого возраста.

Сифилисъ гортани можно иногда исключить на основаніи анамнеза

или безуспѣшнаго примѣненія іодистаго калия; *бугорчатка* бываетъ почти всегда сочетана съ легочной чахоткой, поражаетъ нерѣдко обѣ стороны гортани и ведетъ скорѣе къ характернымъ изъязвленіямъ.

Однако, чтобы поставить діагнозъ съ увѣренностью, обыкновенно приходится прибѣгать къ микроскопическому изслѣдованію вырѣзаннаго кусочка опухоли, хотя подчасъ и микроскопъ не позволяетъ сдѣлать рѣшающаго вывода.

Когда имѣется дѣло съ болѣе ограниченными формами рака, то ихъ можно смѣшать съ *доброкачественными новообразованіями*. При послѣднихъ, однако, окружающія части бываютъ почти всегда не измѣнены, хотя, по наблюденіямъ *Kuttner'a*, въ окружности ихъ тоже замѣчается утолщеніе ткани. Напротивъ; при ракѣ, растущемъ вглубь или развивающемся изъ глубины, окружающія части оказываются обыкновенно утолщенными и покраснѣвшими, причемъ болшею частью не трудно убѣдиться также, что опухоль сидитъ не поверхъ ткани, а проникаетъ въ толщу ея.

Если раковая опухоль имѣетъ ворсистый видъ, то она представляетъ нѣкоторое сходство съ *папилломой*; послѣдняя, однако, бываетъ обыкновенно болѣе ограниченной и не переходитъ въ окружающія части постепенно, а, напротивъ, ясно отдѣлена отъ нихъ. Кромѣ того, нѣсколько такихъ доброкачественныхъ опухолей встрѣчаются нерѣдко другъ около друга и на обѣихъ сторонахъ, что при ракѣ бываетъ чрезвычайно рѣдко; равнымъ образомъ ракъ развивается рѣдко въ передней спайкѣ, гдѣ, напротивъ, очень часто наблюдаются папилломы. Наконецъ, *B. Fränkel* указываетъ на то, что папилломы своею продольною осью располагаются параллельно голосовой связкѣ. Что касается *матово-бѣлыхъ, мѣлоподобныхъ* массъ, которыя наблюдаются иногда на большемъ протяженіи или въ видѣ бляшекъ, то, какъ уже сказано было въ главѣ о пахидерміи, онѣ отнюдь не представляютъ чего либо характернаго для рака; онѣ суть не что иное, какъ утолщенія эпителия, которыя могутъ встрѣчаться какъ при пахидерміи, такъ и подчасъ при бугорчаткѣ.

Что касается *разстройства подвижности* пораженной голосовой связки, которое въ связи съ другими указанными данными, съ большою вѣроятностью, говоритъ за ракъ, то нужно имѣть въ виду, что ограниченіе подвижности можетъ наблюдаться и при пахидерміи и что, съ другой стороны, въ нѣкоторыхъ случаяхъ рака, по крайней мѣрѣ вначалѣ, разстройство подвижности можетъ отсутствовать. Напротивъ, когда раковая опухоль помѣщается вблизи черпаловиднаго хряща, то оно составляетъ почти постоянное явленіе.

Впрочемъ, при *пахидерміи*, когда въ процессъ участвуетъ голосовая связка, почти всегда бываетъ поражена и другая связка, тогда какъ ракъ вначалѣ почти постоянно захватываетъ только одну связку. Даже когда пахидермія проявляется въ формѣ большихъ, бѣлаго цвѣта

опухолей, ее все-таки можно почти сразу отличить от рака, при которомъ въ процессъ вовлекаются прилежащія части. Последнія оказываются часто пропитанными, плотными, неподвижными—словомъ, видно, что опухолевая масса проникаетъ вглубь, между тѣмъ какъ при пахидерміи процессъ сосредоточивается на поверхности.

Относительно отличія рака отъ опухолей, встрѣчающихся въ другихъ частяхъ гортани, мы должны сослаться на сказанное въ началѣ этой главы.

Въ позднѣйшихъ ступеняхъ рака гортани процессъ можетъ симулировать самостоятельный *перихондритъ*; коль скоро, однако, имѣется опухоль съ неровною поверхностью, то это, съ большою вѣроятностью, говорить за ракъ. Въ случаѣ сомнѣнія, дальнѣйшее теченіе покажетъ, съ чѣмъ имѣется дѣло.

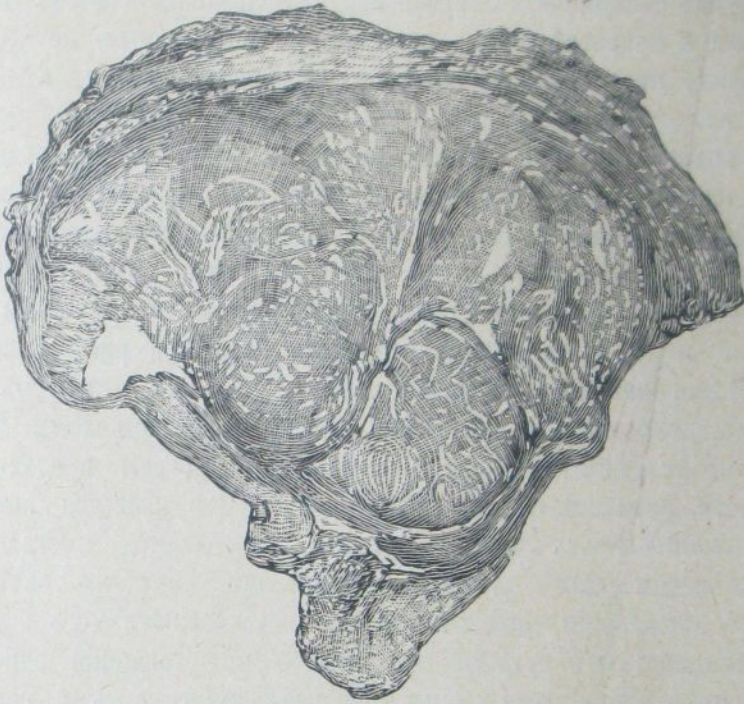


Рис. 158. Микроскопическая картина эпителиомы гортани.

Когда раковая опухоль начала уже распадаться и образовалась язва, то она отличается отъ *сифилитической язвы* тѣмъ, что послѣдняя увеличивается гораздо скорѣе и бываетъ обыкновенно одиночной и односторонней, тогда какъ раковая язва увеличивается очень медленно и находится на поверхности опухоли. *Бугорковая язва* наблюдается обыкновенно совмѣстно съ бугорчатымъ процессомъ въ легкихъ, бываетъ болѣе поверхностна, и въ отдѣляемомъ ея опредѣляются бугорковыя палочки (см. Бугорчатка гортани).

Какъ бы то ни было, всегда слѣдуетъ произвести *микроскопическое изслѣдованіе* кусочка опухоли, взятаго изъ *глубины* ея.

Какъ уже упомянуто было въ главѣ о пахидерміи, при изслѣдованіи подъ микроскопомъ можно легко впасть въ заблужденіе, въ виду

того, что какъ при пахидерміи, такъ и при бугорчаткѣ и сифилисѣ эпителий даетъ стержнеобразныя продолженія въ соединительную ткань, которыя, если они перерѣзаны поперегъ, можно принять за раковыя эпителиальныя гнѣзда. Во избѣжаніе этого, нужно поэтому всегда дѣлать срѣзы отвѣсно къ основанію опухоли. Для того, чтобы съ увѣренностью поставить микроскопическій діагнозъ рака, необходимо, чтобы въ подлежащей ткани находились эпителиальныя образованія и чтобы и самое основаніе опухоли представляло раковый характеръ (рис. 158 и 158а).



Рис. 158а. Характерное мѣсто микроскопическаго препарата рака гортани (рис. 158) при сильномъ увеличеніи.

Помимо этого, необходимо помнить, что отрицательный результатъ микроскопическаго изслѣдованія самъ по себѣ еще не говоритъ противъ рака, такъ какъ нерѣдко случается, что при изслѣдованіи срѣзовъ изъ вырѣзаннаго кусочка опухоли не находятъ картины рака, хотя на самомъ дѣлѣ имѣется дѣло съ ракомъ; подчасъ распознаваніе можетъ быть поставлено съ увѣренностью только послѣ изслѣдованія нѣсколькихъ кусочковъ, взятыхъ изъ различныхъ мѣстъ опухоли. При этомъ важно, чтобы кусочекъ былъ взятъ, дѣйствительно, изъ середины и глубины опухоли, а не, напр., съ краевъ ея, такъ какъ на послѣднихъ находятся нерѣдко чисто сосочковыя разрошенія, которыя при изслѣдованіи ихъ подъ микроскопомъ могутъ ввести въ заблужденіе.

Теченіе. Продолжительность болѣзни простирается до 3-хъ, самое большое 5-ти лѣтъ. Первая ступень, въ которой наблюдается опухоль, можетъ тянуться годъ и болѣе; опухоль можетъ оставаться безъ измѣненія нѣсколько мѣсяцевъ или цѣлый годъ, мало того, въ нѣсколькихъ слу-

чаяхъ мнѣ приходилось наблюдать подѣ влияніемъ іодистаго калия даже уменьшеніе опухоли—правда, скоропреходящее,—такъ что не слѣдуетъ слишкомъ поспѣшно принимать сифилитическое новообразованіе. Затѣмъ, однако, опухоль мало по малу, иногда же довольно быстро, увеличивается, переходитъ на окружающія части и вовлекаетъ въ процессъ слизистую оболочку и хрящи, причеиъ нормальныя очертанія частей совершенно сглаживаются и опухоль занимаетъ большую часть гортани; мало по малу она переходитъ также на другую сторону и измѣняетъ ее подобнымъ же образомъ. Въ концѣ-концовъ происходитъ язвенное распаденіе опухоли, разрушеніе и омертвѣніе хрящей и т. п. Смерть наступаетъ иногда отъ задушенія, либо потому, что не была сдѣлана своевременно трахеотомія, либо потому, что канюля закупоривается разрастающимся и проникающимъ далѣ книзу новообразованіемъ. Въ другихъ случаяхъ смертельный исходъ наступаетъ подѣ влияніемъ истощенія, пневмоніи, затечныхъ нарывовъ, кровотеченій и т. п.

Предсказаніе. Между различными видами рака мозговикъ и скирръ отличаются особенною злокачественностью. Вторичный ракъ даетъ худшее предсказаніе, нежели первичный, такъ какъ при немъ бываетъ пораженъ и какой либо изъ смежныхъ органовъ, вслѣдствіе чего общее состояніе обыкновенно успѣло уже пострадать.

Чѣмъ раньше сдѣлана операція, тѣмъ лучше шансы. Правда, нерѣдко наступаетъ вскорѣ возвратъ, однако въ послѣднее время описано также не мало случаевъ, въ которыхъ не наблюдалось возврата даже по прошествіи нѣсколькихъ лѣтъ, такъ что до нѣкоторой степени можно говорить о прочномъ излеченіи.

Леченіе. Удаленіе опухоли *внутригортаннымъ путемъ* было съ успѣхомъ произведено въ нѣсколькихъ случаяхъ *V. Fränkel'*емъ, а затѣмъ и другими. Способъ этотъ примѣнимъ, однако, только при небольшихъ, ограниченныхъ опухоляхъ, которыя притомъ доступны для щипцовъ. До сихъ поръ *внутригортаннымъ путемъ* было оперировано всего 32 случая, изъ коихъ въ 12,5% наступило прочное, приблизительно въ такомъ же числѣ случаевъ относительное излеченіе и въ 40,7% наблюдался возвратъ.

При удаленіи опухоли *внутригортаннымъ путемъ* производятъ либо расщепленіе щитовиднаго хряща, либо частичное или полное изсѣченіе гортани (при ракахъ надгортанника дѣлаютъ также *pharyngotomia subhyoidea*). Операція эти обыкновенно, однако, могутъ быть примѣняемы только при раковыхъ опухоляхъ, сосредоточивающихся въ полости гортани, между тѣмъ какъ при опухоляхъ, сидящихъ на черпало-надгортанныхъ складкахъ, въ межчерпаловидномъ пространствѣ или грушевидной пазухѣ, если онѣ не были распознаны очень рано, операція противопоказуется. Дѣло въ томъ, что коль скоро присоединилось пораженіе лимфатическихъ железъ, что, какъ уже сказано, въ послѣдняго рода случаяхъ происходитъ уже въ очень раннемъ періодѣ, то операція обыкновенно имѣетъ дурной исходъ. Поэтому въ такихъ случаяхъ приходится ограничиваться трахеотоміей.

Удаление раковой опухоли путем *расщепления щитовиднаго хряща* было произведено, по статистикѣ *Szendiak'a*, до 1896 г. въ 85 случаяхъ. При этомъ въ 8,7% случаевъ наблюдалось прочное излечение (болѣе 3-хъ лѣтъ не было возврата), въ 13% относительное излечение (около 1 года не было возврата), въ 53,3% наступилъ возвратъ (до истечения 1 года) и 9,8% окончилось смертью.

При *частичномъ изсѣченіи гортани* наблюдались въ 10,9% случаевъ прочное излечение, въ 11,8% относительное излечение, въ 28,2% возвратъ и въ 26,3% смертельный исходъ.

При *полномъ изсѣченіи гортани* наблюдались въ 5,85% прочное излечение, въ 6,9% относительное излечение, въ 32,5% возвратъ и въ 44,7% случаевъ смертельный исходъ.

Эти цифровыя данныя сами по себѣ, однако, не могутъ еще служить для оцѣнки отдѣльныхъ оперативныхъ способовъ, такъ какъ въ приведенной статистикѣ не принято во вниманіе періодъ болѣзни, въ которомъ была произведена операція.

Въ начальной ступени можно попытаться удалить опухоль внутригортаннымъ путемъ, придерживаясь упомянутыхъ выше условій. Когда опухоль достигла уже болѣе значительныхъ размѣровъ, то нужно удалить ее путемъ *pharyngotomia subhyoidea* или расщепленія щитовиднаго хряща, либо слѣдуетъ сдѣлать частичное изсѣченіе гортани, когда при операціи оказывается, что опухоль проникаетъ глубже, чѣмъ предполагали. Наконецъ, въ послѣдней ступени приходится дѣлать полное изсѣченіе гортани.

Послѣ *частичнаго изсѣченія* гортани мнѣ, какъ и другимъ авторамъ, приходилось наблюдать, что на оперированной сторонѣ изъ грануляціонной ткани развивался плотный, валикообразный рубецъ, который походилъ на голосовую связку и помѣщался къ тому же на мѣстѣ удаленной связки, такъ что онъ до нѣкоторой степени функционировалъ взаимнѣ послѣдней въ томъ смыслѣ, что сохранившаяся голосовая связка при фонаціи прилежала къ рубцу и такимъ образомъ получался сравнительно хорошій *голосъ*.

Даже при полномъ удаленіи гортани путемъ систематическаго упражненія мышцъ можно иногда добиться образованія явственнаго рѣчи помощью т. назыв. „*мнимаго голоса*“ (*Pseudostimme*). Въ одномъ случаѣ, сообщенномъ *Strübing'омъ*, послѣ удаленія гортани подъ корнемъ языка образовалась полость, которая, благодаря сокращенію мышцъ, могла расширяться и суживаться. Путемъ приближенія корня языка къ задней стѣнкѣ зѣва получалась узкая щель, черезъ которую проталкивался воздухъ, такъ что получался звукъ, соответствовавшій образуемому голосовыми связками. Образование гласныхъ и согласныхъ совершалось нормальнымъ образомъ, такъ какъ артикуляціонный приборъ остался, конечно, цѣлымъ. Подобные же случаи были описаны *H. Schmid'омъ*, *Poppert'омъ* и *Solis Cohen'омъ* ¹⁾.

¹⁾ *Raynaud* (1841) и *Bourguet* (1855) описали по одному случаю, въ которомъ гортань была снизу закрыта перепонкой, слѣдовательно, не могла функционировать,

Обыкновенно, однако, послѣ полного удаленія гортани ее замѣняютъ *искусственною*, металлическою *гортанью*, которая была первоначально устроена *Czerny*, а затѣмъ видоизмѣнена *Gussenbauer*'омъ, *Hueter*'омъ, *Foulis*'омъ, *v. Bruns*'омъ и, въ самое послѣднее время *J. Wolff*'омъ. Благодаря тому, что въ трубкѣ находятся, между прочимъ, двѣ резиновыя перепонки, которыя укрѣплены въ ней на-подобіе голосовыхъ связокъ, больные, дѣйствительно, получаютъ возможность говорить почти нормальнымъ голосомъ.

Послѣ *полнаго вылуценія* гортани въ довольно значительномъ числѣ случаевъ, послѣ сравнительно благоприятнаго теченія, на 5-й день наступаетъ внезапная смерть „отъ шока“. По мнѣнію *Störk*'а, шокъ объясняется тѣмъ, что послѣ полного вылуценія гортани происходитъ измѣненіе въ иннерваціи сердца, вслѣдствіе того, что при операціи нерѣдко перерѣзывается *ramus cardiacus*, который отходитъ высоко отъ блуждающаго нерва рядомъ или вмѣстѣ съ верхнимъ гортаннымъ нервомъ и волокна котораго дѣйствуютъ отчасти тормозящимъ образомъ на сердце. При существованіи антагонизма между волокнами, ускоряющими и замедляющими сердечную дѣятельность, перерѣзка *rami cardiaci* должна, конечно, отражаться на регуляціи сердечной дѣятельности. Дѣйствительно, въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ смерть наступаетъ при явленіяхъ паралича сердца, предварительно наблюдается нарастающее учащеніе сердечной дѣятельности, рѣже замедленіе ея. *Alpiger*, на основаніи своихъ анатомическихъ изслѣдованій, показалъ, что нерѣдко существуетъ анастомозъ между наружною вѣтвью верхняго гортаннаго нерва и *ramus cardiacus* сочувственнаго нерва, гспр. что одинъ корешокъ *rami cardiaci* часто отходитъ отъ наружной вѣтви верхняго гортаннаго нерва, причемъ, благодаря отсутствію *rami cardiaci super.*, это наблюдается зачастую только на одной сторонѣ. Нѣкоторыя другія данныя тоже говорятъ за то, что въ этомъ анастомозѣ проходятъ тормозящія волокна.

Grossmann объясняетъ параличъ сердца отчасти раздраженіемъ верхняго гортаннаго нерва, послѣдствіемъ чего бываетъ повышеніе давленія въ лѣвомъ желудочкѣ вслѣдствіе увеличеннаго сопротивленія въ артеріальной системѣ. Когда къ такому повышенію давленія присоединяются другія неблагоприятныя вліянія, особенно когда раздраженіе передается блуждающему нерву, то наступаетъ рѣзкое ослабленіе лѣваго желудочка, которое послѣдовательно ведетъ къ отеку легкихъ.

При неоперируемыхъ ракахъ или когда больной не согласенъ на операцію, нужно, при появленіи признаковъ суженія гортани, сдѣлать *трахеотомию*, и притомъ низкую. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни приходится ограничиваться *симптоматическимъ леченіемъ*. Съ цѣлью уменьшить

и тѣмъ не менѣе наблюдался явственный голосъ. Образование послѣдняго они объясняютъ тѣмъ, что глотка наполнялась воздухомъ, такъ что получался резервуаръ, изъ котораго при попыткахъ говорить толчкообразно изгонялся воздухъ, которымъ приводились въ колебательныя движенія сближенныя между собою сжимающія мышцы глотки, замѣнявшія голосовыя связки.

зловонный запахъ, *Baratoux* совѣтуетъ примѣнять внутрь и наружно *tinct. thujae*, подъ вліяніемъ которой язвы очищаются, даже уменьшаются, и устраняется зловоніе. При сильно затрудненномъ глотаніи больного необходимо кормить черезъ зондъ; противъ болей при глотаніи примѣняютъ мѣстно ментоль, кокаинъ или морфій, противъ зловонія обеззараживающія или обезвонивающія вдуванія или выдыханія. Въ конечной ступени приходится прибѣгать къ наркотическимъ средствамъ.

Неврозы гортани.

А. Чувствительные неврозы.

1. а) *Гиперѣстезія* рѣдко встрѣчается самостоятельно, а, напротивъ, наблюдается обыкновенно при различныхъ острыхъ воспалительныхъ состояніяхъ гортани, а также глотки; далѣе, у пьяницъ и чахоточныхъ, а также у женщинъ во время беременности и подчасъ во время менструаціи, тоже бываетъ повышенная чувствительность слизистой оболочки гортани. Наконецъ, гиперѣстезія составляетъ частое явленіе при неврастеніи, ипохондріи и истеріи, хотя нужно имѣть въ виду, что и нормально чувствительность слизистой оболочки гортани у различныхъ лицъ неодинакова.

При гиперѣстезіи даже незначительное раздраженіе слизистой оболочки вызываетъ настолько сильную реакцію, что можетъ наступить судорога голосовой щели.

б) *Невралія* гортани наблюдается чрезвычайно рѣдко и характеризуется болевыми приступами въ горлѣ или позади грудины.

Леченіе должно быть направлено противъ общаго страданія, если таковое имѣется. Внутрь полезны бромистые препараты и хининъ, мѣстно же можно примѣнить, въ видѣ выдыханій или смазываній, растворы азотно-кислаго серебра, бромистаго калия, либо хлораль-гидрата (*chloral. hydr. 4,0, morph. muriat. 0,1, aq. destill. 100,0, Jurasz*), а также постоянный токъ.

2) *Гипѣстезія* и *анѣстезія*. Пониженіе чувствительности наблюдается у нѣкоторыхъ лицъ какъ личная особенность; послѣ частыхъ манипуляцій, напр. смазываній и проч., чувствительность обыкновенно притупляется.

Потеря чувствительности бываетъ либо центральнаго происхожденія, какъ при истеріи, бульбарномъ параличѣ, гемиплегіи, спинной сухоткѣ и эпилепсіи, либо периферическаго происхожденія, какъ, напр., при дифтеріи.

При пониженіи чувствительности слизистая оболочка медленно и слабо реагируетъ на раздраженіе, такъ что, напр., вдуваніе порошка не вызываетъ кашля. При потерѣ чувствительности, при которой щито- и черпало-надгортанные мышцы, снабжаемая тоже верхнегортаннымъ нервомъ, не функционируютъ, вслѣдствіе чего входъ въ гортань не закрывается, пища попадаетъ въ болѣе глубокіе отдѣлы дыхательныхъ путей, гдѣ при со-

прикосновеніи съ чувствительной слизистой оболочкой она можетъ вызвать сильныя приступы кашля или подать поводъ къ развитію гнилостной пневмоніи.

Леченіе. Нечувствительность слизистой оболочки послѣ дифтеріи, обыкновенно исчезающая сама собою черезъ 5—6 недѣль, проходитъ скорѣе подъ вліяніемъ электризаціи и впрыскиванія стрихнина; потеря чувствительности центрального происхожденія большею частью не поддается леченію. Больныхъ часто приходится кормить черезъ зондъ.

Schnitzler наблюдалъ, наряду съ потерю чувствительности, повышение болевой чувствительности безъ органическихъ измѣненій; состояніе это онъ называетъ *anaesthesia dolorosa laryngis*.

3. *Парѣстезіи.* Различныя ненормальныя ощущенія, какъ-то: жжение, зудъ, щекотаніе, давленіе, ощущеніе какъ бы присутствія инороднаго тѣла и проч., наблюдаются обыкновенно при малокровіи, хлорозѣ, неврастеніи, ипохондріи и истеріи. Подобныя ненормальныя ощущенія, хотя бы даже больной и относилъ ихъ въ область гортани, на самомъ дѣлѣ могутъ, однако, не сосредоточиваться въ гортани, а быть вызваны заболѣваніями носа, рта или глотки (см. Парѣстезіи глотки).

В. Двигательные нервозы.

1. Судорожныя (*инперкинетическія*) двигательныя разстройства гортани.

1. Судорога голосовой щели. *Laryngospasmus*.

(*Spasmus glottidis, laryngismus stridulus, asthma Millari, asthma thymicum, asthma Koppii*).

Подъ перечисленными названіями разумѣютъ наступающее приступами и продолжающееся отъ нѣсколькихъ секундъ до одной минуты и больше судорожное закрытіе голосовой щели, которое вызвано раздраженіемъ возвратнаго или блуждающаго нерва и можетъ повести къ болѣе или менѣе сильной одышкѣ, рѣдко къ смерти отъ задушенія.

Такъ какъ у дѣтей судорога голосовой щели даетъ иную картину, нежели у взрослыхъ, то обѣ формы необходимо разсмотрѣть отдѣльно.

а) Судорога голосовой щели у дѣтей.

Этіологія. Наичаще судорога голосовой щели встрѣчается у дѣтей на *первомъ году* жизни, однако она можетъ наблюдаться у новорожденныхъ и у дѣтей старше 2-хъ лѣтъ. Большею частью при этомъ имѣется дѣло съ *рахитическими дѣтьми*—чаще мальчиками, нежели дѣвочками,—у которыхъ черепныя кости представляютъ утолщеніе надкостницы или явленія *craniotabes*; послѣдній намъ приходилось рѣдко наблюдать, такъ что намъ думается, что онъ встрѣчается не такъ часто, какъ это принимаютъ. По мнѣнію *Steffen'a*, предрасполагающимъ условіемъ для судороги голосовой щели служитъ болѣзненно повышенная возбудимость нервной системы въ зависимости отъ общаго разстройства питанія. Вслѣд-

ствіе обезображенія грудной кѣтки дыханіе бываетъ поверхностнымъ и учащеннымъ; если правильный ходъ его нарушается подъ вліяніемъ какой-либо причины (крикъ, испугъ и проч.), то въ слѣдствіе увеличенной потребности въ дыханіи наступаетъ учащеніе сердечной дѣятельности и вмѣстѣ съ тѣмъ застойная гиперемія головного и продолговатаго мозга, что и содѣйствуетъ появленію приступа. По *Soltmann*'у, судорога голосовой щели происходитъ рефлекторно въ слѣдствіе раздраженія дыхательнаго и сосудодвигательнаго центровъ, т. е. продолговатаго мозга. *Betz* нашель при вскрытіи одного годовалаго ребенка между затылочною костью и первымъ шейнымъ позвонкомъ своего рода болтающійся суставъ, такъ что продолговатый мозгъ подвергался давленію.

Помимо рахита, важную роль въ происхожденіи судороги голосовой щели играютъ *рефлекторныя* раздраженія со стороны пищевыхъ путей. Прорѣзываніе зубовъ, хотя значеніе его зачастую и преувеличивается, составляетъ тѣмъ не менѣе важное условіе въ этиологическомъ отношеніи, равно какъ и *пищеварительныя расстройства*, особенно когда дѣтей во время отнятія отъ груди кормятъ трудноваримой пищей (*laryngospasmus ablactorum*). Далѣе, судорога голосовой щели наблюдается нерѣдко въ холодное время года, такъ что въ происхожденіи ея играютъ, вѣроятно, роль и катарры верхнихъ дыхательныхъ путей. Душевные волненія, напр. испугъ, плачь и проч., тоже нерѣдко вызываютъ приступъ.

Въ послѣднее время *Pott* снова выступилъ въ пользу оставленнаго многими взгляда, что судорога голосовой щели происходитъ подъ вліяніемъ увеличенія вилочковой железы (*thymus*).

„Увеличенная вилочковая железа лежитъ какъ разъ на мѣстѣ отхожденія большихъ сосудовъ, легочной артеріи и аорты, причемъ она закрываетъ и сдавливаетъ правое предсердіе и верхнія $\frac{2}{3}$ праваго желудка. Сердце находится, слѣдовательно, подъ извѣстнымъ давленіемъ, которое подъ вліяніемъ остраго припуханія железы можетъ увеличиться. Смерть при судорогѣ голосовой щели наступаетъ не отъ задушенія, а отъ внезапной остановки сердца“.

Дѣйствительно, на вскрытіи *Pott* находилъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, помимо пакетовъ творожисто-перерожденныхъ железъ, окружавшихъ дыхательное горло и оба большихъ бронха, значительную гипертрофію вилочковой железы, которая подчасъ была также сращена съ сердечной сорочкой.

Хотя *Bednar* и *Friedleben* старались опровергнуть взглядъ *Pott*'а, тѣмъ не менѣе нельзя оспаривать, что при запрокидываніи головы увеличенная вилочковая железа въ слѣдствіе давленія можетъ иногда вызывать раздраженіе возвратныхъ нервовъ. Далѣе, *Grawitz* показаль, что железа эта, помѣщаемая между грудиной и дыхательнымъ горломъ, можетъ иногда обусловить внезапный перегибъ послѣдняго и повести такимъ образомъ къ смерти.

Симптомы. Внезапно, безъ видимыхъ внѣшнихъ поводовъ, даже во

снѣ или при пробужденіи, чаще при душевныхъ волненіяхъ, наступаетъ, послѣ одного или нѣсколькихъ *свистящихъ вдыханій*, *остановка дыханія* вслѣдствіе судорожнаго закрытія голосовой щели, которая въ легкихъ случаяхъ продолжается нѣсколько секундъ, а затѣмъ смѣняется нормальнымъ дыханіемъ, которому предшествуютъ нѣсколько свистящихъ вдоховъ. При болѣе сильныхъ *приступахъ* остановка дыханія продолжается дольше, до 2-хъ минутъ, ребенокъ испуганно и беспомощно озирается, запрокидывается назадъ и закатываетъ глаза кверху; зрачки расширяются, лицо блѣднѣетъ, около крыльевъ носа и рта появляется синева, конечности выпрямляются, руки сжимаются въ кулакъ, на лбу выступаетъ потъ. Мало по малу, если ребенокъ не погибаетъ отъ асфиксіи, появляются короткія, затрудненныя вдыханія, которыя принимаютъ болѣе громкій свистящій характеръ, и дыханіе, бывающее вначалѣ еще учащеннымъ, постепенно становится правильнымъ.

При неблагопріятномъ *исходѣ* спина сильно искривляется кзади дугой, въ лицевыхъ мышцахъ появляется нѣсколько молніеобразныхъ подергиваній и ребенокъ дѣлаетъ нѣсколько тщетныхъ вдоховъ, но не издаетъ при этомъ ни одного звука. Затѣмъ внезапно судорога ослабѣваетъ, лицо становится пепельно-сѣрымъ, синюха исчезаетъ и черезъ 1—2 мин. ребенокъ погибаетъ.

Сила приступовъ у различныхъ дѣтей неодинакова и можетъ рѣзко колебаться даже и у одного и того же ребенка; такъ, внезапно можетъ наступить очень сильный, даже смертельный приступъ, хотя бы раньше остановка дыханія всегда скоро проходила. Какъ уже сказано, судорога можетъ распространяться на грудныя и глазныя мышцы, а также сгибающія мышцы ручныхъ и ножныхъ пальцевъ и предплечій. Далѣе, можетъ присоединиться сведеніе жевательныхъ и височныхъ мышцъ, такъ что картина напоминаетъ *экламптическій* приступъ, тѣмъ болѣе, что въ тяжелыхъ случаяхъ существуетъ и потеря сознанія. *Pott* считаетъ даже судорогу голосовой щели за невыраженную форму эклампсіи. Судорога голосовой щели можетъ иногда чередоваться также съ экламптическими приступами. Такъ, на 61 случай *Henoch* наблюдалъ сочетаніе и тѣхъ и другихъ приступовъ въ 42 случаяхъ, но, повидимому, такая частота экламптическихъ приступовъ наблюдается только въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ; по крайней мѣрѣ, у моихъ больныхъ экламптическіе приступы были только въ $\frac{1}{4}$ случаевъ.

Число приступовъ можетъ составлять отъ 3—4 въ день до 30, и больше. Въ одномъ изъ моихъ случаевъ они повторялись приблизительно черезъ каждые $\frac{1}{2}$ часа; въ 2-хъ другихъ случаяхъ приступы наступали преимущественно ночью или днемъ во время сна.

Распознаваніе. Смѣшать судорогу голосовой щели съ *крупомъ* едва ли возможно, въ виду свободныхъ промежутковъ, чистоты голоса, отсутствія кашля и безлихорадочнаго теченія; *обоюдосторонній параличъ задней перстной-черпаловидной мышцы* сопровождается *постояннымъ*

затрудненіемъ дыханія, которое при физическихъ напряженіяхъ усиливается, между тѣмъ какъ при судорогѣ голосовой щели совершенно свободное дыханіе время отъ времени прерывается приступами остановки дыханія. При внезапномъ наступленіи судороги голосовой щели у дѣтей до этого здоровыхъ нужно имѣть въ виду, не попало-ли въ гортань какое нибудь *инородное тѣло*, такъ какъ, разъ оно подвижно, можетъ появиться судорога голосовой щели.

Предсказаніе. Съ улучшеніемъ общаго состоянія, въ особенности рахита, приступы прекращаются. Въ виду этого предсказаніе въ общемъ благопріятно. Рѣдко наступаетъ смерть, и притомъ либо отъ задушенія, либо отъ паралича сердца или во время экламптического приступа.

Впрочемъ, *Soltmann* наблюдалъ смертельный исходъ на 425 случаевъ въ 48, *Pott* на 176 въ 18, что составляетъ 10—11%. Смертельный приступъ часто наступалъ при введеніи въ ротъ шпателя.

Леченіе. Главное вниманіе нужно обратить на устраненіе рахита (соленыя ванны, желѣзо, рыбій жиръ, чистый воздухъ и проч.), далѣе, необходимо принять мѣры противъ бывающихъ нерѣдко пищеварительныхъ расстройствъ, катарра верхнихъ дыхательныхъ путей и проч. Противъ приступовъ можно испробовать бромистый калий, хлораль-гидратъ, мускусъ; когда приступы повторяются очень часто, *Henoch* совѣтуетъ давать морфій (0,01—0,03 : 50,0, по чайной ложкѣ 2—3 раза въ день).

При тяжеломъ приступѣ, угрожающемъ асфиксіей, нужно ввести катетеръ въ дыхательное горло или сдѣлать интубацію, resp. искусственное дыханіе, а также примѣнить электризацію грудобрюшнаго нерва, либо сдѣлать трахеотомию.

Къ сожалѣнію, всѣ эти мѣры большею частью ни къ чему не ведутъ, такъ какъ, разъ дыханіе уже остановилось, то его обыкновенно не удастся возстановить.

Löwi описываетъ еще *клоническую судорогу голосовой щели*, которая встрѣчается у новорожденныхъ и грудныхъ дѣтей, обыкновенно плохо упитанныхъ, и начинается обыкновенно сейчасъ или черезъ нѣсколько дней послѣ рожденія.

Thomson объясняетъ подобную судорогу расстройствомъ координаціоннаго прибора, который регулируетъ взаимодействие дыхательныхъ мышцъ, съ одной, и гортанныхъ мышцъ, съ другой стороны; расстройство это обуславливается, вѣроятно, недостаточнымъ развитіемъ корковыхъ мозговыхъ центровъ. Въ случаѣ *Avellis'a*, какъ и въ случаяхъ *Rehn'a*, *König'a* и *Glöckler'a*, было найдено увеличеніе вилочковой железы.

При каждомъ дыханіи ребенка слышится короткій *хлопающій звукъ*, который совпадаетъ съ концомъ вдоха. По прошествіи 2—3—6 мѣсяцевъ звукъ этотъ на болѣе или менѣе продолжительное время исчезаетъ, но затѣмъ онъ время отъ времени снова появляется. Что при этомъ, дѣйствительно, имѣется дѣло съ клонической судорогой голосовой щели, въ

этомъ можно убѣдиться при изслѣдованіи гортаннымъ зеркаломъ: подъ конецъ вдоха голосовыя связки сразу сближаются и остаются въ такомъ положеніи приблизительно въ теченіе одной секунды, а затѣмъ при началѣ выдоха онѣ опять быстро расходятся.

Распознаваніе. Клоническую судорогу голосовой щели можно смѣшать развѣ только съ *икотой*; послѣдняя, однако, появляется отнюдь не при всякомъ вдыханіи, а повторяется только 1—2, рѣдко 4—5 разъ въ минуту, причѣмъ въ надчревной области замѣчается судорожное сокращеніе грудобрюшной преграды, чего при клонической судорогѣ голосовой щели не бываетъ. Синюхи, какъ при описанной выше тонической судорогѣ голосовой щели, никогда не наблюдается, равно какъ не бываетъ также экламптическихъ или столбнячныхъ судорогъ. Наконецъ, при этомъ не наблюдается остановки дыханія и приступа въ собственномъ смыслѣ слова.

Предсказаніе вполне благоприятно, такъ какъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, рѣдко черезъ годъ или позже, болѣзнь сама собою проходитъ.

Леченія почти никакого не требуется; у плохо упитанныхъ дѣтей нужно позаботиться о поднятіи питанія.

в) Судорога голосовой щели у взрослыхъ.

Этіологія. Судорога голосовой щели, помимо случаевъ, когда она наступаетъ подъ вліяніемъ раздраженія слизистой оболочки при мѣстномъ леченіи болѣзней гортани или при поперхиваніи (какъ это часто бываетъ при бугорковомъ или сифилитическомъ пропитываніи входа въ гортань), наблюдается у взрослыхъ сравнительно рѣдко. Одною изъ наиболѣе частыхъ причинъ ея является истерія.

Bresgen и *Grossmann* описали по одному случаю, въ которыхъ судорога голосовой щели была вызвана давленіемъ аневризмы аорты на возвратный нервъ; точно такъ же и всякій другой процессъ, напр. опухоль и проч., можетъ обусловить приступъ при умѣренномъ прижатіи нерва, не прерывающемъ проводимости его. При этомъ прижатіе бываетъ зачастую не постояннымъ, а происходитъ только при извѣстныхъ положеніяхъ тѣла (бронхоэктазія, зобъ). Подвижные полипы гортани, проходящіе подъ вліяніемъ струи вдыхаемаго воздуха въ соприкосновеніе съ голосовыми связками, тоже могутъ вызвать судорогу голосовой щели. Далѣе, она наблюдалась при различнаго рода суженіяхъ носовыхъ ходовъ; хроническій фарингитъ и другія заболѣванія глотки тоже подчасъ вызываютъ отраженнымъ путемъ судорогу голосовой щели.

Иногда судорога голосовой щели наблюдается при эпилепсіи, хорей, столбнякѣ, собачьемъ бѣшенствѣ, а также спинной сухоткѣ (*crises laryngées*), при которой гармонія двигательной иннервации можетъ быть до такой степени нарушена подъ вліяніемъ склеротическаго процесса, что уже подъ вліяніемъ незначительныхъ рефлекторныхъ раздраженій наступаетъ судорожное закрытіе голосовой щели (*Gieson*).

Въ позднѣйшихъ ступеняхъ обоюдосторонняго паралича задней перстне-черпаловидной мышцы, при которомъ обѣ голосовыя связки сближены между собою, наступаетъ иногда, особенно подѣ вліяніемъ физическихъ напряженій и душевныхъ волненій, судорога голосовой щели, которая хотя и непродолжительна, но зато иногда болѣе или менѣе часто повторяется.

J. Salinger наблюдалъ въ одномъ случаѣ судорогу голосовой щели послѣ приѣма 0,3 антипирина.

Симптомы. Приступъ наступаетъ зачастую ночью во время сна, причѣмъ у больныхъ, которые внезапно просыпаются, наблюдается затрудненное, свистящее вдыханіе, за которымъ слѣдуетъ остановка дыханія, продолжающаяся обыкновенно лишь нѣсколько секундъ; иногда въ ту же ночь наступаетъ еще второй приступъ, но *никогда* при этомъ не бываетъ такого *периодическаго повторенія* приступовъ, какъ при судорогѣ голосовой щели у дѣтей. Въ то время, какъ подобные ночные приступы обыкновенно вызываются рефлекторно заболѣваніями верхнихъ дыхательныхъ путей, приступы, появляющіеся въ теченіе дня, большею частью обуславливаются пораженіемъ или прижатіемъ возвратнаго нерва. *Crises laryngées* у спинносухоточныхъ наступаютъ часто подѣ вліяніемъ кашля. Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ приступы бываютъ столь тяжелыми и опасными, какъ у дѣтей.

Распознаваніе судороги голосовой щели можетъ быть поставлено уже на основаніи самаго характера приступа. Главная задача состоитъ въ томъ, чтобы опредѣлить причину. Съ этою цѣлью необходимо тщательно изслѣдовать носъ, глотку и вообще весь дыхательный приборъ, гср. выяснитъ, не имѣется-ли какого либо страданія нервной системы. Въ рѣдкихъ случаяхъ *crises laryngées* предшествуютъ другимъ характернымъ явленіямъ спинной сухотки, большею частью же они наступаютъ въ болѣе позднихъ ступеняхъ болѣзни. Изслѣдованіе гортаннымъ зеркаломъ указываетъ, съ чѣмъ имѣется дѣло, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ выясняетъ также и причину двигательнаго разстройства голосовыхъ связокъ.

Предсказаніе благоприятнѣе, нежели у дѣтей, но зависитъ, конечно, отъ причины, вызывающей судорогу голосовой щели.

Леченіе. Постоянная чрезмѣрно повышенная чувствительность слизистой оболочки гортани лучше всего устраняется значительными и постепенно возрастающими приѣмами бромистаго калия; кромѣ того, полезны холодныя ванны, движенія на воздухѣ, гимнастика и другія укрѣпляющія мѣры. Если приступы обусловлены заболѣваніями слизистой оболочки верхнихъ дыхательныхъ путей, то ихъ нужно, конечно, лечить соотвѣтственнымъ образомъ (удаленіе полиповъ носа, утолщеній на носовой перегородкѣ, прижиганіе гипертрофированной слизистой оболочки глотки и проч.). Коль скоро приступъ принимаетъ угрожающіе размѣры, какъ это наблюдалось мною у двухъ истерическихъ больныхъ, то необходимо сдѣлать интубацію или трахеотомию.

Между тѣмъ какъ при судорогѣ голосовой щели разстройство дыханія замѣчается во время *вдыханія*, при другихъ формахъ разстройства координаціи оно существуетъ во время *выдыханія*.

2) Горланное головокруженіе. *Ictus s. vertigo laryngis*.

Подъ именемъ горланнаго головокруженія (*vertige laryngée*) *Charcot* описалъ особую форму судороги гортани, которая сопровождается головокруженіемъ и потерей сознанія.

Симптомы. Больной—почти исключительно дѣло идетъ о мужчинахъ,—чувствующій себя въ другихъ отношеніяхъ здоровымъ, внезапно ощущаетъ либо щекотаніе въ горлѣ, которое вызываетъ у него легкій или мучительный кашель, либо жженіе или спираніе, вслѣдъ затѣмъ у него становится темно въ глазахъ, онъ чувствуетъ головокруженіе и падаетъ безъ сознанія, причемъ еще бываетъ блѣднымъ и представляетъ иногда подергиванія; черезъ нѣсколько секундъ сознаніе восстанавливается. Въ болѣе легкихъ случаяхъ сознаніе все время сохранено и появляется только головокруженіе и потемнѣніе въ глазахъ. Спустя большій или меньшій промежутокъ приступъ, безъ видимой причины, опять повторяется. Нерѣдко, однако, имѣется дѣло съ нервными лицами, у которыхъ приступъ наступаетъ подъ вліяніемъ душевнаго волненія.

Мс. Bride объясняетъ этотъ симптомокомплексъ слѣдующимъ образомъ: послѣ глубокаго вдыханія голосовая щель при кашлѣ совершенно закрывается; повышенное внутригрудное давленіе вызываетъ обморокъ или склонность къ нему; вслѣдъ затѣмъ судорога голосовой щели проходитъ и приступъ кончается.

Распознаваніе не представляетъ никакихъ затрудненій, такъ какъ первоначальное ощущеніе въ гортани и кашель исключаютъ возможность смѣшиванія съ эпилептическимъ голокруженіемъ (*petit mal*) и горланными кризами.

Предсказаніе благоприятно, хотя *Hugain* и *Schadewaldt* и описали по одному случаю съ смертельнымъ исходомъ.

Леченіе. Даютъ бромистый калий и другія нервныя средства. При наличности неврастеніи необходимо лечить послѣднюю.

У одного больного съ *собачьимъ бѣшенствомъ*, у котораго во время ларингоскопическаго изслѣдованія появилась судорога гортани, *Pitt*, вмѣсто ожидаемаго закрытія голосовой щели, наблюдалъ сильное расхожденіе голосовыхъ связокъ, которыя оставались въ такомъ положеніи нѣсколько секундъ. Въ данномъ случаѣ, какъ онъ думаетъ, имѣлось дѣло съ *судорогой мышцъ, расширяющихъ голосовую щель*.

По поводу этого случая *F. Semon* указываетъ на то, что *дыхательная судорога* при собачьемъ бѣшенствѣ бываетъ *инспираторной*. Наблюдаемое при ларингоскопированіи расхожденіе голосовыхъ связокъ объясняется, по его мнѣнію, тѣмъ, что при сильномъ возбужденіи дыха-

тельного центра тоническіе инспираторные импульсы передаются находящимся въ тѣсной связи съ нимъ гангліознымъ центрамъ расширителей голосовой щели, вслѣдствіе чего наступаетъ продолжающееся нѣсколько секундъ судорожное сокращеніе заднихъ перстно-черпаловидныхъ мышцъ.

3) Нервный кашель.

Подъ нервнымъ гортаннымъ кашлемъ разумѣютъ такой, который зависитъ не отъ заболѣванія гортани, а либо отъ рефлекторнаго раздраженія, передающагося съ периферіи черезъ верхній гортанный нервъ или другимъ путемъ, либо отъ повышенной рефлекторной возбудимости центрального нервнаго аппарата (*Schrötter*).

Этіологія. Къ наиболѣе частымъ причинамъ *повышенной рефлекторной возбудимости* принадлежатъ страданія матки, малокровіе и хлорозъ; далѣе, послѣ катарральныхъ заболѣваній верхнихъ дыхательныхъ путей можетъ остаться повышенная рефлекторная возбудимость периферическихъ проводящихъ путей или кашлевого центра; затѣмъ подобно другимъ неврозамъ, и нервный кашель можетъ быть вызванъ заболѣваніями носа, глотки и уха, подчасъ также раздраженіемъ кожныхъ нервовъ (*Leyden, Strübing, Bresgen*), или со стороны селезенки, печени, желудка, кишекъ, мочевого пузыря и мужскихъ половыхъ органовъ. Непосредственное раздраженіе блуждающаго нерва железами при бугорчаткѣ бронхіальныхъ железъ у дѣтей, опухолями, зобомъ, глубокими нарывами на шеѣ, а также прижатіе его аневризмой аорты тоже могутъ обуславливать кашель. Центрального происхожденія кашель можетъ наблюдаться при спинной сухоткѣ, эпилепсіи, истеріи. Наконецъ, причиною нервнаго кашля могутъ быть половыя возбужденія и онанизмъ.

Нервный кашель наблюдается преимущественно въ *періодъ половой зрѣлости* и притомъ чаще у *женщинъ*, нежели у мужчинъ.

Симптомы. Кашель наступаетъ обыкновенно *приступами*, причемъ ему предшествуетъ болшею частью щекотаніе или другое раздражающее ощущеніе въ горлѣ. Приступы бываютъ либо легкими, либо настолько тяжелыми, что кашель принимаетъ крайне мучительный характеръ и напоминаетъ приступы коклюша, причемъ, наряду съ синюхой лица, могутъ наблюдаться головокруженіе, рвота и кровоизліянія на голосовыхъ связкахъ. Кашель бываетъ то звучнымъ и рѣзкимъ, то грубымъ и лающимъ; выдѣленія мокроты обыкновенно не наблюдается.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ существуетъ, напротивъ, постоянное покашливаніе или почти непрерывный *кашель*, который отличается совершенно особымъ, „нерѣдко почти музыкальнымъ характеромъ, напр., на подобіе пожарнаго сигнала“ (*Schrötter*), причемъ болшой не въ состояніи вполнѣ подавить его. Подобный кашель, часто встрѣчающійся у мальчиковъ въ возрастѣ 8—14 лѣтъ, *Schrötter* называетъ *chorea laryngis* въ виду того, что приступы кашля *прекращаются во время сна*, подчасъ также усиливаются, когда больные чувствуютъ, что

за ними наблюдаютъ, и, кромѣ того, сопровождаются, своеобразными сокращеніями другихъ мышечныхъ группъ; наконецъ, иногда такіе приступы кашля предшествуютъ или слѣдуютъ за обыкновенной формой хорея.

Большинство больныхъ чувствуютъ себя при этомъ вполне хорошо; если имъ удастся на нѣкоторое время подавить кашель, то послѣдующіе приступы бываютъ гораздо сильнѣе.

Распознаваніе основывается на своеобразномъ характерѣ кашля при отсутствіи какихъ либо измѣненій со стороны дыхательныхъ путей.

Предсказаніе находится въ зависимости отъ причины; наиболѣе благоприятно оно при нервномъ кашлѣ послѣ предшествовавшихъ катарровъ. Возвраты особенно послѣ душевныхъ волненій и при плохомъ общемъ состояніи наблюдаются нерѣдко.

Леченіе должно быть направлено противъ причины. Очень хорошіе результаты даетъ иногда воздѣйствіе на психику; кромѣ того, полезенъ бромистый калий. При *chorea laryngis Schrötter* получалъ хорошіе результаты отъ большихъ приемовъ хинина и тепловатыхъ ваннъ съ холодными обливаніями головы и спины.

При сочетанной дѣятельности нѣсколькихъ мышцъ одна или нѣсколько изъ нихъ берутъ иногда перевѣсъ надъ другими, послѣдствіемъ чего бываетъ произвольное, неправильное движеніе, т. е. происходитъ *разстройство сочетанія*. Сюда относятся:

4) Фонаторная судорога голосовой щели,

т. е. судорога голосовой щели, которая наступаетъ при попыткахъ говорить.

Этіологія. Форма эта наблюдается преимущественно при истеріи, далѣе, при множественномъ склерозѣ (*Krause*), нерѣдко у проповѣдниковъ (*Semon*), а также рефлекторно при гипертрофическомъ катаррѣ носа.

Симптомы. Какъ только больные собираются говорить, *голосовыя связки судорожно сближаются*; въ слѣдствіе этого больные не въ состояніи произносить слова обычнымъ образомъ, а, напротивъ, слышится неопредѣленный выдыхательный шумъ или звукъ, либо въ менѣ тяжелыхъ случаяхъ глухо произнесенное слово, а затѣмъ наступаетъ болѣе или менѣ длинная пауза, во время которой больные съ большимъ усиленіемъ стараются выговорить слѣдующее слово. При этомъ *лицо сильно краснѣетъ* или синѣетъ, даже тогда, когда больные стараются говорить шепотомъ.

Коль скоро больные прекращаютъ попытку говорить, дыханіе опять происходитъ вполне свободно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ фонаторная судорога голосовой щели сочетается съ инспираторной (см. ниже).

При изслѣдованіи зеркаломъ видно, что при попыткахъ издать звукъ обѣ голосовыя связки плотно прилегаютъ другъ къ другу, такъ что между

ними не остается линейной щели; въ другихъ случаяхъ верхушки обоихъ голосовыхъ отростковъ сближаются между собою, но голосовая щель остается открытою, такъ что выдыхаемый воздухъ свободно проходитъ, не будучи въ состояніи произвести звука. Во время дыханія, напротивъ, не наблюдается никакихъ отклоненій отъ нормы (*Schrötter*). Такимъ образомъ дѣло идетъ о разстройствѣ сочетанія не только въ центрахъ для гортани, но и для всего дыхательнаго прибора. *Landgraf* наблюдалъ во время приступа судорогу грудобрюшной преграды.

Распознаваніе легко, разъ мы видимъ, что больной, несмотря на громадныя усилія, не въ состояніи *выговорить* желаемого слова и что при этомъ наступаетъ краснота или *синюха* лица, которая сейчасъ же проходитъ, какъ только больной прекращаетъ попытку говорить.

Предсказаніе неблагоприятно, такъ какъ страданіе это обыкновенно тянется долго. Въ общемъ, однако, предсказаніе зависитъ отъ основной болѣзни.

Леченіе должно быть направлено прежде всего противъ основнаго заболѣванія; необходимо испытать нервныя средства, водолеченіе, электричество и проч. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ получались хорошіе результаты отъ систематическихъ разговорныхъ упражненій.

5) Вдыхательная (инспираторная) судорога голосовой щели.

Она характеризуется тѣмъ, что голосовыя связки при вдыханіи, вмѣсто того, чтобы расходиться, сближаются между собою и обуславливаютъ закрытіе голосовой щели, такъ что хотя—въ отличіе отъ фонаторной судороги голосовой щели—звукообразование происходитъ правильно, но вдыханіе принимаетъ шумный характеръ и наступаетъ вдыхательная одышка.

Этіологія. Я наблюдалъ эту форму въ 2-хъ случаяхъ истеріи у женщинъ, *Krause* при множественномъ склерозѣ; сравнительно нерѣдко она наблюдается при параличѣ задней перстне-черпаловидной мышцы. Когда больные, при попыткѣ сдѣлать вдыханіе, хотятъ привести въ дѣйствіе расширители голосовой щели, то происходитъ „центральная иррадіація волевого импульса“ (*Nothnagel*) и вмѣсто заднихъ перстне-черпаловидныхъ мышцъ приходятъ въ дѣйствіе непарализованные антагонисты, суживатели, такъ что вмѣсто раскрытія голосовой щели происходитъ закрытіе ея. Съ этимъ явленіемъ не слѣдуетъ смѣшивать присасываніе голосовыхъ связокъ (см. параличъ задней перстне-черпаловидной мышцы), которое представляетъ пассивное движеніе, между тѣмъ какъ въ данномъ случаѣ имѣется дѣло съ активнымъ движеніемъ, съ судорогой.

Форма эта встрѣчается, впрочемъ, и у вполне здоровыхъ лицъ, какъ показываютъ случаи, описанные въ литературѣ. Подчасъ она наблюдается также совмѣстно съ фонаторной судорогой голосовой щели. Иногда, особенно у боязливыхъ лицъ, которыя волнуются во время ларингоскопированія, приходится видѣть, что они, несмотря на повторную просьбу

дышать глубоко и спокойно, не въ состояніи этого сдѣлать; вмѣсто того, чтобы расходиться, голосовыя связки остаются у нихъ плотно сближенными, пока извѣстное стѣсненіе дыханія не вызоветъ раскрытія голосовой щели.

Симптомы. Между тѣмъ какъ *фонація*, какъ уже сказано, происходитъ вполне *нормально*, *вдыханіе*, напротивъ, *затруднено*, и притомъ особенно при тѣлесныхъ напряженіяхъ; въ тяжелыхъ случаяхъ вдыханіе становится свистящимъ и появляется сильная одышка. Во время сна одышки обыкновенно не бываетъ; въ одномъ изъ моихъ случаевъ, однако, и ночью наступали приступы удушья.

При изслѣдованіи зеркаломъ видно, что при вдыханіи голосовыя связки сближаются между собою до трупнаго положенія, обыкновенно же до положенія, какъ при фонаціи, или же до полного закрытія голосовой щели.

Распознаваніе, въ виду изложеннаго, не представляетъ никакихъ затрудненій, особенно при изслѣдованіи зеркаломъ.

Предсказаніе сомнительно, такъ какъ большею частью имѣется дѣло съ длительнымъ страданіемъ; иногда бываетъ необходима трахеотомія. Въ болѣе свѣжихъ случаяхъ возможно излеченіе.

Леченіе то же, какъ и при фонаторной судорогѣ голосовой щели. Въ одномъ изъ моихъ случаевъ наступило излеченіе послѣ интубаціи, примененной въ продолженіе 5 дней.

Помимо описанныхъ, встрѣчаются еще нѣкоторыя **другія координаторныя разстройства.**

1) У *боязливыхъ больныхъ*, которые волнуются во время ларингоскопическаго изслѣдованія, наблюдается иногда, кромѣ упомянутой уже дыхательной судороги голосовой щели, недостаточное расхожденіе голосовыхъ связокъ во время выдыханія или неравномѣрная подвижность ихъ. При повторномъ изслѣдованіи подобныя отклоненія исчезаютъ.

2) Въ одномъ случаѣ *дрожательнаго паралича* (*paralysis agitans*) я наблюдалъ, наряду съ выпрямленіемъ и наклоненіемъ надгортанника, сопровождавшимся хлопающимъ звукомъ, во время фонаціи дрожаніе голосовыхъ связокъ и попеременное напряженіе и расслабленіе ихъ, совпадавшія по времени съ дрожательными движеніями другихъ частей тѣла. При дыханіи голосовыя связки время отъ времени (3—6 разъ) ритмически сближались между собою приблизительно до трупнаго положенія, рѣдко до положенія, какъ при фонаціи.

3) У одной больной съ истеріей *Baginski* наблюдалъ клоническую судорогу голосовыхъ связокъ (*нистагмъ голосовыхъ связокъ*), которая выражалась въ томъ, что, обыкновенно подъ конецъ выдыханія, въ голосовыхъ связкахъ и черпаловидныхъ хрящахъ появлялись правильныя колебательныя движенія (около 50 въ минуту), причѣмъ связки сближались между собою почти до трупнаго положенія.

4) При *множественномъ склерозѣ* замѣчается замедленная под-

вижность голосовыхъ связокъ; „при этомъ имѣется дѣло съ затрудненной и замедленной передачей двигательныхъ импульсовъ на мышцы дыхательныхъ органовъ, гортани (и языка) и требуется болѣе сильная иннервація, которая отчасти, вѣроятно, передается по боковымъ путямъ“ (*Kussmaul*). Замедленную подвижностью голосовыхъ связокъ *Gottstein* объясняетъ скандированную и монотонную рѣчь.

Въ одномъ случаѣ множественнаго склероза, который мнѣ пришлось наблюдать, замѣчалось, помимо недостаточнаго напряженія голосовыхъ связокъ, судорожное подергиваніе ихъ, такъ называемое интенціонное дрожаніе, которое обнаруживалось особенно рѣзко, когда больного заставляли долго тянуть какой-нибудь звукъ. Повременамъ наблюдались еще визгливыя вдыханія, а также переломъ голоса, какъ результатъ спазмовъ.

5) При *эпидемическомъ цереброспинальномъ менингитѣ Orreheim* наблюдалъ въ одномъ случаѣ, наряду съ постоянными неправильными подергиваніями лица, непрерывныя и совпадавшія по времени сокращенія небной занавѣски и голосовыхъ связокъ, до 80 разъ въ минуту.

6) При *спинной сухоткѣ Krause* наблюдалъ *атаксію голосовыхъ связокъ*, которая выражалась въ томъ, что въ связкахъ происходили толчкообразныя движенія, причемъ онѣ нѣкоторое время оставались въ полусближенномъ положеніи.

7) Въ одномъ случаѣ *нарастающей мышечной атрофіи*, которая замѣчательнымъ образомъ началась съ лицевыхъ, ротовыхъ, глоточныхъ и гортанныхъ мышцъ, *Bruns* наблюдалъ, что при фонаціи голосовая щель никогда не закрывалась; голосовыя связки сближались самое большое до разстоянія въ 3—4 мм., причемъ въ нихъ происходили рѣзкія колебательныя движенія. У больного былъ „глухой, такъ назыв. гробовой голосъ“.

2. Гипокинетическія двигательныя разстройства гортани. : Параличи.

Этіологія. Параличи завязятъ либо отъ заболѣванія мышцъ (*параличи мышечнаго происхожденія*), либо отъ пораженія возвратнаго нерва или корешковъ его (*параличи нервнаго происхожденія*).

Перваго рода параличи встрѣчаются какъ *сопутствующее явленіе* при остромъ и хроническомъ катаррѣ или могутъ завязѣть также отъ переутомленія голоса. Параличи отдѣльныхъ мышцъ при сифилисѣ и бугорчаткѣ, а также другихъ болѣзняхъ, какъ, напр., хлорозъ, малокровіе, малярія и проч., тоже завязятъ отъ слабости мускулатуры, вызванной общею болѣзнью. Если въ самой мышцѣ происходятъ воспалительныя измѣненія, какъ это обыкновенно бываетъ при болѣе глубокихъ пораженіяхъ слизистой оболочки, или если въ ней развивается опухоль, гумма, либо въ нее ввѣдрились, напр., трихины (*Navratil*), то дѣятельность ея,

разумѣется, тоже нарушается. У одного врача я наблюдалъ послѣ каждой простуды парезъ внутреннихъ щито-черпаловидныхъ мышцъ при отсутствіи какихъ-либо воспалительныхъ явленій въ гортани; при щажениі голоса парезъ черезъ 1—2 дня обыкновенно проходилъ (*ревматическій параличъ*).

Нервные параличи могутъ зависѣть отъ различныхъ пораженій либо въ области корешковъ двигательныхъ гортанныхъ нервовъ, либо на протяженіи самихъ нервовъ. Очень рѣдко имѣется дѣло съ *центральными параличами* вслѣдствіе пораженія ядеръ или корешковъ блуждающаго и добавочнаго нервовъ, чаще встрѣчаются *периферическіе параличи* вслѣдствіе пораженія упомянутыхъ нервовъ или отходящихъ отъ нихъ верхняго и нижняго гортанныхъ нервовъ.

Параличи *центрального происхожденія* наблюдаются при спинной сухоткѣ, при которой раннимъ явленіемъ бываетъ нерѣдко параличъ голосовыхъ связокъ (рѣдко, какъ это наблюдалось, между прочимъ, и мною въ одномъ случаѣ, онъ можетъ быть первымъ явленіемъ), далѣе, при множественномъ склерозѣ, бульбарномъ параличѣ, нарастающей мышечной атрофіи, мозговомъ сифилисѣ, опухоляхъ мозга, особенно на основаніи черепа, гдѣ онѣ сдавливаютъ п. *vago-accessorius* на мѣстѣ *foram. lacerum*, наконецъ, очень рѣдко при кровоизліяніи въ мозгъ и истеріи.

Что касается *периферическихъ параличей*, то они могутъ быть вызваны поврежденіемъ блуждающаго нерва подъ мѣстомъ отхожденія верхняго гортаннаго нерва, напр. при вылущеніи высоко сидящихъ опухолей, какъ я наблюдалъ это въ одномъ случаѣ, при перевязкѣ сонной артеріи и проч. Далѣе, блуждающій нервъ можетъ подвергаться прижатію при аневризмѣ сонной артеріи (*Maskenzie*), злокачественныхъ опухоляхъ на шеѣ, опухоляхъ средостѣнія, зобахъ, флегмонахъ шеи, опуханіяхъ лимфатическихъ железъ. Въ одномъ наблюдавшемся мною случаѣ параличъ возвратнаго нерва наступилъ непосредственно послѣ вылущенія бугорчатыхъ железъ у внутренняго края грудино-ключично-сосковой мышцы, очевидно вслѣдствіе того, что былъ поврежденъ самый нервъ.

Такъ какъ лѣвый возвратный нервъ на своемъ дальнѣйшемъ пути обгибаетъ дугу аорты (см. рис. 25), то аневризмы ея могутъ вызвать прижатіе нерва и, слѣдовательно, параличъ лѣвой голосовой связки; напротивъ, правый возвратный нервъ, какъ извѣстно, обгибаетъ подключичную артерію и на нѣкоторомъ протяженіи проходитъ вблизи верхушки праваго легкаго, такъ что аневризмы безыменной или подключичной артеріи, либо плевритическія утолщенія на мѣстѣ правой легочной верхушки, встрѣчающіяся нерѣдко при бугорчаткѣ, могутъ вызвать параличъ правой голосовой связки. На своемъ дальнѣйшемъ пути оба нерва проходятъ вблизи щитовидной железы и направляются между дыхательнымъ горломъ и пищеводомъ кверху, такъ что зобы, новообразованія, особенно ракъ пищевода, или опухоли дыхательнаго горла, увеличенныя бронхиальныя железы и проч. могутъ вызвать прижатія нерва. Далѣе, параличи

возвратнаго нерва наблюдались при перикардитѣ (*Landgraf*) и хроническомъ алкоголизмѣ, наконецъ, возможно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ они бывають также простуднаго происхожденія.

Параличи голосовыхъ связокъ могутъ встрѣчаться и при нѣкоторыхъ *заразныхъ болѣзняхъ*, какъ, напр., дифтерія, рѣже брюшной тифъ, инфлюэнца, рожа, холера (*Gottstein*).

Наконецъ, проводимость нерва можетъ быть иногда *рефлекторно* нарушена при гиперплазии глоточной и небной миндалинъ, а также при другихъ заболѣваніяхъ глотки.

Периферическіе параличи верхняго гортаннаго нерва встрѣчаются почти исключительно только послѣ дифтеріи; въ одномъ случаѣ *MacKenzie* подобный параличъ былъ вызванъ увеличеніемъ железъ и воспаленіемъ подкожной клѣтчатки подъ угломъ нижней челюсти.

Подобно другимъ заболѣваніямъ гортани, и параличи встрѣчаются чаще у *мужчинъ*, нежели у женщинъ, у которыхъ наблюдается преобладаніе лишь въ отношеніи истерическихъ параличей. Наибольшій контингентъ больныхъ приходится на средній возрастъ. Въ моихъ случаяхъ отношеніе мужчинъ къ женщинамъ выражалось какъ 3 : 1; что касается возраста, то отношеніе между отдѣльными десятилѣтіями отъ 2-го до 8-го составляло 1 : 3 : 3 : 6,5 : 4,5 : 2,5 : 1.

Симптомы. Параличи мышечнаго происхожденія наблюдаются обыкновенно со стороны мышцъ, напрягающихъ голосовыя связки и закрывающихъ голосовую щель (*фонаторные параличи*), хотя нельзя отрицать также возможности подобнаго паралича мышцъ, расширяющихъ голосовую щель; съ другой стороны, само собою разумѣется, что дѣятельность фонаторныхъ мышцъ прекращается также при полномъ параличѣ возвратнаго нерва.

Однако въ виду того, что фонаторные параличи, за исключеніемъ истерическихъ, бывають вызваны исключительно заболѣваніемъ мышцъ, то мы сохранимъ подраздѣленіе параличей на мышечные и нервные, изъ коихъ послѣдніе, какъ уже сказано, зависятъ отъ пораженія возвратнаго нерва или корешковъ его.

А. Параличи мышечнаго происхожденія.

1. *Параличъ напрягателей голосовыхъ связокъ*, т. е. перстнещитовидной мышцы (*m. crico-thyreoideus*), которая снабжается верхнимъ гортаннымъ нервомъ; возможно, что къ ней направляются также волокна возвратнаго нерва, такъ какъ при чистомъ параличѣ возвратнаго нерва безъ участія верхняго гортаннаго нерва наблюдалась атрофія перстнещитовидной мышцы.

Параличъ верхняго гортаннаго нерва, отъ котораго отходятъ также двигательныя волокна къ мышцамъ, наклоняющимъ надгортаникъ, встрѣчается, во всякомъ случаѣ, очень рѣдко. При этомъ, наряду съ нечувствительностью слизистой оболочки гортани, должно происходить,

вслѣдствіе отвѣснаго положенія надгортанника, недостаточное закрытіе гортани при глотаніи, такъ что часть пищи будетъ попадать въ гортань; съ другой стороны, такъ какъ вслѣдствіе потери чувствительности не наступаетъ рефлекторнаго кашля, то частички пищи могутъ переходить въ дыхательное горло или даже въ легкія.

Параличъ самой *перстне-щитовидной мышцы* тоже встрѣчается очень рѣдко и вызываетъ разстройство голоса, которое выражается охрипlostью, слабостью голоса и невозможностью издавать высокіе звуки.

При изслѣдованіи зеркаломъ находятъ, что при одностороннемъ параличѣ мышцы соотвѣтственная голосовая связка, вслѣдствіе недостаточнаго напряженія ея, расположена ниже (*Riegel*). По мнѣнію *Jurasz'a*, всѣ случаи афоніи, при которыхъ происходитъ нормальное закрытіе голосовой щели, но безъ вибраціи голосовыхъ связокъ, объясняются параличемъ перстне-щитовидныхъ мышцъ.

2. *Параличъ мышцъ, закрывающихъ голосовую щель*, т. е. боковыхъ перстне-черпаловидныхъ, поперечной черпаловидной и внутреннихъ щито-черпаловидныхъ. Обыкновенно наблюдается параличъ каждой изъ этихъ мышцъ въ отдѣльности или нѣсколькихъ одновременно, очень рѣдко всѣхъ вмѣстѣ.

1) *Параличъ боковыхъ перстне-черпаловидныхъ мышцъ* (*mm. crico-arytaenoid. later.*) встрѣчается очень рѣдко и выражается незначительнымъ разстройствомъ голоса; при изслѣдованіи зеркаломъ замѣчается во время фонаціи зіяніе голосовой щели въ области верхушекъ голосовыхъ отростковъ. Обыкновенно параличъ этихъ мышцъ наблюдается одновременно съ параличемъ другихъ мышцъ, закрывающихъ голосовую щель.

2) *Параличъ поперечной черпаловидной мышцы* (*m. arytaenoid. transversus*) наблюдается обыкновенно при остромъ или также хроническомъ катаррѣ гортани.

Такъ какъ мышца эта, обхватывающая черпаловидные хрящи, при своемъ сокращеніи сближаетъ ихъ и такимъ образомъ закрываетъ хрящевую часть голосовой щели, то при параличѣ ея задняя часть голосовой щели остается открытою. Вслѣдствіе этого голосъ бываетъ хриплымъ.

При изслѣдованіи зеркаломъ находятъ, что голосовая щель въ связочной части закрыта, между тѣмъ какъ въ хрящевой части остается трехугольная щель, основаніе которой соотвѣтствуетъ задней стѣнкѣ гортани (рис. 159).

Нерѣдко парезъ этой мышцы сочетается съ:

3) *Параличемъ внутреннихъ щито-черпаловидныхъ мышцъ* (*mm. thyreo-arytaenoid. int.*), назначеніе которыхъ состоитъ въ томъ, чтобы сообщить голосовымъ связкамъ, сближеннымъ подъ вліяніемъ сокращенія упомянутыхъ выше мышцъ (1 и 2), необходимое напряженіе, такъ что связки, между которыми остается линейная щель, при фо-

націи приходятъ въ колебательныя движенія. Разъ мышцы эти парализованы, то голосовыя связки не совершаютъ уже колебаній, такъ какъ онѣ остаются ненапряженными. Голосъ становится нечистымъ, слабымъ, или же при обоюдостороннемъ параличѣ появляется афонія.

Параличъ этихъ мышцъ встрѣчается, помимо катарровъ гортани, также при истеріи и иногда при затянувшемся періодѣ перемѣны голоса.

При изслѣдованіи зеркаломъ замѣчается, что край парализованной голосовой связки оказывается не напряженнымъ и прямымъ, а вогнутымъ, особенно по срединѣ (рис. 160), такъ что при одностороннемъ параличѣ, который встрѣчается рѣже, рядомъ съ прямымъ краемъ здоровой связки виденъ овально вогнутый край парализованной связки. При обоюдостороннемъ параличѣ голосовая щель принимаетъ веретенообразную форму (160).

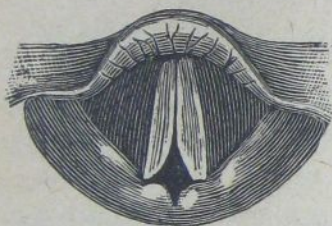


Рис. 159. Параличъ поперечной черпаловидной мышцы.

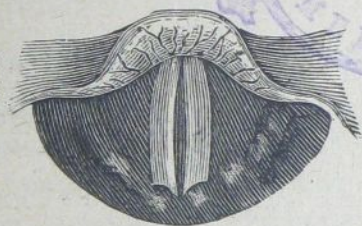


Рис. 160. Параличъ внутреннихъ щито-черпаловидныхъ мышцъ.

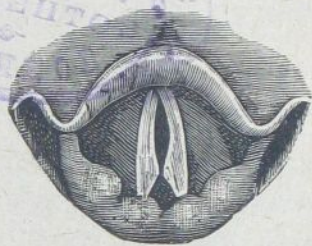


Рис. 161. Сочетанный параличъ щито-черпаловидныхъ и поперечной черпаловидной мышцъ.

Если существуетъ, тоже нерѣдко встрѣчающійся при катаррахъ, сочетанный параличъ внутреннихъ щито-черпаловидныхъ и поперечной черпаловидной мышцъ, то при фонаціи голосовая щель въ передней части имѣетъ веретенообразную форму, въ задней же зіяетъ въ видѣ трехугольника, такъ что въ общемъ она принимаетъ форму песочныхъ часовъ (рис. 161).

4) *Параличъ всѣхъ мышцъ, закрывающихъ голосовую щель*, наблюдается обыкновенно у истеричныхъ, наступаетъ большею частью внезапно и подчасъ такъ же внезапно проходитъ (*aphonia hysterica s. nervosa*).

При ларингоскопированіи оказывается, что голосовыя связки и во время фонаціи остаются въ томъ же положеніи, какъ при дыханіи; иногда онѣ болѣе и менѣе сближаются между собою, но обыкновенно скоро опять возвращаются въ прежнее положеніе. При этомъ, однако, возможны сближеніе и напряженіе связокъ, необходимыя для звукообразованія; такъ, если подобныхъ совершенно безголосыхъ больныхъ заставлять кашлять, то они дѣлаютъ это обыкновенно звучнымъ голосомъ. На основаніи этого явленія можно уже, и безъ ларингоскопическаго изслѣдованія, съ большою вѣроятностью поставить правильный діагнозъ, тѣмъ болѣе, что почти исключительно имѣется дѣло съ молодыми дѣвушками.

V. Fränkel описалъ подъ именемъ *могифоніи* (*mogiphonia*) особую форму профессиональной слабости голосовыхъ связокъ, которая выражается въ томъ, что больнымъ—обыкновенно пѣвцы, учителя, проповѣдники—при болѣзненномъ чувствѣ утомленія внезапно отказывается служить голосъ. Въ гортани при этомъ не находятъ ничего ненормальнаго. „Какъ при писчей судорогѣ бываетъ невозможно только писаніе, между тѣмъ какъ всѣ другія движенія руки совершаются свободно, такъ и при могифоніи потеря голоса наступаетъ у пѣвцовъ только при пѣніи, у учителей только при преподаваніи громкимъ голосомъ, а у проповѣдниковъ только въ то время, когда они держатъ проповѣдь“. Даже при громадномъ усилии воли больные не могутъ побороть усталости, которую они чувствуютъ.

Наряду съ щаженіемъ голоса наилучшимъ средствомъ при могифоніи является массажъ.

В. Параличи нервного происхожденія.

Для того, чтобы разобратъся въ этой обширной и сложной группѣ параличей, необходимо помнить законъ (*Rosenbach*-) *Semon*'а, что *при всѣхъ органическихъ пораженіяхъ возвратнаго нерва и его корешковъ прежде всего парализуется задняя перстне-черпаловидная мышца* (*m. crico-arytaenoideus posticus*). Функція единственной мышцы, расширяющей голосовую щель, выпадаетъ, вслѣдствіе чего движеніе голосовой связки наружу становится невозможнымъ и она, въ лучшемъ случаѣ, можетъ отклониться наружу до *трупнаго положенія* (приблизительно на 2—2,5 мм. кнаружи отъ срединной линіи), между тѣмъ какъ движеніе кнутри не нарушено; вскорѣ, однако, наступаетъ контрактура антагонистовъ, т. е. мышцъ, суживающихъ голосовую щель, вслѣдствіе чего голосовая связка устанавливается по срединной линіи. Если параличъ распространяется дальше и захватываетъ всѣ мышцы, слѣдовательно выпадаетъ также функція мышцъ, суживающихъ голосовую щель, то голосовая связка устанавливается приблизительно въ томъ же положеніи, какъ на трупѣ (*трупное положеніе*), т. е. въ положеніи среднемъ между положеніемъ при фонаціи и при дыханіи. Такимъ образомъ въ то время, какъ нормально голосовая щель образуетъ равнобедренный трехугольникъ, при одностороннемъ трупномъ положеніи сторона, соответствующая парализованной голосовой связкѣ, становится короче, уголъ же у основанія больше; напротивъ, при одностороннемъ *срединномъ положеніи* получается прямоугольный трехугольникъ, прямой уголъ у основанія котораго находится на парализованной сторонѣ, т. е. парализованная голосовая связка образуетъ съ задней стѣнкой гортани уголъ въ 90°.—Когда имѣется дѣло съ *обоюдостороннимъ параличемъ задней перстне-черпаловидной мышцы*, то обѣ голосовыя связки находятся въ срединномъ или почти срединномъ положеніи, т. е. почти въ томъ же положеніи, какъ при фонаціи; при этомъ онѣ сохраняютъ

подобное положеніе не только во время фонаціи, но и при покойномъ дыханіи, такъ что если бы ларингоскопировать только при фонированіи, это важное страданіе можно легко просмотрѣть.—Когда существуетъ *обоюдостороннее трупное положеніе*, то опять-таки получается равнобедренный трехугольникъ, но углы у основанія его больше, чѣмъ въ нормальной голосовой щели, и самое основаніе соотвѣтственно этому меньше.—Когда *одна голосовая связка находится въ трупномъ, а другая въ срединномъ положеніи*, то голосовая щель представляетъ прямоугольный трехугольникъ; прямой уголъ находится въ томъ мѣстѣ, гдѣ голосовая связка, находящаяся въ срединномъ положеніи, сходится съ задней стѣнкой гортани; голосовая связка, находящаяся въ трупномъ положеніи, представляетъ гипотенузу и образуетъ съ основаніемъ большій уголъ, нежели это бываетъ при нормальной голосовой щели.

Замѣчательно, во всякомъ случаѣ, что при органическомъ пораженіи возвратнаго нерва, resp. n. vago-accessorii или ихъ центральныхъ ядеръ, прежде всего поражаются волокна, снабжающія мышцу, расширяющую голосовую щель. Между тѣмъ какъ *Riegel* не усматриваетъ ничего удивительнаго въ томъ, „что при прижатіи всего нервнаго ствола одни нервныя волокна подвергаются большому, другія меньшему давленію, нѣкоторыя, наконецъ, совершенно ускользаютъ отъ сдавленія“, по мнѣнію *Paetzoldt'a*, указанный фактъ находитъ себѣ объясненіе въ изолированномъ положеніи задней перстне-черпаловидной мышцы по отношенію къ другимъ гортаннымъ мышцамъ. *Mackenzie* подтвердилъ затѣмъ фактъ болѣе ранняго пораженія расширителей голосовой щели при прижатіи ствола возвратнаго нерва, а *Rosenbach* и, независимо отъ него *Semon*, признали этотъ фактъ за законъ, причѣмъ послѣдній обобщилъ его въ томъ отношеніи, что онъ призналъ первичное пораженіе задней перстне-черпаловидной мышцы свойственнымъ также параличамъ центральнаго происхожденія. Въ дальнѣйшемъ былъ описанъ цѣлый рядъ случаевъ, подтверждавшихъ законъ *Semon'a*; типическій случай наблюдалъ, между прочимъ, *Martius*: у дифтерійнаго больного на 16-й день болѣзни оказалось, что лѣвая голосовая связка, которая приблизительно за 3 дня до этого представляла нѣкоторое ослабленіе подвижности, установилась неподвижно въ срединномъ положеніи; при дыханіи она не совершала никакого, даже малѣйшаго движенія наружу—слѣдовательно, существовалъ параличъ задней перстне-черпаловидной мышцы. Нѣсколько часовъ спустя голосовая связка находилась уже совершенно неподвижно въ трупномъ положеніи, т. е. наступилъ полный параличъ возвратнаго нерва. При вскрытіи былъ найденъ периневритъ лѣваго блуждающаго нерва; слѣдовательно, подъ влияніемъ пораженія блуждающаго нерва голосовая связка приняла сначала срединное, а затѣмъ трупное положеніе, какъ это и слѣдуетъ по закону *Semon'a*.

При дальнѣйшемъ пораженіи за задней перстне-черпаловидной мышцей слѣдуетъ внутренняя щито-черпаловидная мышца, такъ что на голо-

совой связкѣ, находящейся въ срединномъ положеніи, край становится вогнутымъ.

Съ другой стороны, цѣлый рядъ случаевъ показалъ, что при полномъ параличѣ возвратнаго нерва, если онъ вообще можетъ пройти, суживатели голосовой щели оправляются опять-таки скорѣе, нежели расширители.

Что касается, наконецъ, объясненія закона *Semon'a*, то суживатели голосовой щели представляютъ мышечную группу, значительно преобладающую по силѣ, такъ что „если представить себѣ, что подвижность всѣхъ мышцъ нарушена невольнѣ, то тѣ изъ нихъ, которыя имѣютъ дѣйствующія съ ними сообща мышцы (суживатели голосовой щели), могутъ еще удовлетворять обычнымъ требованіямъ, между тѣмъ какъ мышца, предоставленная въ своей функціи самой себѣ (задняя перстне-черпаловидная мышца), не въ состояніи этого сдѣлать (*Paetzoldt*).

Помимо этого, существуетъ, однако, еще биологическая разница между этими противодѣйствующими мышцами. Именно, *Hooper*, а за нимъ *Semon* и *Horsley* показали, что даже при перерѣзкѣ возвратнаго нерва, слѣдовательно, при невозможности воздѣйствія на центры, у собаки въ глубокомъ эфирномъ наркозѣ мышцы, закрывающія голосовую щель, не функционируютъ, а при раздраженіи нерва, вмѣсто обычнаго закрытія голосовой щели, происходитъ усиленное раскрытіе ея, т. е. наблюдается различная реакція антагонистовъ, которую можно приписать только периферическимъ вліяніямъ. Затѣмъ *Horsley* и *Semon* показали, что послѣ смерти электрическая возбудимость заднихъ перстне-черпаловидныхъ мышцъ исчезаетъ гораздо раньше, нежели возбудимость мышцъ, суживающихъ голосовую щель. *B. Fränkel* и *Gad*, въ свою очередь, установили, что при дѣйствіи холода на возвратный нервъ задняя перстне-черпаловидная мышца парализуется раньше, нежели мышцы, закрывающія голосовую щель.

Далѣе, новѣйшія изслѣдованія *Grabower'a* показали, что нервныя окончанія въ мышцахъ, закрывающихъ голосовую щель, представляютъ болѣе сложное строеніе, нежели въ задней перстне-черпаловидной мышцѣ. Между тѣмъ какъ въ послѣдней они имѣютъ большую частью круглую форму и прилежатъ къ мышечнымъ волокнамъ, въ мышцахъ, закрывающихъ голосовую щель, нервныя окончанія представляются въ видѣ ясно выступающей пластинки, въ которую вступаетъ осевой цилиндръ; кромѣ того, вокругъ послѣдняго расположенъ еще цѣлый рядъ концевыхъ органовъ въ видѣ различной формы круглыхъ почковидныхъ образований.

Наконецъ, между этими мышечными группами существуетъ также разница въ отношеніи физиологической функціи ихъ. Между тѣмъ какъ при покойномъ дыханіи сокращается только задняя перстне-черпаловидная мышца, суживающія же голосовую щель мышцы не работаютъ, послѣднія принимаютъ участіе при нѣкоторыхъ видоизмѣненныхъ формахъ

выдыханія, напр. при кашлѣ и смѣхѣ (*Krause, Semon*), а также въ томъ случаѣ, когда необходимо предохранить гортань отъ попаданія въ нее инородныхъ тѣлъ. *Burger*, который тоже принимаетъ, что при покойномъ дыханіи работаетъ только задняя перстне-черпаловидная мышца, полагаетъ однако, что при всѣхъ движеніяхъ голосовыхъ связокъ сокращаются всегда одновременно мышцы, расширяющія и суживающія голосовую щель. Въ пользу этого, по его мнѣнію, говорятъ (активное) инспираторное суженіе голосовой щели при параличѣ задней перстне-черпаловидной мышцы (см. дальше) и наблюдаемая при спинной сухоткѣ атаксія голосовыхъ связокъ.

Такимъ образомъ, несмотря на то, что задняя перстне-черпаловидная мышца представляетъ болѣе слабую мышцу, ей приходится постоянно работать (при дыханіи), и поэтому она скорѣе, нежели мышцы, суживающія голосовую щель, можетъ подвергаться вреднымъ вліяніямъ. Опыты *Zederbaum*'а надъ сѣдалищнымъ нервомъ лягушки показали, что „при защемленіи нерва двигательная возбудимость его сохраняется, между тѣмъ какъ рефлекторная возбудимость исчезаетъ, но при удаленіи зажима снова восстанавливается“. Примѣняя это по отношенію къ нашему случаю, мы можемъ сказать, что (приравнивая рефлекторную возбудимость къ тонусу задней перстне-черпаловидной мышцы) „двигательная возбудимость голосовыхъ связокъ сохраняется, даже когда рефлекторная возбудимость задней перстне-черпаловидной мышцы отсутствуетъ“ (*B. Fränkel*).

Burger представляетъ себѣ явленія, происходящія при параличѣ задней перстне-черпаловидной мышцы послѣ прижатія возвратнаго нерва, такимъ образомъ, что сначала исчезаетъ тонусъ этой мышцы, причемъ голосовая связка, при возможности фонаціи, устанавливается въ трупномъ положеніи; въ дальнѣйшемъ задняя перстне-черпаловидная мышца, вслѣдствіе отсутствія дѣятельности ея, подвергается атрофіи, за которою слѣдуетъ вторичная контрактура мышцъ, суживающихъ голосовую щель. Съ этой точки зрѣнія можно было бы объяснить себѣ случаи, въ которыхъ голосовая связка въ продолженіе многихъ лѣтъ остается въ срединномъ положеніи, не переходя въ трупное положеніе. Такъ, я знаю одного больного, у котораго сближенное положеніе голосовыхъ связокъ, слѣдовательно, обоюдосторонній параличъ задней перстне-черпаловидной мышцы, существуетъ безъ измѣненія въ продолженіе 23 лѣтъ. Съ другой стороны, однако, подобно другимъ авторамъ, мнѣ приходилось наблюдать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ частичнаго излѣченія зоба голосовая связка на соответственной сторонѣ устанавливалась сначала въ трупномъ, а черезъ нѣсколько времени въ срединномъ положеніи; голосовая связка можетъ, однако, выйти изъ такого положенія и пріобрѣсти нормальную подвижность. Этого, конечно, не могло бы быть, если бы установкѣ голосовой связки въ срединномъ положеніи предшествовала атрофія задней перстне-черпаловидной мышцы, ибо въ такомъ случаѣ расширеніе голосовой щели было бы уже невозможно.

Что касается центрального паралича задней перстне-черпаловидной мышцы, то *Burger* объясняет его слѣдующимъ образомъ: центры дыханія и фонаціи анатомически рѣзко разграничены между собою (см. физиологія), такъ что возможно отдѣльное пораженіе ихъ. При обоюдостороннемъ пораженіи дыхательнаго центра въ продолговатомъ мозгу тонусъ задней перстне-черпаловидной мышцы уничтожается и недѣятельность ея ведетъ къ атрофіи и параличу; по отношенію къ мышцамъ, суживающимъ голосовую щель, явленія эти не могутъ наступить при разрушеніи корковыхъ центровъ фонаціи. Одностороннее разрушеніе ихъ, въ виду участія обоихъ полушарій въ образованіи голоса, не можетъ имѣть никакихъ послѣдствій; если же поражаются корковые центры или волокна, идущія отъ нихъ къ продолговатому мозгу, одновременно въ обоихъ полушаріяхъ, то все-таки еще не наступаетъ полного паралича мышцъ, закрывающихъ голосовую щель, а устраняется только возможность дѣйствія на нихъ волевыхъ импульсовъ. Въ случаѣ пораженія внутрибуглярныхъ корешковъ двигательныхъ гортанныхъ нервовъ тоже должна больше страдать задняя перстне-черпаловидная мышца, которая находится въ неблагоприятныхъ біологическихъ условіяхъ.

Противъ закона *Semon'a H. Krause* выставилъ свою теорію „первичной контрактуры“ мышцъ, суживающихъ голосовую щель, причѣмъ онъ принималъ, что постепенное прижатіе возвратнаго нерва дѣйствуетъ не парализующимъ, а раздражающимъ образомъ, вслѣдствіе чего голосовая связка и устанавливается въ срединномъ положеніи; опыты, произведенные имъ на собакахъ, показали, что когда возвратный нервъ былъ привязанъ къ пробкѣ, слѣдовательно, подвергался раздраженію, то голосовая связка вскорѣ (черезъ 24 часа) устанавливалась въ срединномъ положеніи. Во-первыхъ, однако, *первичная* нервная контрактура встрѣчается чрезвычайно рѣдко и развивается *медленно*, если же она рефлекторнаго происхожденія, то наблюдаются *клоническія* судороги и почти всегда существуютъ также другія явленія — боли, парестезіи, потеря чувствительности (*Erb*). Далѣе, наблюдавшееся *самимъ Krause* помутнѣніе задней перстне-черпаловидной мышцы тоже говоритъ противъ контрактуры суживающихъ мышцъ и скорѣе указываетъ на параличъ первой; кромѣ того, остаются еще невыясненными нѣкоторыя другія явленія, которыя наблюдались въ опытахъ *Krause*. Наконецъ, *Burger* вполне основательно указываетъ на то, что процессъ, искусственно вызванный у животныхъ, нельзя отождествлять съ наблюдаемымъ у человѣка, ибо у животныхъ явленія проходили черезъ 2—5 дней, тогда какъ у человѣка они держатся подчасъ десятки лѣтъ; въ первомъ случаѣ происходитъ грубое поврежденіе нерва, тогда какъ у человѣка дѣло сводится къ обыкновенно медленно развивающемуся прижатію его. Кромѣ того, явленія, которыя наблюдались *Krause*, отличаются отъ наблюдаемыхъ у человѣка. Уже самыя голосовыя связки представляютъ признаки паралича, онѣ вялы, и зачастую существуетъ также параличъ внутреннихъ щито-черпало-

видныхъ мышцъ; чистота голоса мало нарушена, чего не могло бы быть при контрактурѣ.

Что касается случаевъ центральнаго происхожденія, то въ подтвержденіе своей теоріи, *Krause* приводилъ наблюденія авторитетныхъ невропатологовъ, касающіяся центральныхъ контрактуръ особенно у гемиплегиговъ. Однако наблюденія эти отнюдь не примѣнимы къ даннымъ условіямъ, тѣмъ болѣе, что нерѣдко, и помимо контрактуры, расхожденіе голосовыхъ связокъ ограничено или невозможно; далѣе, въ случаяхъ центральнаго происхожденія одновременно съ задней перстне-черпаловидной мышцей нерѣдко бываютъ парализованы также внутреннія щито-черпаловидныя мышцы, затѣмъ постоянно наблюдается перерожденіе задней перстне-черпаловидной мышцы и отсутствіе измѣненія голоса, т. е. существуетъ цѣлый рядъ явленій, которыя не мирятся съ предположеніемъ о контрактурѣ и, напротивъ, указываютъ на параличъ задней перстне-черпаловидной мышцы.

Наконецъ, оказалось, что во всѣхъ соответственныхъ случаяхъ другія явленія со стороны двигательныхъ бульбарныхъ нервовъ составляютъ явленія выпаденія, и что контрактура въ области этихъ нервовъ, совпадающая съ срединнымъ положеніемъ одной голосовой связки, ни разу еще не наблюдалась. Придерживаясь теоріи *Krause*, слѣдовало бы такимъ образомъ допустить, что та же причина дѣйствуетъ на различныя волокна одного и того же нерва въ противоположныхъ направленіяхъ. *J. Risien Russel*ю, впрочемъ, удалось на живомъ животномъ анатомически разъединить расширяющія и суживающія голосовую щель волокна возвратнаго нерва, причемъ оказалось, что когда обоого рода волокна при одинаковыхъ условіяхъ подвергаются высушивающему дѣйствію воздуха, то проводимость расширяющихъ волоконъ исчезаетъ раньше, нежели проводимость суживающихъ; соответственно этому, и задняя перстне-черпаловидная мышца должна оказаться несостоятельною раньше, нежели мышцы, суживающія голосовую щель.

Доводы, которые были выставлены въ послѣднее время *Steiner*'омъ, *Wagner*'омъ, *Grossmann*'омъ и др. противъ закона *Semon*'а, опровергнуты работами *Grabower*'а, *Kuttner*'а, *Katzenstein*'а, *Klemperer*'а и *Herzfeld*'а. Между прочимъ, оказалось, что неправильно заявленіе *Grossmann*'а, что послѣ перерѣзки возвратныхъ нервовъ голосовыя связки устанавливаются въ болѣе или менѣе сближенномъ положеніи, а также невѣрно и то, что послѣ паралича возвратныхъ нервовъ голосовыя связки не занимаютъ трупнаго положенія и что установка голосовыхъ связокъ зависитъ не исключительно отъ паралича задней перстне-черпаловидной мышцы. Напротивъ, изслѣдованія показали, что наступающее первоначально сближеніе связокъ черезъ 1—2 дня смѣняется трупнымъ положеніемъ; вмѣстѣ съ тѣмъ выяснилось, что хотя сближенное положеніе связокъ и зависитъ, какъ это принимаетъ *Grossmann*, отъ перстне-щитовидныхъ мышцъ, однако лишь постольку, поскольку мышцы эти удерживаютъ лишенные под-

вижности связки долгое время въ состояніи сильнаго напряженія, которое, въ свою очередь, обуславливаетъ приближеніе ихъ къ срединной линіи.

Въ случаяхъ *нервныхъ параличей*, которые наблюдались мною за послѣднія 10 лѣтъ, *причиною* оказались: въ 11-ти случаяхъ аневризма аорты, въ 7-ми зобъ, въ томъ числѣ въ 2-хъ злокачественнаго характера, въ 4-хъ спинная сухотка, въ 4-хъ бугорчатка, въ 4-хъ ракъ пищевода, въ 1-мъ плевритъ, въ 2-хъ увеличеніе лимфатическихъ железъ, въ 1-мъ малярія, въ 3-хъ центральное пораженіе (одновременный параличъ небной занавѣски *resp.* грудино-ключично-сосковой и капюшонной мышць); въ 13-ти случаяхъ причина не могла быть съ точностью установлена.

Что касается *симптомовъ*, то при *мышечныхъ параличахъ*, смотря по степени ихъ, наблюдается болѣе или менѣе сильная *охриплость* и даже афонія; вмѣстѣ съ тѣмъ больные жалуются на легкую утомляемость голоса, такъ что имъ трудно долго говорить.

При этомъ, конечно, происходитъ также „*фонаторная трата воздуха*“ (*phonatorische Luftverschwendung*), такъ какъ голосовая щель остается болѣе или менѣе открытою. Ларингоскопическая картина уже достаточно описана выше. При нервныхъ параличахъ задней перстне-черпаловидной мышцы, по *Aronsohn*'у, существуетъ постоянно учащеніе пульса (параличъ блуждающаго нерва); коль скоро оно не наблюдается, то, по его мнѣнію, имѣется дѣло съ мышечнымъ параличемъ. Въ остальномъ явленія бываютъ различны, смотря по тому, существуетъ-ли односторонній или обоюдосторонній параличъ задней перстне-черпаловидной мышцы или возвратнаго нерва.

Когда одна голосовая связка находится по срединной линіи—*односторонній параличъ задней перстне-черпаловидной мышцы*,—то голосовая щель еще настолько широка, что при обычныхъ условіяхъ она оказывается достаточною для дыханія, и только при усиленной физической дѣятельности появляется, можетъ быть, одышка. Фонація не нарушена, такъ какъ здоровая голосовая связка можетъ прилегать къ парализованной, находящейся по срединной линіи. Голосъ бываетъ нѣсколько нечистымъ или слегка хриплымъ, вслѣдствіе неравномѣрнаго колебанія обѣихъ голосовыхъ связокъ или существующаго иногда паралича внутренней щито-черпаловидной мышцы.

При изслѣдованіи зеркаломъ голосовая щель при фонаціи, какъ уже сказано, нормальна (край парализованной голосовой связки бываетъ развѣ нѣсколько вогнутымъ); при дыханіи здоровая связка отклоняется наружу, парализованная же остается по срединной линіи (рис. 162).

Когда одна голосовая связка находится въ трупномъ положеніи—*односторонній параличъ возвратнаго нерва*,—то голосовая щель еще шире, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ (рис. 163), и дыханіе совершается свободно, но голосъ становится сирымъ или пропадаетъ, потому что парализованная связка не доходитъ до срединной линіи. Обыкновенно, од-

нако, по прошествіи нѣкотораго времени здоровая связка переходитъ за срединную линію и болѣе или менѣе тѣсно прилегаетъ къ парализованной, такъ что происходитъ достаточное закрытіе голосовой щели; благодаря этому, голосъ становится менѣе сильнымъ, но остается малозвучнымъ и, вслѣдствіе неравномѣрнаго колебанія обѣихъ связокъ, легко переходитъ въ фальцетъ.



Рис. 162. Правосторонній параличъ задней перстне-черпаловидной мышцы.

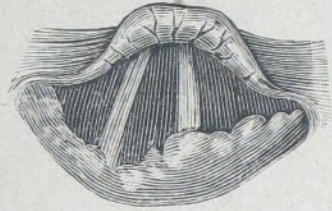


Рис. 163. Левосторонній параличъ возвратнаго нерва.

При изслѣдованіи зеркаломъ видно, что при фонаціи парализованная голосовая связка установлена неподвижно въ трупномъ положеніи и представляется болѣе короткою, причемъ черпаловидный хрящъ находится нерѣдко по срединной линіи и при фонаціи даже переходитъ за нее, именно вслѣдствіе сокращенія поперечной черпаловидной мышцы, которая получаетъ импульсы черезъ нервныя волокна противоположной стороны, переходящія за срединную линію. Здоровая связка при фонаціи доходитъ до срединной линіи, такъ что голосовая щель представляется въ видѣ трехугольника, въ которомъ здоровая связка образуетъ болѣе длинный катетъ, парализованная—гипотенузу, а прямой уголъ находится на мѣстѣ пересѣченія здоровой связки съ задней стѣнкой гортани (рис. 164).



Рис. 164. Левосторонній параличъ возвратнаго нерва, во время фонаціи.

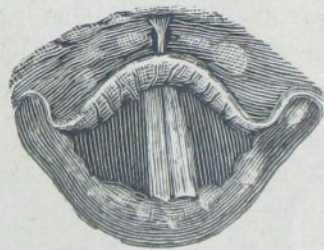


Рис. 165. Правая голосовая связка при фонаціи переходитъ за срединную линію и прилегаетъ къ парализованной лѣвой связкѣ, находящейся въ трупномъ положеніи.

Если здоровая связка переходитъ за срединную линію, то черпаловидные хрящи могутъ перекрещиваться между собою. Получается голосовая щель, которая идетъ спереди кзади не по срединной линіи, а косо, и притомъ въ сторону парализованной связки (рис. 165).

При покойномъ дыханіи голосовая щель представляется въ видѣ неравнобедреннаго трехугольника; болѣе длинное бедро съ болѣе острымъ

угломъ у основанія соотвѣтствуетъ здоровой, болѣе короткое же съ болѣе тушымъ угломъ парализованной связкѣ.

Когда обѣ голосовыя связки находятся по срединной линіи—*обоюдосторонній параличъ задней перстне-черпаловидной мышцы*,—то фонація совершается нормально и голосъ почти не измѣненъ, но дыханіе сильно затруднено, потому что связки остаются въ прежнемъ положеніи и голосовая щель не расширяется.

Между тѣмъ какъ въ покойномъ состояніи замѣчается лишь умѣренная *инспираторная одышка* и слегка свистящее дыханіе, при катаральной припухлости или подъ вліяніемъ тѣлеснаго напряженія, напр. при восхожденіи на лѣстницу, появляется сильное стѣсненіе дыханія, которое выражается громкимъ инспираторнымъ шумомъ. Этотъ *громкій, свистящій, хрипящій шумъ* до такой степени характеренъ, что, еще не видѣвши больного, можно распознать обоюдосторонній параличъ задней перстне-черпаловидной мышцы. Особенно рѣзко этотъ громкій шумъ слышится во время сна, такъ что больные мѣшаютъ другимъ спать.

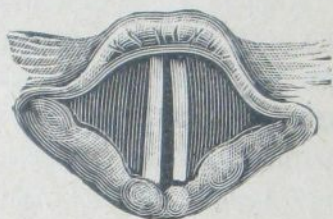


Рис. 166. Обоюдосторонній параличъ задней перстне-черпаловидной мышцы. Видъ голосовой щели во время дыханія.

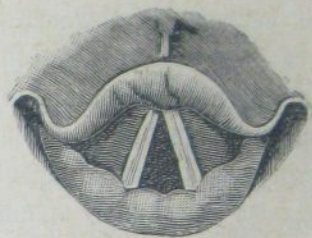


Рис. 167. Обоюдосторонній параличъ возвратнаго нерва. Голосовыя связки при дыханіи и фонаціи находятся въ трупномъ положеніи.

Въ дальнѣйшихъ ступеняхъ болѣзни даже въ покойномъ состояніи слышится иногда свистящее вдыханіе, на-подобіе того, какъ при инспираторной судорогѣ голосовой щели (см. выше); въ это время нерѣдко, и притомъ обыкновенно совершенно внезапно, можетъ наступить смертельный приступъ удушья.

При изслѣдованіи зеркаломъ голосовая щель при фонаціи имѣетъ нормальный видъ, при покойномъ же дыханіи (рис. 166) голосовыя связки, вмѣсто того, чтобы смѣщаться наружу, остаются болѣе или менѣе сближенными между собою, такъ что голосовая щель представляется въ видѣ трехугольника съ очень небольшимъ основаніемъ ($1\frac{1}{2}$ —3 мм.). При сильномъ вдыханіи голосовыя связки еще болѣе сближаются между собою—онѣ присасываются влѣдствіе преобладанія наружнаго атмосфернаго давленія надъ разрѣженіемъ воздуха въ дыхательномъ горлѣ. Независимо отъ этого, наблюдаются иногда неправильныя судорожныя сходящіяся движенія голосовыхъ связокъ. При выдыханіи голосовая щель нерѣдко нѣсколько расширяется.

Когда обѣ голосовыя связки находятся въ трупномъ положеніи—*обоюдосторонній параличъ возвратнаго нерва*,—то при фонаціи онѣ

не сближаются, и существуетъ афонія; для дыханія голосовая щель достаточно широка, и потому оно не нарушено.

При изслѣдованіи зеркаломъ голосовая щель, какъ при фонаціи, такъ и при покойномъ дыханіи, имѣетъ видъ равнобедреннаго трехугольника, основаніе котораго, однако, меньше, нежели въ нормальной голосовой щели при дыханіи, между тѣмъ какъ углы у основанія больше (рис. 167).

Когда существуетъ *параличъ задней перстне-черпаловидной мышцы на одной и параличъ возвратнаго нерва на другой сторонѣ*, то одна голосовая связка находится неподвижно по срединной линіи, другая же въ трупномъ положеніи. При фонаціи голосовая щель не суживается, и потому существуетъ афонія; такъ какъ голосовая щель слишкомъ узка, то дыханіе затруднено.

При изслѣдованіи зеркаломъ голосовая щель, какъ при фонаціи, такъ и при дыханіи, имѣетъ видъ трехугольника съ прямымъ угломъ на сторонѣ, соотвѣтствующей параличу задней перстне-черпаловидной мышцы. Голосовая связка, находящаяся въ трупномъ положеніи, образуетъ гипотенузу.

Осложненія наблюдаются въ томъ случаѣ, когда нервъ пораженъ на болѣе высокомъ уровнѣ или когда параличъ центральнаго происхожденія. Такъ, при параличѣ верхняго гортаннаго нерва или глоточныхъ вѣтвей (г. г. pharyngei) существуетъ потеря чувствительности или параличъ небной занавѣски. Если одновременно пораженъ добавочный нервъ, то наблюдается параличъ грудно-ключично-сосковой и капишонной мышцъ, которыя снабжаются наружною вѣтвью его; наконецъ, при центральномъ заболѣваніи можетъ присоединиться параличъ глазодвигательнаго и подъязычнаго нервовъ.

Распознаваніе. Въ виду вышеизложеннаго, распознаваніе, при нѣкоторомъ навыкѣ, нетрудно поставить путемъ изслѣдованія зеркаломъ; важно только помнить, что всегда нужно изслѣдовать и при покойномъ дыханіи, такъ какъ иначе нельзя убѣдиться въ томъ, что одна или обѣ голосовыя связки недостаточно или вовсе не смѣщаются наружу. Односторонній параличъ возвратнаго нерва при изслѣдованіи во время фонаціи, когда здоровая голосовая связка, переходя за срединную линію, прилегаетъ къ парализованной, можно смѣшать съ *косвеннымъ положеніемъ голосовой щели*, встрѣчающимся при асимметріяхъ щитовиднаго хряща (см. выше); въ послѣднемъ случаѣ, однако, обѣ голосовыя связки почти одинаково смѣщаются наружу, тогда какъ при параличѣ возвратнаго нерва пораженная связка при дыханіи остается неподвижною.

Неподвижность голосовой связки, установка ея въ трупномъ положеніи или по срединной линіи можетъ быть вызвана также рубцами послѣ сифилиса и дифтеріи или пораженіемъ (анкилозъ) перстне-черпаловиднаго сочлененія, т. е. *механическими причинами*. Въ подобныхъ случаяхъ обыкновенно находятъ, однако, органическія измѣненія; кромѣ того, важное значеніе имѣетъ анамнезъ, который даетъ указанія на бывшія раньше заболѣванія.

Обоюдосторонній параличъ задней перстне-черпаловидной мышцы обыкновенно распознается очень легко, и безъ изслѣдованія зеркаломъ, такъ какъ для него чрезвычайно характерно громкое, шумное вдыханіе при отсутствіи всякихъ измѣненій голоса.

Всегда важно выяснить *причину паралича*, которая можетъ быть крайне разнообразна (см. этиологія), хотя нерѣдко, по крайней мѣрѣ при нервныхъ параличахъ, ее не удается опредѣлить даже при самомъ тщательномъ изслѣдованіи. Нужно помнить, что когда блуждающій нервъ пораженъ выше мѣста отхожденія глоточныхъ вѣтвей (г. г. pharyngei), то одновременно нарушены также подвижность глотки и чувствительность и, напротивъ, когда онъ пораженъ непосредственно надъ мѣстомъ отхожденія верхняго гортаннаго нерва, то одновременно измѣнена лишь чувствительность; наконецъ, когда имѣется дѣло съ чистыми параличами гортанныхъ мышцъ, то пораженіе должно сосредоточиваться ближе къ периферіи.

Предсказаніе при мышечныхъ параличахъ, когда больной въ состояніи достаточно шадить свой голосъ и ведетъ правильный образъ жизни, благоприятно; напротивъ, нервные параличи даютъ неблагоприятное предсказаніе, такъ какъ зачастую нельзя устранить причины, хотя бы она и была извѣстна. Тѣмъ не менѣе подчасъ возможно излеченіе. Обоюдосторонній параличъ задней перстне-черпаловидной мышцы, если своевременно не будетъ сдѣлана трахеотомія, обыкновенно кончается смертью отъ асфиксіи.

Леченіе. Мышечные параличи, нерѣдко сопутствующіе катарру, обыкновенно скоро проходятъ подъ вліяніемъ вдуманій вижущихъ порошковъ, которыя заставляютъ сокращаться мышцы. Кромѣ того, полезна электризація, либо прерывистымъ токомъ въ продолженіе 10 мин., ежедневно или черезъ день, либо постояннымъ токомъ, либо, наконецъ, попеременно и тѣмъ и другимъ (3—5 мин.). Въ очень упорныхъ случаяхъ нужно производить внутригортанную электризацію. Далѣе, можно примѣнить массажъ; при истерической афоніи хорошо дѣйствуетъ также внушеніе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣдифтерійнаго паралича впрыскиванія не слишкомъ малыхъ приемовъ стрихнина могутъ содѣйствовать болѣе скорому возстановленію мышечной сократительности, а также проводимости въ двигательныхъ и чувствительныхъ нервахъ гортани (*Ziemssen*). Электризація примѣняется также и при *нервныхъ параличахъ*, хотя при нихъ леченіе должно быть главнымъ образомъ направлено противъ основной болѣзни; къ сожалѣнію, послѣдняя зачастую не поддается нашимъ средствамъ. Если причина не можетъ быть установлена, то обыкновенно даютъ іодистый калий, въ томъ предположеніи, что, можетъ быть, имѣется дѣло съ прижатіемъ нерва увеличенной железой; во всякомъ случаѣ, этимъ не причиняется никакого вреда. При обоюдостороннемъ параличѣ задней перстне-черпаловидной мышцы необходимо сдѣлать трахеотомію, коль скоро появляется рѣзкое суженіе голосовой щели или, хотя бы и временное, стѣсненіе дыханія; не слѣдуетъ слишкомъ медлить съ трахеотоміей, такъ какъ въ противномъ случаѣ неожиданно можетъ наступить смерть отъ асфиксіи.

Примѣненіе интубаціи, судя по полученнымъ мною пока результатамъ, я не могу рекомендовать въ подобныхъ случаяхъ. Ее можно испытать развѣ въ тѣхъ случаяхъ, когда больной безусловно отказывается отъ трахеотоміи, или послѣдняя въ данный моментъ почему-либо не можетъ быть сдѣлана.

Заболѣванія гортани при хроническихъ и острыхъ заразныхъ болѣзняхъ.

Бугорчатка гортани.

Этіологія. Хотя возможность первичной бугорчатки гортани установлена не только клиническими наблюденіями, но и патолого-анатомическими изслѣдованіями, тѣмъ не менѣе не подлежитъ сомнѣнію, что она наблюдается чрезвычайно рѣдко. Если клиницистамъ *первичная бугорчатка гортани* попадаетъ чаще, нежели патолого-анатомамъ, то это объясняется тѣмъ, что процессъ въ гортани обыкновенно вызываетъ вскорѣ зараженіе легкихъ, такъ что на вскрытіи въ нихъ находятъ уже бугорковые очаги, которыхъ при развитіи бугорчатки въ гортани могло еще и не быть; и дѣйствительно, измѣненія въ легкихъ не находятся подчасъ въ прямомъ соотвѣтствіи съ процессомъ въ гортани. Съ другой стороны, однако, въ легкихъ могутъ уже существовать бугорковыя измѣненія, хотя мы и не всегда въ состояніи доказать ихъ нашими физическими способами изслѣдованія.

Наичаще бугорчатка гортани *присоединяется къ легочной чахоткѣ*, и притомъ приблизительно въ 30 % случаевъ. Что касается дыхательнаго горла, то одновременное или исключительное пораженіе его наблюдается значительно рѣже.

Какъ и по отношенію къ легочной бугорчаткѣ, важную роль въ развитіи бугорчатки гортани, несомнѣнно, играетъ наследственность. Далѣе, нѣжное, слабое сложеніе, а также уменьшеніе сопротивляемости подъ вліяніемъ предшествовавшихъ тяжелыхъ болѣзней или угнетающихъ состояній (горе, заботы и проч.), безъ сомнѣнія, предрасполагаютъ къ заболѣванію бугорчаткой, благодаря тому, что бугорковыя палочки находятъ болѣе благоприятныя условія для своего развитія. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ я вынесъ также впечатлѣніе, что предшествовавшій и часто рецидивировавшій сифилисъ, а также примѣненное противъ него энергическое леченіе какъ будто подготовляли почву для зараженія бугорковыми палочками.

Что касается вліянія *пола*, то на 562 случая бугорчатки гортани, которые наблюдались мною на 1.000 больныхъ съ различными заболѣваніями гортани, отношеніе мужчинъ къ женщинамъ составляло 2,4 : 1. При этомъ наименьшее число случаевъ (приблизительно по 6 %) приходится на *возрастъ* 14—20 и 50—60 лѣтъ; наибольшее же (больше 35 %) на возрастъ 20—30 и 30—40 лѣтъ; на возрастъ 40—50 лѣтъ приходится около 16 %. Интересные результаты даетъ сравненіе между лицами обоого пола съ точки зрѣнія возраста; именно, въ то

время, какъ въ возрастѣ 10—20 лѣтъ на лицъ мужского и женскаго пола приходится одинаковое число заболѣваній, въ позднѣйшихъ возрастахъ замѣчается уже рѣзкая разница. Такъ, въ возрастѣ 20—30 лѣтъ на 140 мужчинъ приходится 60 женщинъ, въ возрастѣ же 30—40 лѣтъ на 143 первыхъ 64 послѣднихъ; въ возрастѣ 40—50 лѣтъ мужчинъ было 75, женщинъ 13, наконецъ, въ возрастѣ 50—60 лѣтъ первыхъ 26, а послѣднихъ 8.

Такимъ образомъ, какъ и для всѣхъ другихъ заболѣваній дыхательныхъ путей, и для бугорчатки предрасполагающими условіями являются, повидимому, вредныя вліянія, сопряженные съ извѣстными занятіями, а также катарральныя состоянія гортани.

Что касается способа происхожденія бугорчатки гортани, то бугорковые палочки либо попадаютъ въ гортань *извне* съ вдыхаемымъ воздухомъ, либо *зараженіе* происходитъ *съ легкихъ*. При изслѣдованіи чахоточныхъ часто находятъ на задней стѣнкѣ гортани застрявшій комочекъ гнойной мокроты, что можетъ содѣйствовать вѣдренію въ этомъ мѣстѣ бугорковыхъ палочекъ; и дѣйствительно, наблюденія показываютъ, что межчерпаловидное пространство сравнительно часто поражается при бугорчаткѣ гортани.

Внѣдреніе бугорковыхъ палочекъ можетъ происходить черезъ выводные протоки железъ (*Герингъ*), обыкновенно однако, какъ показали изслѣдованія *Е. Fränkel*'я, онѣ проникаютъ черезъ эпителий, и притомъ когда даже цѣлость его совершенно не нарушена. Палочки могутъ затѣмъ исчезнуть изъ эпителия, не вызвавши существенныхъ измѣненій его, хотя нѣрѣдко свойства эпителиальныхъ клѣтокъ, а равно и связь ихъ нарушаются, такъ что происходитъ слущиваніе эпителия и обнаженіе *tunicae propriae*. „Въ болѣе глубокихъ тканевыхъ слояхъ, которые лучше питаются и поэтому представляютъ болѣе благоприятныя условія для дальнѣйшаго развитія ихъ, бугорковые палочки размножаются и вызываютъ характерныя измѣненія, идущія рука объ руку съ образованіемъ просовидныхъ бугорковъ“. Зараженіе черезъ кровеносныя и лимфатическіе пути въ общемъ приходится, повидимому, исключить, но зато послѣ примѣненія туберкулина оно часто наблюдалось.

Наряду съ упомянутыми специфическими измѣненіями, *Е. Fränkel* находилъ также, и притомъ всегда на мѣстѣ одного голосового отростка или вблизи него, ограниченныя потери вещества, которыя онъ приравниваетъ къ такъ назыв. *микотическому некрозу эпителия*, встрѣчающемуся въ особенности въ теченіи брюшного тифа. Изъязвленія эти образуются вслѣдствіе вѣдренія въ эпителий стафилококковъ и стрептококковъ, причемъ послѣдніе проникаютъ также послѣдовательно въ почву, предварительно подготовленную бугорковыми палочками. На основаніи клиническихъ наблюденій можно, однако, допустить и обратное, а именно, что бугорковые палочки вѣдряются въ потерю вещества, вызванную упомянутыми микробами, и ведутъ къ образованію бугорковой язвы.

Въ общемъ, однако, бугорковому изъязвленію предшествуетъ пропитываніе; такъ, къ изъязвленію, напр. на мѣстѣ голосового отростка, присоединяется перихондритъ влѣдствіе распространенія процесса на поверхностнолежащую надхрящницу черпаловиднаго хряща, такъ что формы, въ которыхъ проявляется гортанная бугорчатка, можно подраздѣлить на *пропитываніе, изъязвленіе и пораженіе надхрящницы.*

Бугорковое пропитываніе. Бугорковые узелки расположены первоначально въ слизистой оболочкѣ, и притомъ преимущественно въ окружности кровеносныхъ сосудовъ, либо также железъ, и представляютъ состоящее изъ мелкихъ круглыхъ клѣтокъ разрощеніе, на мѣстѣ котораго находятъ многочисленные ограниченные, кругловатые или овальные участки, частью состоящіе изъ однихъ ядеръ, частью же содержащіе въ центрѣ или на периферіи, либо въ обоихъ мѣстахъ одновременно, распадъ и гигантскія клѣтки. Обыкновенно пропитываніе занимаетъ небольшую, ограниченную область, но иногда оно развивается одновременно въ нѣсколькихъ мѣстахъ, а въ рѣдкихъ случаяхъ захватываетъ острымъ образомъ всю слизистую оболочку гортани.

Образованіе бугорковъ дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на эпителий, который подвергается утолщенію, либо разлитому, либо въ видѣ ворсинчатыхъ, сосочковыхъ разрощеній, особенно на задней стѣнкѣ зѣва. Съ другой стороны, железы, подъ вліяніемъ сдавленія ихъ, могутъ атрофироваться или же превратиться въ мелкозернистую массу. Влѣдствіе давленія на кровеносные сосуды появляется, смотря по обилію бугорковъ, болѣе или менѣе сильный отекъ, въ особенности на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ слизистая оболочка рыхло соединена съ подслизистой тканью; съ другой стороны, воспалительный отекъ можетъ встрѣчаться всюду, особенно по близости глубокихъ изъязвленій.

Какъ особый видъ бугорковаго пропитыванія можно разсматривать такъ назыв. *бугорковую опухоль*, такъ какъ она имѣетъ такое же гистологическое строеніе, какъ и первое; она отличается отъ бугорковаго пропитыванія, въ сущности, только своей ограниченной формой. Въ ней находятъ непосредственно подъ эпителиемъ бугорки съ многочисленными и большими гигантскими клѣтками и иногда фибрознымъ перерожденіемъ въ центрѣ. Бугорки окружены соединительною тканью, пронизанною мелкими круглыми клѣтками. Пропитываніе распространяется большею частью неглубоко, самое большое до железистаго слоя.

Бугорокъ представляетъ нестойкое образованіе и сравнительно скоро распадается, причѣмъ, когда онъ мало по малу успѣлъ дойти до поверхности, образуется небольшая круглая *язва*; благодаря распаденію другихъ бугорковыхъ узелковъ, расположенныхъ въ окружности, образуются новыя изъязвленія, которыя мало по малу сливаются и ведутъ такимъ образомъ къ образованію болѣе значительной язвы. Въ виду такого способа развитія язвы, становится понятнымъ, что она имѣетъ зазубренные, изъѣденные края, отдѣльныя зазубрины коихъ соотвѣтствуютъ

наружной части периферіи существовавшего раньше бугоркового узелка. Въ окружности краевъ обыкновенно замѣчаются еще сохранившіеся узелки, которые, слившись между собою, нерѣдко замѣтны макроскопически въ видѣ небольшихъ, сѣрыхъ, полупросвѣчивающихъ, кругловатыхъ включеній.

Глубина язвы зависитъ, конечно, отъ толщины пропитыванія; зачастую она бываетъ поверхностною, но она можетъ проникать также до мышцъ или даже до надхрящницы.

Вслѣдствіе распространенія процесса на надхрящницу присоединяется *перихондритъ*, который, какъ понятно изъ вышеизложеннаго, обыкновенно развивается на мѣстѣ черпаловиднаго хряща, голосовой отростокъ котораго расположенъ, какъ извѣстно, очень поверхностно; хрящъ можетъ подвергнуться омертвѣнію и затѣмъ отдѣлиться. Рѣдко наблюдается разрушеніе пластинки перстневиднаго хряща или перихондритъ шитовиднаго хряща.

Симптомы. Когда *бугорковое пропитываніе* развивается въ *надгортанникѣ*, что наблюдается отнюдь не рѣдко, то онъ превращается въ безформенное, плотное, блѣдно-краснаго цвѣта образование, толщина

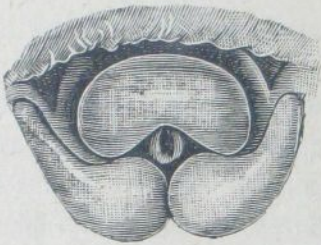


Рис. 168. Пропитываніе и отекъ надгортанника и черпало-надгортанныхъ складокъ.

котораго можетъ въ 3—8 разъ превышать нормальную. Въ слегка отечной слизистой оболочкѣ нерѣдко видны подъ эпителиемъ небольшіе просвѣчивающіе бугорковые узелки, которые мѣстами уже язвенно распались, или же наблюдаются болѣе значительныя язвы, покрытыя желтовато-сѣрымъ, пѣнистымъ отдѣляемымъ; въ концѣ-концовъ весь хрящъ можетъ разрушиться. Плотность и малоподвижность надгортанника, который къ тому

же обыкновенно нѣсколько наклоненъ къзади, чрезвычайно затрудняютъ осмотръ полости гортани, такъ что зачастую бываетъ трудно составить себѣ понятіе относительно участія остальной слизистой оболочки гортани.

Это тѣмъ болѣе затруднительно, что во многихъ случаяхъ *черпало-надгортанная складка* оказываются тоже *пропитанными* и суживаютъ входъ въ гортань (рис. 168). Онѣ образуютъ при этомъ грушевидную припухлость, которая на границѣ съ надгортанникомъ бываетъ обыкновенно уже, по направленію же къзади становится шире, такъ какъ здѣсь она захватываетъ также слизистую оболочку Санториніевыхъ и Врисбергіевыхъ хрящей, либо также черпаловидныхъ хрящей (рис. 169). Обѣ складки блѣдно-краснаго цвѣта, слегка просвѣчиваютъ и отечны, причѣмъ отекъ находится въ зависимости отъ степени пропитыванія. Въ позднѣйшихъ ступеняхъ гортанной бугорчатки пропитываніе бываетъ обыкновенно одинаково выражено на обѣихъ сторонахъ, но подчасъ оно на одной сторонѣ больше, чѣмъ на другой, или же занимаетъ только одну сторону. Изъязвленія, образующіяся на черпало-надгортанныхъ складкахъ, бываютъ покрыты густоватымъ гнойнымъ налетомъ съ примѣсью пѣнистой слюны.

Задняя стѣнка гортани, какъ уже упомянуто, бываетъ очень часто занята *бугорковымъ пропитываніемъ*, которое въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ производить впечатлѣніе простой пахидерміи (см. выше). Хотя подчасъ, дѣйствительно, можетъ возникнуть сомнѣніе, не имѣется-ли дѣло съ самостоятельной пахидерміей, тѣмъ не менѣе присутствіе кругловатыхъ или болѣе сосочкообразныхъ разрошеній въ межчерпаловидномъ пространствѣ (рис. 170) должно всегда возбуждать подозрѣніе относительно бугорчатки. При наличности такихъ разрошеній необходимо тщательно изслѣдовать больного, тѣмъ болѣе, что они подчасъ могутъ представлять вообще первое ясное проявленіе бугорчатки, даже когда изслѣдованіе легкихъ даетъ еще сомнительный или отрицательный результатъ. Для того, чтобы составить себѣ точное и правильное понятіе о протяженіи такихъ разрошеній, лучше всего изслѣдовать больного по способу *Killian'a* или путемъ аутоскопії. Въ особенности это важно при изъязвленіяхъ, образовавшихся отъ такихъ



Рис. 169. Пропитываніе и отекъ черпалонадгортанныхъ складокъ. Язва на задней стѣнкѣ гортани.



Рис. 170. Разрошенія въ межчерпаловидномъ пространствѣ. Узкія изъязвленія на голосовыхъ связкахъ (по *Krieg'у*).

разрошеній. Они рѣдко бываютъ поверхностны, причемъ въ окружности ихъ слизистая оболочка, вслѣдствіе утолщенія эпителія, имѣетъ сѣробѣлый цвѣтъ; обыкновенно, напротивъ, имѣется дѣло съ глубокими, кратеровидными *язвами*, такъ что при обыкновенномъ ларингоскопированіи виденъ только изъѣденный, возвышенный верхній край ихъ (рис. 170). Видѣть язву на всемъ протяженіи ея нерѣдко удается только тогда, когда больной держитъ голову наклоненною впередъ и когда свѣтъ падаетъ такимъ образомъ, что онъ отражается снизу вверхъ. По серединѣ пропитываніе оказывается распавшимся (быть можетъ, вслѣдствіе поврежденія его при закрытіи голосовой щели, при которомъ оно сдавливается) и занята болѣе или менѣе глубокимъ изъязвленіемъ, которое окружено остатками изъѣденныхъ, сосочковыхъ разрошеній, такъ что получается чрезвычайно характерная картина. Эти изъѣденныя разрошенія могутъ колыхаться подъ влияніемъ струи воздуха и подавать, вслѣдствіе этого, поводъ къ еильнымъ приступамъ кашля. Язва находится либо по серединѣ, либо больше на правой сторонѣ задней стѣнки.

Ложныя голосовыя связки, когда онѣ подверглись *пропитыванію*, оказываются болѣе или менѣе сильно утолщенными, притомъ либо на всемъ протяженіи ихъ, либо только на небольшомъ, ограниченномъ мѣстѣ. Пропитываніе захватываетъ или только одну, или же обѣ ложныя связки, причеиъ утолщенная часть ихъ закрываетъ истинную голосовую связку, такъ что отъ послѣдней видна только узкая краевая часть, или же она совсѣиъ не видна. Припухлость ложной связки, въ противоположность наблюдаемой иногда при катаррѣ, представляетъ неровную, бугристую поверхность. Спустя болѣе или менѣе долгое время, бугорковое пропитываніе и здѣсь распадается, и образуется язва, либо незначительная, либо занимающая иногда всю поверхность ложной связки.

Когда бугорковое пропитываніе развилось въ *Морганіевомъ желудочкѣ*, то на мѣстѣ входа его обыкновенно замѣчается выпячиваніе слизистой оболочки, образованіе же язвъ въ желудочкахъ нерѣдко обнаруживается припухлостью ложныхъ связокъ.

Истинныя голосовыя связки при *бугорковомъ пропитываніи* представляютъ характерный видъ, а именно, острый край ихъ сглаживается и онѣ принимаютъ, вмѣсто призматической формы, валикообразную. Вмѣстѣ съ тѣмъ голосовыя связки бываютъ обыкновенно покраснѣвшими. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ на нихъ наблюдается узловатое утолщеніе.

Бугорковыя опухоли, въ видѣ бородавчатыхъ или гладкихъ образований, похожихъ на фиброму, встрѣчаются преимущественно на ложныхъ или истинныхъ связкахъ, рѣдко на надгортанникѣ; находящіяся на истинныхъ связкахъ распадаются обыкновенно скорѣе.

Язвы, образующіяся изъ пропитыванія, занимаютъ иногда въ видѣ поверхностныхъ изъязвленій край голосовыхъ связокъ (рис. 170), или же послѣдній кажется скорѣе какъ бы раздѣненнымъ; въ дальнѣйшемъ, однако, голосовыя связки, соотвѣтственно направленію ихъ упругихъ волоконъ, могутъ совершенно расщепиться, или же язвы проникаютъ дальше вглубь и могутъ вызвать обширныя разрушенія. Довольно часто изъязвленія голосовыхъ связокъ помѣщаются на мѣстѣ голосовыхъ отростковъ; когда пораженъ только одинъ изъ нихъ, то спустя нѣкоторое время образуется нерѣдко изъязвленіе и на другомъ голосовомъ отросткѣ, вслѣдствіе переноса заразнаго начала, происходящаго при закрытіи голосовой щели. Обыкновенно векорѣ поражается также надхрящница поверхностно лежащаго голосового отростка, и процессъ въ дальнѣйшемъ переходитъ на черпаловидный хрящъ и ведетъ къ перихондриту его. При этомъ слизистая оболочка на черпаловидномъ хрящѣ представляетъ отечную припухлость, соотвѣтственная же голосовая связка въ задней части ея (именно находящеюся надъ нею припухлостью) закрыта и, вслѣдствіе анкилоза перетне-черпаловиднаго сочлененія, неподвижно установлена по срединной линіи, либо въ группномъ или иномъ положеніи.

Верхушка омертвѣвшаго черпаловиднаго хряща нерѣдко выдается при этомъ изъ гнойнаго мѣшка. Иногда весь хрящъ выпадаетъ и извергается при кашлѣ, причѣмъ подчасъ можно еще видѣть небольшое кругловатое отверстіе въ слизистой оболочкѣ, черезъ которое онъ выдѣлился изъ окружавшей его гнойной полости.

Субъективные припадки зависятъ отъ локализаціи и распространенности процесса. Вначалѣ больные жалуются обыкновенно на щекотаніе въ горлѣ, которое вызываетъ у нихъ позывы къ *кашлю*; послѣдній бываетъ особенно сильнымъ и мучительнымъ въ томъ случаѣ, когда вдающееся въ просвѣтъ гортани разрощеніе перемѣщается при дыханіи изъ стороны въ сторону. Когда въ дальнѣйшемъ, подъ вліяніемъ припуханія входа въ гортань или недостаточнаго закрытія голосовой щели, гортань при дыханіи не замыкается и въ нее попадаетъ часть пищи или жидкостей, то появляются, конечно, сильные *приступы кашля*, которые могутъ сопровождаться приступами удушья. Скопление слизи и отдѣленіе мокроты тоже заставляетъ больныхъ кашлять и постоянно отхаркивать.

Охриплость тоже составляетъ постоянное явленіе при гортанной бугорчаткѣ и зависитъ либо отъ мышечной слабости, которая часто наблюдается у чахоточныхъ при отсутствіи какихъ либо измѣненій въ гортани, либо отъ механически затрудненной подвижности голосовыхъ связокъ, напр. при перихондритѣ черпаловидныхъ хрящей, либо отъ обусловленнаго изъязвленіемъ измѣненія формы голосовыхъ связокъ, такъ что можетъ наступить полная афонія. Бугорковыя разрощенія на задней стѣнкѣ гортани тоже могутъ ущемляться между задними частями голосовыхъ связокъ и мѣшать закрытію голосовой щели. Наконецъ, сближеніе голосовыхъ связокъ, а равно и колебательная способность ихъ могутъ быть затруднены вслѣдствіе того, что припухшія ложныя связки ущемляются въ голосовой щели или лежатъ на нихъ на-подобіе заглушителя. Ложныя связки могутъ также, вмѣсто истинныхъ, сближаться при фонаціи, причѣмъ голосъ принимаетъ нечистый, глухой оттѣнокъ. Когда входъ въ гортань становится отечнымъ (рис. 168), или когда пропитываніе ложныхъ связокъ и задней стѣнки достигаетъ очень сильной степени, либо просвѣтъ гортани суживается подъ вліяніемъ припухлости, обусловленной перихондритомъ, то появляется *одышка*, или же она усиливается, если она существовала уже раньше въ зависимости отъ легочнаго процесса.

При пропитываніи и изъязвленіи входа въ гортань и при перихондритѣ, рѣже при изъязвленіяхъ въ самой полости гортани, больные жалуются на колющія *боли*, которыя появляются особенно при кашлѣ и глотаніи и отдають въ соотвѣтственное ухо. Подчасъ боли бываютъ настолько сильны, что глотаніе становится почти совершенно невозможнымъ. Понятно, что вслѣдствіе затрудненнаго введенія пищи общее питаніе быстро падаетъ.

Распознаваніе въ большинствѣ случаевъ можетъ быть поставлено,

при нѣкоторой опытности, на основаніи ларингоскопической картины, тѣмъ болѣе, что почти всегда существуетъ одновременно легочная бугорчатка. Подчасъ, правда, картина бываетъ не столь характерна, такъ что бугорчатку гортани можно смѣшать съ другими заболѣваніями.

При пропитываніи ложныхъ связокъ, особенно въ нижнихъ частяхъ ихъ, образуется иногда продолговатое, краснаго цвѣта, гладкое или слегка бугристое утолщеніе слизистой оболочки, которое тянется на всемъ протяженіи ложныхъ связокъ и отдѣлено отъ истинныхъ связокъ неглубокой бороздкой, такъ что получается такое впечатлѣніе, какъ будто имѣется дѣло съ складкою слизистой оболочки, выпавшею изъ Морганіева желудка. И дѣйствительно, мнѣ часто приходилось убѣждаться, что состояніе это смѣшивали съ выворотемъ желудка (*eversio ventriculi*). Нерѣдко, впрочемъ, въ окружности утолщенія замѣчаются уже тамъ и сямъ бугорковые узелки и самое утолщеніе представляется рѣзко краснымъ, между тѣмъ остальная слизистая оболочка кажется блѣдною. Совершенно такую же картину представляетъ пропитываніе Морганіева желудка.

Особенно важно не смѣшать бугорчатку съ *сифилисомъ гортани*. Въ общемъ можно сказать, что сифилисъ преимущественно локализуется на надгортанникѣ и голосовыхъ связкахъ и обыкновенно переходитъ на гортань съ глотки, такъ что при сифилисѣ гортани очень часто можно констатировать одновременное или предшествовавшее пораженіе глотки; въ послѣднемъ случаѣ обыкновенно находятъ характерные рубцы. Бугорчатка, напротивъ, рѣже развивается первично въ надгортанникѣ и преимущественно локализуется на задней стѣнкѣ гортани, гдѣ она ведетъ къ образованію глубокихъ изъязвленій, окруженныхъ по краямъ сосочковыми разроженіями, а также на мѣстѣ голосовыхъ отростковъ. Однако, какъ бугорчатка, такъ и сифилисъ могутъ одинаково развиваться на любомъ мѣстѣ слизистой оболочки гортани, такъ что локалізація процесса сама по себѣ отнюдь не характерна для того или другого заболѣванія.

Бугорковые опухоли, особенно когда онѣ не подверглись язвенному распаденію, можно смѣшать съ другими опухолями; въ такихъ случаяхъ рѣшающее значеніе имѣетъ микроскопическое изслѣдованіе.

Что касается бугорковыхъ язвъ, то онѣ по своему виду отличаются отъ сифилитическихъ. Послѣднія имѣютъ обыкновенно рѣзкія очертанія и вывороченные, подрытые края, покрыты салнымъ налетомъ, окружены обыкновенно болѣе или менѣе сильно припухшими частями и быстро заживаютъ подъ вліяніемъ противосифилитическаго леченія, оставляя послѣ себя характерные рубцы. Бугорковые язвы обыкновенно болѣе плоски, распространяются больше по поверхности, нежели въ глубину, и окружены болѣе изъѣденными краями, въ покраснѣвшей окружности которыхъ нерѣдко видны полупросвѣчивающіе, сѣробѣлаго цвѣта бугорковые узелки. Отдѣляемое, которымъ покрыто дно бугорковыхъ язвъ, слизисто-гнойнаго характера и болѣе обильно, нежели плотно приставшій гной сифилитической язвы. Что касается рубцовъ, которые остаются послѣ сифилити-

ческихъ язвъ или встрѣчаются также одновременно съ ними, то они имѣютъ, правда, довольно характерный видъ, однако и бугорковыя язвы могутъ заживать и оставлять послѣ себя рубцы, которые обыкновенно, впрочемъ, не идутъ далеко вглубь и не ведутъ къ такимъ обезображиваніямъ, сращениямъ и суженіямъ полости гортани, какъ сифилитическіе рубцы. Тѣмъ не менѣе я видѣлъ въ одномъ случаѣ, послѣ заживленія бугорковыхъ язвъ, сращеніе ложныхъ связокъ въ передней трети ихъ, а въ другомъ подобное же рубцовое спаиваніе истинныхъ связокъ, такъ что одно присутствіе рубцовъ и сращеній не всегда говоритъ непременно за предшествовавшій сифилисъ.

Помимо указанныхъ особенностей, для бугорковыхъ язвъ характерно еще то, что въ отдѣляемомъ ихъ опредѣляются бугорковыя палочки. Затѣмъ при бугорчаткѣ осталая слизистая оболочка гортани чаще, чѣмъ при сифилисѣ, представляется поразительно блѣдною.

Во всякомъ случаѣ необходимо всегда тщательно изслѣдовать легкія и вообще весь организмъ, такъ какъ это можетъ дать важныя указанія, имѣется-ли дѣло съ бугорчаткою или же съ сифилисомъ.

Впрочемъ, какъ уже сказано было въ главѣ о сифилисѣ глотки, возможно и *сочетаніе сифилиса съ бугорчаткою*. Такъ, я припоминаю одного больного атлетическаго сложенія, у котораго на задней стѣнкѣ гортани была язва, производившая впечатлѣніе бугорковой. Вмѣстѣ съ тѣмъ, однако, у него оказались несомнѣнные признаки сифилиса, вслѣдствіе чего ему были назначены ртутныя втиранія. Всѣ другія явленія прошли, за исключеніемъ язвы въ гортани, оказавшейся бугорковою, такъ какъ въ отдѣляемомъ ея были найдены бугорковыя палочки. Больной, котораго мы на долгое время потеряли изъ виду, снова явился потомъ съ рѣзко выраженной легочной бугорчаткой, отъ которой онъ вскорѣ и погибъ.

При *волчанкѣ* гортани, которую тоже нужно имѣть въ виду, наблюдается часто одновременное заболѣваніе кожи; кромѣ того, она обыкновенно локализуется во входѣ въ гортань, преимущественно на надгортанникѣ, и сопровождается гипереміей слизистой оболочки. Далѣе, почти всегда имѣется дѣло съ молодыми субъектами, у которыхъ бугорчатка гортани встрѣчается рѣдко. Наконецъ, волчаночныя разрошенія и язвы легче кровоточатъ при дотрогиваніи, нежели бугорковыя, почти совершенно неболезненны и представляютъ гораздо болѣе медленное теченіе, такъ что одновременно наблюдаются различныя стадіи процесса—разрошенія, язвы и рубцы.

Ракъ гортани трудно смѣшать съ бугорчаткою. Узловатая форма его, локализанія на одной сторонѣ, сравнительно позднее изъязвленіе опухоли, отсутствіе измѣненій со стороны легкиихъ и пожилой возрастъ больного—все это говоритъ противъ бугорковаго процесса. Кромѣ того, при микроскопическомъ изслѣдованіи вырѣзаннаго кусочка наблюдаются обыкновенно характерныя различія.

Предсказаніе въ общемъ неблагопріятно, хотя встрѣчается несомнѣнное излеченіе, и въ послѣдніе годы, благодаря цѣлесообразному и тщательному леченію, случаи выздоровленія наблюдаются все чаще и чаще. Во всякомъ случаѣ, нельзя оспаривать, что самопроизвольное исцѣленіе встрѣчается отнюдь не такъ рѣдко, какъ это часто думаютъ; даже довольно значительныя изъязвленія могутъ вполне зарубцеваться, особенно при благопріятныхъ климатическихъ условіяхъ. Въ общемъ, правда, это бываетъ все-таки сравнительно рѣдко, и при цѣлесообразномъ мѣстномъ леченіи процентъ выздоровленій, разумѣется, значительно больше. При всемъ томъ въ большинствѣ случаевъ можетъ быть рѣчь лишь объ относительномъ излеченіи, такъ какъ обыкновенно наступаютъ возвраты, хотя зачастую и лишь спустя нѣсколько лѣтъ. Въ общемъ, конечно, шансы для больного тѣмъ лучше, чѣмъ раньше будетъ начато соответственное леченіе. Менѣе всего можно рассчитывать на излеченіе при бугорковомъ пораженіи надгортанника и входа въ гортань, такъ какъ, благодаря затрудненію глотанія, оно способствуетъ истощенію, и, съ другой стороны, область эта при глотаніи подвергается частому раздраженію.

Кстати, отмѣтимъ, что беременность ухудшаетъ предсказаніе, такъ какъ послѣ родовъ процессъ нерѣдко быстро принимаетъ неблагопріятное теченіе.

Когда язвы зарубцевываются, то, смотря по прежнему положенію и распространенію ихъ, могутъ появиться расстройства голоса, рѣже дыханія; болѣе глубокіе рубцы на голосовыхъ связкахъ обуславливаютъ, конечно, охриплость.

Леченіе. Такъ какъ почти всегда имѣется дѣло съ больными, которые одновременно страдаютъ легочной бугорчаткой, то прежде всего нужно, конечно, позаботиться о *цѣлесообразномъ образѣ жизни*. Провѣтриваніе комнатъ, пребываніе въ чистомъ хорошемъ воздухѣ, если возможно, въ соответственныхъ климатическихъ курортахъ, уходъ за кожей, легочная гимнастика, запрещеніе куренія, а также пребыванія въ пыльныхъ или дымныхъ помѣщеніяхъ, питательная пища, назначеніе креозота или мышьяка и т. п. составляютъ, разумѣется, чрезвычайно важныя, если не наиболѣе важныя мѣры.

Что касается *мѣстнаго леченія* гортанной бугорчатки, то не подлежитъ никакому сомнѣнію, что при поверхностномъ пораженіи слизистой оболочки различныя средства, и притомъ преимущественно *противогнилостныя*, приносятъ извѣстную пользу; по крайней мѣрѣ, язвы при такомъ леченіи вскорѣ становятся чище и сами больные въ большинствѣ случаевъ чувствуютъ себя лучше. Такъ, хорошо дѣйствуютъ борная кислота, іодоформъ, іодоль и нѣкоторыя другія средства. Ментоль, который предложенъ мною въ 10—20% масляномъ растворѣ для ежедневныхъ впрыскиваній въ гортань, обладаетъ, кромѣ сильнаго противогнилостнаго дѣйствія, еще и обезболивающимъ дѣйствіемъ, такъ что онъ оказывается довольно полезнымъ и при дисфагії; мало того, въ цѣломъ рядѣ слу-

чаевъ я наблюдалъ, подъ вліяніемъ ментола, рубцеваніе, по крайней мѣрѣ, болѣе поверхностныхъ язвъ. Примѣненіе его къ тому же настолько просто, что оно доступно каждому врачу.

Напротивъ, мѣстное примѣненіе *молочной кислоты*, которая въ терапіи гортанной бугорчатки занимаетъ, несомнѣнно, первое мѣсто, требуетъ извѣстной сноровки; *Krause*, который ввелъ это средство въ терапію легочной чахотки, вполне основательно придаетъ важное значеніе правильному и умѣлому примѣненію его. Ежедневно, либо черезъ день или черезъ 2 дня, молочную кислоту въ постепенно возрастающей концентраціи (30—50—80—100 %) энергично втираютъ въ пораженную часть слизистой оболочки гортани помощью ватнаго шарика, защемленного въ пинцетѣ. Такъ какъ подобныя втиранія болѣзненны, то нужно предварительно обезболить слизистую оболочку смазываніями или впрыскиваніями кокаина.

Цѣлымъ рядомъ почтенныхъ ларингологовъ сообщены случаи заживленія бугорковыхъ язвъ подъ вліяніемъ примѣненія молочной кислоты.— *Brésger* совѣтуетъ втирать предложенный *Kollmann*'омъ растворъ молочной кислоты въ ментолѣ (равныя части).

У истощенныхъ больныхъ, особенно когда процессъ въ легкихъ уже далеко зашелъ и бугорчатка гортани тоже приняла значительное распространеніе, лучше воздержаться отъ употребленія молочной кислоты.

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ *Ruault* предложилъ *phenolum sulfocinicum* (phenol. 30,0: natr. sulfocin. 70,0) для смазыванія, resp. втираній при бугорковыхъ пораженіяхъ гортани. Полученные имъ благоприятные результаты были подтверждены, между прочимъ, *Герингомъ*, по наблюденіямъ котораго средство это устраняетъ дисфагію, содѣйствуетъ уменьшенію бугорковыхъ пропитываній и даетъ отличные результаты при пораженіяхъ голосовыхъ связокъ.

При пропитываніяхъ молочная кислота дѣйствуетъ менѣе хорошо, чѣмъ при изъязвленіяхъ; ихъ лучше всего удалить, насколько возможно, *выскабливаніемъ (curretement, см. выше)*. Послѣднее особенно энергичски примѣняется *Герингомъ*, который не стѣсняется удалить большой кусокъ слизистой оболочки гортани, напр. одну черпало-надгортанную складку, если она инфильтрирована. Хотя я лично не примѣняю такъ смѣло выскабливанія, тѣмъ не менѣе я считаю ихъ весьма полезными, особенно при бугорковыхъ разроженіяхъ и болѣе ограниченныхъ пропитываніяхъ; не слѣдуетъ только слишкомъ часто повторять ихъ, а лучше удалить *заразъ* возможно больше. Повторныя выскабливанія, судя по моимъ наблюденіямъ, иногда какъ-будто способствовали болѣе быстрому распространенію процесса.

При сильномъ затрудненіи глотанія вслѣдствіе отежной припухлости слизистой оболочки во входѣ въ гортань даютъ глотать кусочки льда, если же это не помогаетъ, то нужно сдѣлать глубокія *насычки* посредствомъ гортаннаго ножа. Когда боли при глотаніи зависятъ отъ язвъ на

задней стѣнкѣ гортани, то *Schrötter* совѣтуетъ, какъ наилучшее средство, вдунанія морфія. вмѣстѣ съ тѣмъ нужно назначить щлесообразную пищу; именно, въ то время какъ глотаніе жидкостей при боляхъ сопряжено съ большими затрудненіями, глотаніе кашицеобразныхъ и слизистыхъ веществъ (яйца, густое молоко, яичный желтокъ съ молокомъ, желе и проч.) умѣренной температуры совершается лучше. При очень болѣзненномъ глотаніи въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится кормить больныхъ черезъ зондъ.

Гальванокаустика тоже можетъ быть подчасъ примѣнена при пропитываніяхъ; при бугорковыхъ опухоляхъ особенно заслуживаетъ примѣненія гальванокаустическая петля.

Трахеотомія показуется, по *M. Schmidt*у, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда существуетъ суженіе гортани или тяжелое пораженіе ея и безъ суженія, при сравнительно незначительномъ пораженіи легкихъ, далѣе, при быстро протекающихъ процессахъ въ гортани и, наконецъ, при одновременной болѣзненности глотанія. Польза трахеотоміи заключается, по его мнѣнію, не только въ возможности болѣе обильной доставки кислорода легкимъ, но и въ устраненіи всякихъ механическихъ и термическихъ раздраженій гортани.

Волчанка гортани.

Этіологія. Хотя при волчанкѣ, какъ и при бугорчаткѣ, находятъ въ грануляціонной ткани гигантскія клѣтки и бугорковыя палочки—послѣднія, правда, сравнительно рѣдко,—тѣмъ не менѣе между обоими про-

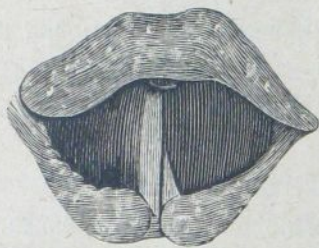


Рис. 171. Волчаночные узелки на надгортанникѣ, на лѣвой ложной связкѣ и на слизистой оболочкѣ, покрывающей черпаловидные хрящи. У бокового края надгортанника съ обѣихъ сторонъ рубецъ.

цессами существуетъ настолько рѣзкое клиническое различіе, что волчанка гортани должна быть разсмотрѣна особо. Несомнѣнно, что волчанка гортани чаще присоединяется вторично къ волчаночному пораженію кожи, хотя рядомъ наблюденій установлена возможность первичнаго развитія ея въ гортани. Я самъ наблюдалъ долгое время три такихъ случая, причемъ процессъ не распространился вверхъ, на глотку, какъ это подчасъ тоже бываетъ. Обыкновенно имѣется дѣло съ лицами женскаго пола въ возрастѣ моложе 20 лѣтъ; въ моихъ случаяхъ одной больной было 9 лѣтъ, другой—16 и третьей—36 лѣтъ (ларингоскопическая картина, наблюдавшаяся въ 3-мъ случаѣ, представлена на рис. 171).

Симптомы. Больные жалуются на ощущеніе давленія и ссаденія въ горлѣ, но болѣе обыкновенно почти не бываетъ; голосъ вначалѣ нерѣдко мало измѣненъ, въ дальнѣйшемъ же появляется *охриплость*. Если волчаночное пропитываніе достигаетъ рѣзкой степени и образуются язвы, а затѣмъ рубцы, то влѣдствіе суженія просвѣта гортани можетъ присоединиться *затрудненное дыханіе*.

Наичаще поражается надгортанникъ, но процессъ можетъ занимать также черпало-надгортанныя складки, ложныя и истинныя связки и межчерпаловидное пространство. Участки, занятыя пропитываніемъ, представляются утолщенными, и на поверхности ихъ наблюдаются *узелки* (рис. 171) величиною съ булавочную головку или больше, такъ что она оказывается неровной, бугристой, усаженной какъ-бы мелкими грануляціями.

Изъязвленія образуются очень медленно и, въ противоположность изъязвленіямъ иного происхожденія, обыкновенно не бывають покрыты отдѣленіемъ; въ очень рѣдкихъ случаяхъ дѣло можетъ дойти до омертвѣнія хряща.

Наряду съ язвами наблюдаются иногда *рубцы*, на которыхъ подчасъ развиваются новыя узелки.

Волчанка гортани *протекаетъ* чрезвычайно медленно; въ одномъ изъ моихъ случаевъ въ продолженіе 8-мѣсячнаго наблюденія—за исключеніемъ результата, непосредственно достигнутаго операціей—не наступило никакого существеннаго измѣненія.

Распознаваніе. Легче всего волчанку можно смѣшать съ бугорчаткою; однако присутствіе узелковъ на инфильтрированной и покраснѣвшей слизистой оболочкѣ, наличность медленно распространяющихся изъязвленій, не покрытыхъ отдѣленіемъ, и одновременное существованіе пропитыванія, язвъ и рубцовъ служатъ достаточными отличительными признаками отъ *бугорчатки*, при которой слизистая оболочка бываетъ обыкновенно блѣдною, изъязвленія развиваются быстрѣе и рубцы большею частью отсутствуютъ. Затѣмъ при бугорчаткѣ почти всегда существуетъ одновременное пораженіе легкихъ; наконецъ, въ бугорковыхъ язвахъ гораздо легче удастся найти бугорковыя палочки, нежели въ волчаночныхъ.

Сифилитическія язвы отличаются отъ волчаночныхъ тѣмъ, что онѣ развиваются быстрѣе, бывають большею частью округлой формы и имѣють рѣзкія очертанія; сифилитическіе рубцы распространяются болѣе вглубь и обыкновенно болѣе обширны. Къ тому же они встрѣчаются рѣдко у молодыхъ дѣвушекъ въ томъ возрастѣ, въ какомъ наблюдается волчанка.

Предсказаніе сомнительно и зависитъ отъ распространенности процесса и дальнѣйшаго теченія его, въ которомъ подчасъ присоединяется легочная чахотка.

Леченіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ получается хорошій результатъ отъ гальванокаустики или отъ прижиганій химическими средствами (молочная кислота, азотнокислое серебро и проч.). Иногда можно сдѣлать также выскабливаніе. Внутрь даютъ іодистый сиропъ, рыбій жиръ и укрѣпляющія средства. Впрыскиванія туберкулина могутъ вызвать суженіе просвѣта гортани влѣдствіе остраго опуханія слизистой оболочки, но ихъ можно испробовать, если одновременно примѣнять интубацію.

Сифились гортани.

Этіологія. Хотя сифились гортани развивается очень часто вследствие непосредственного перехода процесса съ глотки (рис. 172), тѣмъ не менѣе не подлежитъ сомнѣнію, что сифилитическое заболѣваніе гортани встрѣчается также и при отсутствіи пораженія глотки. Въ подобныхъ случаяхъ развитіе сифилитическаго процесса можно объяснить мѣстными вредными воздѣйствіями, переутомленіемъ голоса, предшествовавшими катаррами и проч., подобно тому, какъ, напр., легкія поврежденія большеберцовой кости считаются условіями, содѣйствующими сифилитическимъ пораженіямъ ея.

Непосредственный переходъ сифилитическаго процесса съ глотки на гортань дѣлаетъ понятнымъ, почему сравнительно столь часто поражаются надгортанникъ и входъ въ гортань; отсюда процессъ распространяется на ложныя голосовыя связки, затѣмъ на истинныя связки и т. д. Для поздняго сифилиса гортани у дѣтей характерно, по наблюденіямъ *Strauss'a* и *Baginsky'а*, пораженіе надгортанника, которое выражается либо простою припухlostью его, либо обыкновенно образованіемъ бородавчатыхъ, сосочковыхъ разрошеній.



Рис. 172. Сифилитическая язва, распространяющаяся изъ лѣвой *vallecula* черезъ черпало-надгортанную складку на надгортанникъ (по *Brown'e'y*).

Сифились проявляется въ гортани въ тѣхъ же формахъ, какъ и въ глоткѣ, именно, въ видѣ твердаго шанкра, эритемы, вторичныхъ и третичныхъ язвъ и гуммъ, причемъ послѣ заживленія язвъ остаются характерныя рубцы.

Среди нашего поликлиническаго матеріала (16.000 больныхъ) сифилитическія явленія въ гортани наблюдались у 58 больныхъ, при этомъ на возрастъ 14—20 лѣтъ приходится около 9% случаевъ, 20—30 лѣтъ около 25%, 30—40 лѣтъ около 38%, 40—50 лѣтъ приблизительно 19% и 50—60 лѣтъ около 9%.

Симптомы. Твердый шанкръ въ гортани, именно на надгортанникѣ, былъ наблюдаемъ *Moure'омъ*.

Эритема, относящаяся къ *вторичному періоду*, появляется приблизительно черезъ 6 недѣль послѣ зараженія, но можетъ появиться также лишь по прошествіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ; она развивается медленно и незамѣтно, причемъ при локализациі на голосовыхъ связкахъ она обуславливаетъ, по *Brown'e'y*, характерное измѣненіе голоса (*raucedo syphilitica*). Эритема выражается темной, слегка пурпуровой краснотой, занимающей слизистую оболочку гортани обыкновенно въ видѣ ограниченныхъ пятенъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдается болѣе разлитая краснота, сопровождающаяся обыкновенно припуханіемъ слизистой оболочки.

Слизистыя папулы (condylomata lata), возможность развитія которыхъ въ гортани одно время оспаривалась, несомнѣнно встрѣчаются, хотя и рѣдко. Среди нашихъ 58 случаевъ сифилиса гортани онѣ наблюдались въ 6-ти.

Слизистыя папулы помѣщаются наичаще на истинныхъ голосовыхъ связкахъ, но могутъ встрѣчаться также на надгортанникѣ, ложныхъ связкахъ, черпаловидныхъ хрящахъ и задней стѣнкѣ гортани. Онѣ наблюдаются либо въ одиночномъ числѣ, либо по нѣсколько, и имѣютъ тотъ же видъ, какъ и въ глоткѣ, но почти никогда не достигаютъ такихъ размѣровъ, какъ въ послѣдней.

Онѣ представляются въ видѣ сѣроватаго цвѣта плоскихъ, кругловатыхъ возвышеній, которыя состоятъ изъ утолщеннаго эпителія, инфильтрированнаго круглыми клѣтками, и окружены красноватымъ вѣнчикомъ. Распаденіе ихъ начинается съ центра, причеиъ здѣсь получается красное, ссаднящее мѣсто, которое окружено периферическою частью папулы на-подобіе сѣровато-бѣлаго вѣнчика; мало по малу распадается и периферическая часть, такъ что на мѣстѣ папулы остается ограниченная краснота.

Къ вторичнымъ явленіямъ относятся также *поверхностныя изъязвленія*, которыя развиваются однако позже, нежели папулы. Между тѣмъ какъ послѣднія появляются уже черезъ 6 недѣль послѣ зараженія (въ одномъ изъ нашихъ случаевъ черезъ 4 недѣли), либо черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, годъ или позже, вторичныя изъязвленія встрѣчаются обыкновенно лишь по прошествіи нѣсколькихъ лѣтъ. Онѣ происходятъ влѣдствіе распаденія папулъ или инфильтратовъ и имѣютъ такой же видъ, какъ и въ глоткѣ.

Третичная форма сифилиса гортани выражается образованіемъ *гуммъ*. Послѣднія развиваются обыкновенно поздно, черезъ 5—10 лѣтъ послѣ первичной язвы, и проявляются либо въ видѣ разлитой, либо въ видѣ ограниченной припухлости, зависящей отъ пропитыванія болѣе глубокихъ частей слизистой оболочки, которое можетъ доходить до надхрящницы. Гуммы, бывающія величиною отъ булавочной головки до вишни, развиваются большею частью быстро и могутъ наблюдаться на любомъ мѣстѣ слизистой оболочки гортани.

Когда гуммы распадаются, то образуются глубокія язвы, которыя имѣютъ рѣзкія очертанія, окружены темнокраснымъ вѣнчикомъ и покрыты гнойнымъ грязнымъ отдѣленіемъ. Онѣ распространяются вглубь и могутъ такимъ образомъ вызвать не только обширныя разрушенія, напр. надгортанника, черпало-надгортанныхъ складокъ или голосовыхъ связокъ (рис. 173 и 174), но и перейти также на надхрящницу и повести къ перихондриту или омертвѣнію хряща (перихондритъ можетъ, однако, развиться и самостоятельно). Такъ, мы нерѣдко наблюдали поражение надхрящницы одного или обоихъ черпаловидныхъ хрящей съ послѣдовательнымъ омертвѣніемъ ихъ или и безъ такового. Сравнительно рѣдко

поражается щитовидный хрящъ, чаще—перстневидный, и притомъ обыкновенно пластинка его; когда послѣдняя, вслѣдствіе омертвѣнія, разрушается, то черпаловидные хрящи, лишенные опоры, наклоняются впередъ и сближаются между собою, такъ что вслѣдствіе суженія голосовой щели можетъ наступить затрудненіе дыханія.

Одышка появляется тѣмъ скорѣе, чѣмъ раньше присоединятся и чѣмъ рѣзче будутъ выражены припухлость и отечность слизистой оболочки, постоянно сопровождающія перихондритъ. Когда омертвѣвшіе хрящи извергаются, то форма полости гортани, конечно, измѣняется. Но въ особенности къ обезображиваніямъ гортани ведутъ рубцы, которые остаются послѣ заживленія третичныхъ язвъ. Какъ извѣстно, ни одни рубцы не



Рис. 173. Рубцовые дефекты въ гортани (по *Krieg'e*). Отъ надгортанника осталась только небольшая часть; вмѣсто праваго черпаловиднаго хряща большой рубецъ. Правая голосовая связка представляетъ сзади дефектъ, который при фонаціи закрывается ложной связкой.

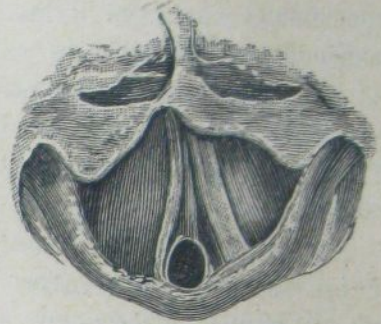


Рис. 174. Стенозирующая перепонка между голосовыми связками послѣ сифилиса; сзади осталось еще отверстіе для прохожденія воздуха. Большой дефектъ на надгортанникѣ (по *Browne'y*).

имѣютъ такой наклонности къ сморщиванію, какъ сифилитическіе; поэтому послѣ заживленія глубокихъ сифилитическихъ язвъ и наблюдаются измѣненія нормальныхъ очертаній гортани и суженія просвѣта ея. Наичаще подобныя измѣненія встрѣчаются на надгортанникѣ (рис. 173 и 174), который разрушается на большемъ или меньшемъ протяженіи и можетъ быть сращенъ съ корнемъ языка; иногда онъ оттягивается въ сторону рубцовой перемычки, которая тянется отъ него къ черпало-надгортанной складкѣ. Если образованіе рубцовой ткани простирается на весь входъ въ гортань, то можетъ наступить суженіе его (рис. 173). Ложныя связки вслѣдствіе глубокихъ рубцовъ оказываются иногда узкими и истонченными, такъ что соотвѣтственная истинная связка представляется болѣе широкою и полость Морганіева желудочка лучше видна. Особенно важное значеніе имѣютъ рубцы, развивающіеся на краю голосовыхъ связокъ; они, во-первыхъ, мѣшаютъ фонаціи и могутъ обусловить даже полную афонію, во-вторыхъ, они простираются подчасъ отъ одной голосовой связки до другой и могутъ повести къ сращенію или къ образо-

ванію между ними перепонки (рис. 174 и 175), такъ что образуется суженіе. Рубецъ въ задней части голосовой связки или на задней стѣнкѣ гортани можетъ фиксировать черпаловидный хрящъ и обусловить такимъ образомъ неподвижность соответственной голосовой связки.

Симптомы. При вторичныхъ явленіяхъ въ гортани больные обыкновенно жалуются только на болѣе или менѣе сильную охриплость, но когда папулы помѣщаются, напр., на краю надгортанника, то можетъ ощущаться и легкая боль при глотаніи, которая при распаденіи папулъ бываетъ, конечно, сильнѣе. При образованіи гуммъ, напр., на одной голосовой связкѣ, расстройства могутъ ограничиваться *охриплостью* или афоніей; когда онѣ сидятъ на черпало-надгортанныхъ складкахъ, ложныхъ голосовыхъ связкахъ или задней стѣнкѣ гортани, то наблюдаются также боли при глотаніи; особенно болѣзненно бываетъ глотаніе, когда образовались третичныя язвы или перихондритъ, причемъ боль отдаетъ въ соответственное ухо. При гуммозныхъ язвахъ отхаркивается также гнойное отдѣленіе, которое бываетъ иногда смѣшано съ кровью. Гуммозное пропитываніе слизистой оболочки въ подвязочной области можетъ обусловить опасное суженіе просвѣта гортани. Гумма можетъ достигать такихъ размѣровъ, что она уже сама по себѣ суживаетъ просвѣтъ гортани; съ другой стороны, суженіе можетъ зависеть отъ припухлости и отека въ окружности пораженнаго черпаловиднаго хряща, такъ что появляется *одышка*, тѣмъ болѣе, что при этомъ смѣщеніе соответственной голосовой связки наружу нерѣдко затруднено и голосовая щель, вслѣдствіе этого, становится уже. Когда при перихондритѣ перстневиднаго хряща омертвѣваетъ и разрушается пластинка его, то затрудненіе дыханія наступаетъ обыкновенно внезапно и достигаетъ такихъ размѣровъ, что болѣею частью приходится немедленно дѣлать трахеотомию. Наконецъ, и рубцы, которые нерѣдко суживаютъ просвѣтъ, тоже обуславливаютъ затрудненіе дыханія.

Если разрушена большая часть надгортанника, то происходитъ недостаточное закрытіе гортани при глотаніи и больные вначалѣ *поперхиваются* во время ѣды; вскорѣ, однако, они научаются достаточно закрывать входъ въ гортань болѣе сильнымъ сокращеніемъ сжимающихъ мышцъ, такъ что они могутъ уже свободно ѣсть.

Распознаваніе существенно облегчается анамнезомъ, въ особенности же при наличности свѣжихъ сифилитическихъ явленій на другихъ мѣстахъ тѣла, преимущественно въ глоткѣ, или при наличности рубцовъ, которые остались послѣ бывшихъ раньше специфическихъ язвъ.

Вторичныя явленія болѣею частью настолько характерны, что ихъ

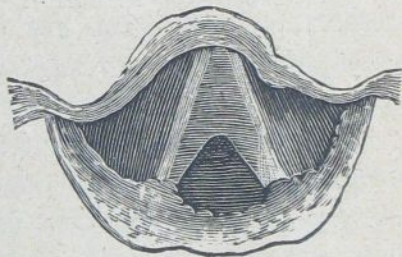


Рис. 175. Рубцовая перепонка между голосовыми связками, слившаяся съ тканью ихъ, у больной съ третичнымъ сифилисомъ.

трудно съ чѣмъ либо смѣшать; правда, *эритему* можно иногда принять за послѣдствіе тяжелаго остаго катарра гортани, и на основаніи одной ларингоскопической картины ее подчасъ не легко отличить (подробности см. во главѣ „Сифилисъ глотки“).

Третичныя язвы имѣютъ рѣзкія очертанія, сальное дно и окружены темнокраснымъ или слегка багровымъ вѣничкомъ; *бугорковыя* язвы, напротивъ, болѣе плоски, покрыты скуднымъ вязкимъ отдѣленіемъ и представляютъ нерѣдко на изъѣденныхъ, покрасѣвшихъ краяхъ бугорковые узелки. При *ракѣ* наблюдается изрытая язва, сидящая на плотной, бугристой опухоли; она легко кровоточитъ, и, кромѣ того, въ этомъ періодѣ обыкновенно находятъ уже припухшія лимфатическія железы.

Быстрое развитіе гладкой и круглой припухлости говоритъ за *гумму*; въ случаѣ какихъ либо сомнѣній, назначеніе іодистаго кадія вскорѣ покажетъ, съ чѣмъ имѣется дѣло, такъ какъ при этомъ гумма скоро разсасывается.

Рубцы, если они встрѣчаются одновременно съ язвами, не представляютъ никакихъ затрудненій въ отношеніи опредѣленія свойства ихъ; однако, даже когда они существуютъ сами по себѣ, они вполне характерны, такъ какъ ведутъ къ обширнымъ разрушеніямъ и суженіямъ просвѣта гортани. Они представляются въ видѣ бѣлыхъ, почти тесьмообразныхъ, сухожильныхъ или болѣе или менѣе лучистыхъ втягиваній слизистой оболочки и, въ виду распространенности и глубины ихъ, едва-ли могутъ быть смѣшаны съ рубцами другого происхожденія.

При сморщиваніи рубцовой ткани могутъ наступить разстройства кровообращенія, а вслѣдствіе недостаточнаго питанія старыя рубцы могутъ опять распадаться, нерѣдко на значительномъ протяженіи. Съ другой стороны, участки слизистой оболочки, окруженные рубцовой тканью, могутъ, вслѣдствіе сморщиванія послѣдней, подвергнуться такому сдавленію у основанія ихъ, что подъ вліяніемъ происходящаго въ нихъ венознаго застоя развиваются хроническій отекъ или гипертрофическіе процессы. Благодаря этому, могутъ образоваться встрѣчающіяся нерѣдко при сифилисѣ полипoidныя утолщенія.

Предсказаніе въ общемъ благопріятно, такъ какъ даже при обширномъ процессѣ обыкновенно удается добиться обратнаго развитія его подъ вліяніемъ специфическаго леченія. Однако перихондритъ перстневиднаго хряща можетъ подчасъ угрожать жизни, омертвѣніе же другихъ хрящей или образованіе рубцовъ можетъ повести къ суженію просвѣта гортани.

Леченіе то же, какъ и при сифилисѣ вообще, именно назначаютъ ртутныя препараты или іодистый калий, либо, особенно въ третичномъ періодѣ, одновременно ртуть и іодъ.

Если эритема вызываетъ значительную охриплость, то можно примѣнить мѣстно вяжущія средства; папулы въ общемъ не требуютъ особаго вмѣшательства. Вторичныя язвы можно присыпать іодоформомъ, смазывать растворомъ азотнокислаго серебра или прижигать ляписомъ *in substantia*; такъ же поступаютъ и при третичныхъ язвахъ. *De-*

marquai и *Schnitzler* совѣтуютъ вдыханіе 10% раствора сулемы. При быстромъ появленіи одышки необходима трахеотомія, если не желательно предварительно испытать интубацію. Рубцовыя суженія, если они затрудняютъ дыханіе, требуютъ бужирования (см. общая терапия) или хирургическаго леченія (перерѣзка рубцовъ, разрушеніе перепонокъ гальванокаутеромъ съ послѣдовательнымъ бужированіемъ, иногда ларинготомія съ изсѣченіемъ суженной части).

Проказа гортани.

Этіологія. Проказа гортани никогда не встрѣчается самостоятельно, а всегда одновременно съ явленіями на другихъ мѣстахъ тѣла, при чемъ она вызывается внѣдреніемъ проказныхъ палочекъ (см. Проказа зѣва).

Проказныя палочки обуславливаютъ хроническій воспалительный процессъ, который ведетъ къ образованію грануляціонной ткани. Въ дальнѣйшемъ новообразованныя массы распадаются или же, вслѣдствіе сморщиванія ихъ, образуются обширныя рубцы.

Симптомы. Голосъ бываетъ болѣе или менѣе охрипшимъ и наблюдается сильная одышка.

При изслѣдованіи зеркаломъ находятъ плоскія гладкія или болѣе бородавчатая, *узловатая утолщенія* на надгортанникѣ, черпало-надгортанныхъ складкахъ и черпаловидныхъ хрящахъ; при болѣе сильномъ развитіи процесса пораженныя части оказываются утолщенными. Утолщеніе можетъ распространяться также на ложныя голосовыя связки, заднюю стѣнку гортани и даже истинныя связки, такъ что просвѣтъ гортани очень сильно суживается. Наряду съ узлами или болѣе равномернымъ утолщеніемъ нерѣдко наблюдаются глубокія *язвы* и иногда также *рубцы*. Слизистая оболочка красна, на припухшихъ же мѣстахъ бѣлаго цвѣта вслѣдствіе утолщенія эпителия.

Распознаваніе легко, такъ какъ, помимо описанныхъ довольно характерныхъ измѣненій, находятъ также проказные узлы на другихъ мѣстахъ тѣла.

Предсказаніе неблагоприятно; процессъ протекаетъ чрезвычайно медленно и кончается смертью, нерѣдко при явленіяхъ суженія гортани.

Леченіе остается безуспѣшнымъ; при развившемся суженіи нужно сдѣлать трахеотомію.

Склерома гортани.

Этіологія. Подобно тому, какъ въ носу и глоткѣ, и въ слизистой оболочкѣ гортани и дыхательнаго горла можетъ развиваться, подъ влияніемъ внѣдренія особаго бацилла (*Frisch*) (рис. 176), хроническій воспалительный процессъ, ведущій къ рѣзкому затвердѣнію пораженныхъ частей.

Наиболее болѣзнь эта встрѣчается въ среднемъ возрастѣ.

Симптомы. Слизистая оболочка надгортанника, задней стѣнки гортани, въ особенности же подвязочной области пронизывается, какъ и подслизистая ткань, круглыми и веретенообразными клѣтками, которыя превращаются затѣмъ въ соединительную ткань. Благодаря сморщиванію послѣдней, образуется на обширномъ пространствѣ плотная рубцовая ткань; изъязвленія, напротивъ, развиваются очень рѣдко, да и то лишь поверхностныя.

Подъ вліяніемъ указаннаго процесса, происходятъ *утолщенія слизистой оболочки*, особенно подвязочной области, а также измѣненія формы и *суженія* полости гортани.

Сморщенные части представляются въ видѣ бѣлыхъ *рубцовъ* полудунной формы. *Отдѣляемое* въ гортани бываетъ болѣею частью вяз-

кимъ, легко засыхаетъ въ корки и имѣетъ *непріятный запахъ*. Обыкновенно существуютъ *охриплость* и *кашель*, который нерѣдко бываетъ очень мучительнымъ, потому что засохшее отдѣленіе очень трудно отхаркивается. Вслѣдствіе утолщеній слизистой оболочки и измѣненій формы гортанной полости довольно часто наблюдается *одышка*, которая можетъ быть обусловлена также засохшимъ отдѣленіемъ, еще болѣе суживающимъ просвѣтъ гортани.



Рис. 176. Палочки риносклеромы *Fränkel-Pfeiffer*'а.

Распознаваніе зачастую не легко; всегда необходимо изслѣдовать также носъ и глотку, въ особенности же носоглоточное пространство. Отъ сифилитическихъ пропитываній склерома отличается своимъ медленнымъ теченіемъ и малою склонностью къ образованію изъязвленій. Безусловно точный діагнозъ можетъ быть поставленъ на основаніи микроскопическаго resp. бактериологическаго изслѣдованія вырѣзаннаго кусочка.

Предсказаніе неблагоприятно.

Леченіе. Съ цѣлью удаленія засохшаго секрета *Schrötter* совѣтуетъ вдыханія отвара бузины или раздражающихъ паровъ, напр.,

скипидара. При суженіи полости гортани нужно примѣнять буживаніе.

При *кори*, помимо катарра гортани, наблюдаемаго въ продромальномъ періодѣ, во время высыпанія можетъ появиться на слизистой оболочкѣ гортани пятнистая сыпь съ послѣдовательнымъ образованіемъ узелковъ величиною до маковаго зерна; вмѣстѣ съ тѣмъ наблюдаются иногда кровоизліянія, эрозіи и даже изъязвленіе. Не рѣдкое явленіе составляетъ крупъ.

При *скарлатинѣ* наблюдается, довольно тяжелый подчасъ, острый ларингитъ, подвязочный ларингитъ и такъ назыв. скарлатинная дифтерія (см. Дифтерія).

При *оспѣ*, обыкновенно черезъ 3—6 дней послѣ высыпанія пустулъ на кожѣ, развиваются катарральныя явленія въ гортани и *пустулы*, которыя при отторженіи эпителиальнаго покрова могутъ подавать поводъ къ изъязвленіямъ. При гѣморрагической оспѣ наблюдаются кровотеченія и кровоподтеки въ слизистой оболочкѣ гортани.

Наблюдались также *дифтерійныя* воспаленія слизистой оболочки гортани.

Когда язвы распространяются вглубь, то можетъ развиваться *воспаленіе надхрящницы*, которое обыкновенно сопровождается *отекомъ*; послѣдній можетъ, однако, появиться и самостоятельно. Отъ отечнаго пропитыванія слизистой оболочки зависятъ, по всей вѣроятности, наблюдаемые иногда параличи гортанныхъ мышцъ.

Брюшной тифъ. Между тѣмъ какъ большинство авторовъ указываетъ, что при брюшномъ тифѣ обыкновенно наблюдается катарръ гортани, *Landgraf* не находилъ его и въ половинѣ своихъ случаевъ. Вполнѣ выраженный катарръ встрѣчается рѣдко, зато сравнительно часто наблюдается гиперемія отдѣльныхъ участковъ слизистой оболочки, особенно на внутренней поверхности черпаловидныхъ хрящей и на прилежащихъ частяхъ голосовыхъ связокъ, а также на надгортанникѣ. Гиперемія эта, вѣроятно, частью активная, частью застойная, причѣмъ къ ней присоединяется частичное отслоеніе эпителия, который подчасъ остается на слизистой оболочкѣ въ видѣ отрубевиднаго налета, или же сейчасъ отпадаетъ, такъ что образуются незначительныя *эрозіи* (*Landgraf*). Измѣненія эти наступаютъ обыкновенно между концомъ первой и началомъ третьей недѣли тифа и обусловливаютъ ощущеніе сухости или щекотанія въ горлѣ, либо незначительныя боли при глотаніи.

Въ дальнѣйшемъ на гиперемированныхъ мѣстахъ происходитъ иногда частичное *омертвѣніе эпителия*, причѣмъ на слизистой оболочкѣ замѣчаются небольшія сѣрожелтаго цвѣта пятна, въ которыхъ находятъ

желтый и золотистый стафилококки; пока, однако, еще не выяснено, вызывается ли омертвѣніе эпителия этими микроорганизмами, или же оно составляет первичное явленіе и только способствует размноженію ихъ.

Къ указаннымъ измѣненіямъ можетъ присоединиться *отекъ*, подъ вліяніемъ котораго слизистая оболочка на надгортанникѣ трескается, такъ что хрящъ обнажается и мѣстами затѣмъ омертвѣваетъ.

Процессы эти развиваются обыкновенно на 2-й недѣлѣ тифа, или позже, и причиняютъ боли. Помимо этого, слизистая оболочка по краю надгортанника, а также на мѣстѣ голосовыхъ отростковъ, на черпало-надгортанныхъ складкахъ и задней стѣнкѣ гортани можетъ подвергнуться *омертвѣнію*; въ дальнѣйшемъ омертвѣвшія части отпадаютъ и образуются *язвы*, которыя вскорѣ заживаютъ, но могутъ подчасъ повести къ воспаленію надхрящницы и къ постепенному омертвѣнію хряща. Вслѣдствіе этого глотаніе становится болѣе болѣзненнымъ, присоединяются кашель и охриплость и даже можетъ наступить затрудненіе дыханія, такъ что нерѣдко приходится дѣлать трахеотомию.

Собственно *тифозныя язвы*, развивающіяся изъ тифознаго пропитыванія аденоидной ткани, встрѣчаются на задней стѣнкѣ гортани, на гортанной поверхности, надгортанникѣ и на ложныхъ голосовыхъ связкахъ.

Перихондритъ, появляющійся въ теченіи тифа, бываетъ всегда вторичнаго происхожденія и развивается въ началѣ періода выздоровленія. Онъ присоединяется къ предшествовавшимъ язвамъ и очень рѣдко ведетъ къ образованію замкнутыхъ нарывовъ. Почти всегда при перихондритѣ приходится дѣлать трахеотомию, хотя описаны случаи, когда онъ проходилъ самъ собою.

Рожа гортани.

Этіологія. *Massei*, повидимому, основательно указываетъ на то, что „многіе случаи, описанные и разсматриваемые какъ флегмонозный ларингитъ, суть не что иное, какъ рожа гортани“. Хотя пока еще не рѣшенъ окончательно вопросъ, тождественны-ли между собою гноеродный и *Fehleisen*'овскій стрептококкъ или нѣтъ, и *Kuttner*, на основаніи своихъ изслѣдованій, тоже приходитъ къ заключенію, что рожа и заразная флегмона гортани пока еще не могутъ быть разграничены въ отношеніи этиологіи ихъ, тѣмъ не менѣе можно утверждать, что рожистый стрептококкъ обладаетъ болѣе сильною вредоносностью и что рожа гортани можетъ быть клинически обособлена. *Semon*, основываясь на своихъ наблюденіяхъ, объединяетъ острый отекъ гортани, рожу гортани и острую заразную флегмону глотки и гортани подъ общимъ названіемъ „острыхъ септическихъ воспаленій гортани и глотки“. Первичная рожа гортани развивается обыкновенно вслѣдствіе внѣдренія заразнаго начала черезъ какое либо поврежденіе на корнѣ языка. Кромѣ того, наблюдается еще вторичная

рожа гортани, которая развивается вслѣдствіе перехода рожистаго процесса съ лица или глотки.

По *Massei*, для рожі характерны: 1) *припухлость слизистой оболочки*, которая, начинаясь съ аденоидной ткани язычнаго миндалика, переходитъ на надгортанникъ и черпало-надгортаннныя складки; 2) *лихорадка*, которая вначалѣ доходитъ до 40°,0—41°,0, вскорѣ ослабѣваетъ и затѣмъ снова обостряется; 3) быстрое и послѣдовательное *распространеніе припухлости* съ одного мѣста на другое. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни можетъ присоединиться рожа глотки и лица, блуждающая пневмонія и, наконецъ, коллапсъ.

Окологортаннныя *лимфатическія железы* увеличены.

Первымъ субъективнымъ припадкомъ бываетъ *боль при глотаніи*, которая зависитъ отъ припухлости слизистой оболочки на корнѣ языка; затѣмъ вслѣдствіе опуханія входа въ гортань появляется *затрудненіе дыханія*, между тѣмъ какъ голосъ бываетъ обыкновенно лишь слегка нечистымъ. Въ позднѣйшихъ степеняхъ рожі гортани могутъ образоваться на надгортанникѣ большіе пузыри, которые наполняются гноемъ, или же могутъ развиваться настоящіе *нарывы*. Въ такихъ случаяхъ одышка очень быстро усиливается, и если не будетъ сдѣлана скоро трахеотомія, то больной погибаетъ отъ асфіксіи.

Дальнѣйшая опасность болѣзни, особенно у старыхъ людей, заключается въ *адинаміи*, которая можетъ повести къ смерти, прежде чѣмъ успѣетъ развиваться пневмонія.

Распознаваніе. Рожу гортани можно, въ сущности, смѣшать только съ отекомъ гортани и съ флегмонознымъ ларингитомъ. При отекѣ, однако, лихорадка отсутствуетъ или бываетъ лишь весьма незначительна и слизистая оболочка блѣдна, тогда какъ при рожѣ она оказывается красною. При флегмонозномъ ларингитѣ тоже не наблюдается типической лихорадки и распространенія припухлости, которая къ тому же никогда не достигаетъ въ короткое время такихъ размѣровъ, какъ при рожѣ.

Предсказаніе, судя по описаннымъ пока случаямъ, болѣе благоприятно при первичной, нежели при вторичной рожѣ гортани. Понятно, что оно существеннымъ образомъ зависитъ отъ общаго состоянія и отъ того, переходитъ-ли процессъ на легкія, или нѣтъ.

Леченіе состоитъ въ примѣненіи льда снаружи и внутри. *Massei* совѣтуетъ, кромѣ того, распыленія $\frac{1}{2}$ ‰ раствора сулемы.

Когда появляется затрудненіе дыханія, то можно сдѣлать насѣчки въ припухшей слизистой оболочкѣ; если оно усиливается, то слѣдуетъ сдѣлать трахеотомію.

При угрожающей адинаміи нужно давать возбуждающія средства; правда, въ большинствѣ случаевъ отъ нихъ нельзя ждать большой пользы.

Коклюшъ. Pertussis.

Хотя *Ritter*, подобно другимъ авторамъ, убѣдился путемъ повторнаго ларингоскопическаго изслѣдованія коклюшныхъ дѣтей, что при коклюшѣ

процессъ локализуется собственно въ бронхахъ, тѣмъ не менѣе, съ другой стороны, цѣлымъ рядомъ заслуживающихъ довѣрія авторовъ наблюдались нерѣдко измѣненія слизистой оболочки гортани, такъ что будетъ нелишне сказать здѣсь о нихъ нѣсколько словъ.

Meyer-Hüni, а за нимъ и другіе, находили въ гортани явленія катарра, который наиболѣе рѣзко выраженъ въ судорожной ступени. Именно, на мѣстѣ Санториніевыхъ и Врисбергіевыхъ хрящей, въ межчерпаловидномъ пространствѣ и на гортанной поверхности надгортанника, а также въ подвязочной области и дыхательномъ горлѣ слизистая оболочка представляется сильно гиперэмированной, такъ что при сильныхъ приступахъ кашля могутъ происходить небольшія кровотеченія и кровоподтеки. Въ рѣдкихъ случаяхъ воспаленіе распространяется на подслизистую ткань, и подчасъ можетъ наступить отекъ гортани и, въ зависимости отъ него, затрудненіе дыханія.

Этіологія. Что коклюшъ заразительная болѣзнь, это извѣстно уже давно, но до сихъ поръ не удалось еще найти болѣзнетворное начало его. *Ritter* считаетъ возбудителемъ коклюша диплококкъ, который лучше всего растетъ на агарѣ и образуетъ мелкія, вполне ограниченныя и отдѣльныя, опалесцирующія, кругловатыя колоніи матово-сѣраго цвѣта. *Czaplewski* и *Hensel*, напротивъ, находили при коклюшѣ палочку, похожую на гриппозную, *Курловъ* же—амебовидныя образованія.

Приступамъ судорожнаго кашля часто предшествуетъ царапаніе, щекотаніе или чувство сжатія въ горлѣ. Самые приступы выражаются рядомъ быстро слѣдующихъ другъ за другомъ кашлевыхъ толчковъ, которые смѣняются свистящимъ вдыханіемъ вслѣдствіе закрытія голосовой щели; затѣмъ приступъ заканчивается рядомъ такихъ же кашлевыхъ толчковъ, какими онъ начался, и при тошнотныхъ движеніяхъ или рвотѣ выдѣляется вязкая, слизистая мокрота.

Распознаваніе въ судорожной ступени легко, такъ какъ коклюшные приступы чрезвычайно характерны.

Предсказаніе въ общемъ благопріятно.

Леченіе состоитъ въ назначеніи хинина, который представляетъ старое, но подчасъ довольно дѣйствительное средство; далѣе, предложены антипиринъ, бромформъ и многія другія средства. Съ цѣлью мѣстнаго леченія, которое въ данномъ случаѣ преимущественно интересуется насъ, предложены вдуванія въ гортань квасцовъ, хинина (*chinini 0,01, natr. bicarbon. 0,015, gummi arab. 0,25*) и проч., вдыханія растворовъ карболовой кислоты (приблиз. 1% -ный) или азотнокислаго серебра. Въ послѣдніе годы многими авторами были съ успѣхомъ примѣнены вдуванія въ носъ хинина, антипирина, бензойнокислаго натра и различныхъ другихъ средствъ.

Съуженія дыхательнаго горла.

Съуженія дыхательнаго горла могутъ быть вызваны:

1) *прижатіемъ извнѣ* влѣдствіе увеличенія объема смежныхъ органовъ и тканей.

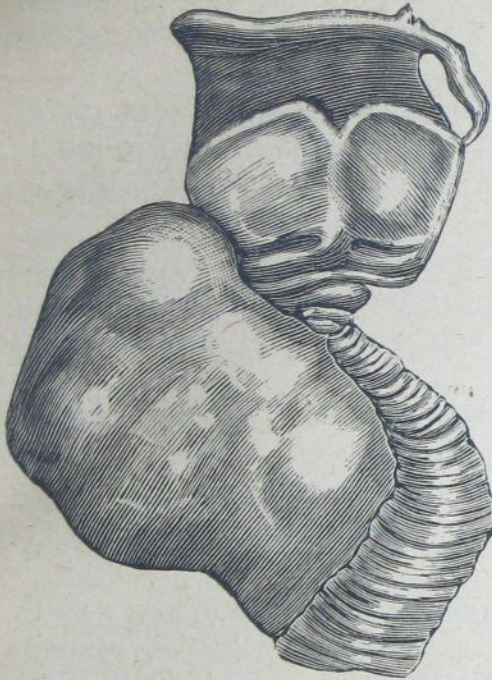


Рис. 178. Смѣщеніе, перегибъ и прижатіе дыхательнаго горла подѣ влияніемъ зуба (*Albers*).

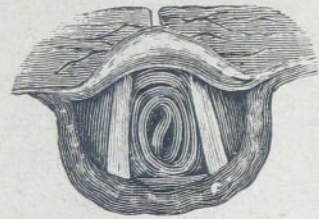


Рис. 177. Видъ дыхательнаго горла при прижатіи его, особенно слѣва (по *Schrötter*'у).

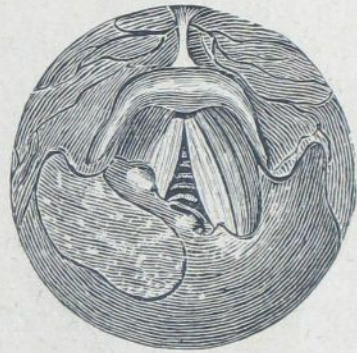


Рис. 179. Прижатіе сзади и справа подѣ влияніемъ загортаннаго зуба (по *Krieg*'у).



Рис. 180. Съуженіе гортани, обусловленное ракомъ глотки (по *Krieg*'у).



Рис. 181. Съуженіе, вызванное кистовиднымъ затрахеальнымъ продолженіемъ зуба. Правосторонній параличъ возвратнаго нерва; парезъ лѣвой голосовой связки подѣ влияніемъ плотнаго зобнаго бугра (по *Krieg*'у).

а) Сюда относится прежде всего суженіе дыхательнаго горла, обусловленное *зобомъ*; увеличенная щитовидная железа можетъ вызвать прижатіе его съ одной (рис. 177 и 178) или обѣихъ сторонъ, такъ что въ послѣднемъ случаѣ дыхательное горло принимаетъ видъ сабельныхъ

ноженъ. Затрахеальный зобъ (рис. 179) можетъ обусловить прижатіе дыхательнаго горла и гортани, которое подчасъ можетъ осложниться параличемъ голосовой связки (рис. 181).

Съуженіе дыхательнаго горла подъ влияніемъ зоба встрѣчается подчасъ и у новорожденныхъ. Насколько великъ можетъ быть врожденный зобъ, показываетъ случай *Billig'a*, въ которомъ такой зобъ служилъ препятствіемъ для родовъ.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ съуженіе дыхательнаго горла можетъ быть вызвано также врожденнымъ порокомъ развитія щитовидной железы, именно зубной дегенерацией *proc. accessorius congenitus intrathoracicus retrotrachealis (Krönlein)*.

Наконецъ, увеличеніе щитовидной железы вслѣдствіе остраго воспаленія ея (при маляріи, послѣродовыхъ процессахъ и тифѣ, послѣ впрыскиваній іодной настойки и проч.) тоже можетъ обусловить съуженіе дыхательнаго горла.

б) *Опухоли лимфатическихъ железъ* шеи, особенно злокачественная лимфома, а также творожисто-перерожденные железы на мѣстѣ раздвоенія дыхательнаго горла могутъ повести къ прижатію трахей.

с) Такъ же можетъ дѣйствовать увеличенная *вилочковая железа (thymus)*.

д) Ракъ щитовидной железы, *опухоли пищевода*, позвоночника, средостѣнія, грудной кости и ключицы тоже ведутъ иногда къ съуженію дыхательнаго горла, тогда какъ злокачественныя опухоли въ верхней части пищевода или въ нижнемъ отдѣлѣ глотки, а также зобъ добавочныхъ щитовидныхъ железъ обуславливаютъ прижатіе гортани (рис. 179).

е) *Врожденныя кисты* въ подчелюстной области, когда онѣ достигаютъ большихъ размѣровъ и простираются внизъ между позвоночникомъ и грудиной, тоже вызываютъ въ рѣдкихъ случаяхъ съуженіе дыхательнаго горла.

ф) *Воспалительные процессы*, флегмоны на шеѣ, *angina Ludovici*, громадная эмпіема, которая въ очень рѣдкихъ случаяхъ вызываетъ перегибъ дыхательнаго горла (*Gerhardt*), нарывы и проч. тоже ведутъ, хотя и рѣдко, къ прижатію дыхательнаго горла.

г) *Аневризмы*, особенно дуги аорты, могутъ прижать дыхательное горло и, въ концѣ-концовъ, вызвать прободеніе стѣнокъ его.

2) Съуженія могутъ быть вызваны *процессами, протекающими въ самомъ дыхательномъ горлѣ*.

Сюда относятся:

а) *Рожистыя и флегмонозныя воспаленія*, которыя обыкновенно распространяются съ гортани на слизистую оболочку дыхательнаго горла.

б) *Язвы и грануляціи*, развивающіяся при бугорчаткѣ, сифилисѣ и брюшномъ тифѣ, а также *инородныя тѣла*, которыя могутъ вызывать съуженіе дыхательнаго горла или сами по себѣ, или вслѣдствіе образованія изъязвленій и грануляцій.

Особенно заслуживают вниманія *грануляціонныя разрошенія*, которыя образуются *послѣ трахеотоміи* въ окружности трахеального отверстия, раневого канала или соотвѣтственно нижнему концу канюли, рѣже всего на задней стѣнкѣ дыхательнаго горла. Грануляціи при этомъ развиваются на дифтерійной язвѣ или же на дѣйствительной язвѣ, образовавшейся подъ вліяніемъ давленія канюли, и, вслѣдствіе стечной припухлости ихъ, могутъ значительно суживать просвѣтъ, такъ что *удаленіе канюли* становится труднымъ или невозможнымъ.

с) *Рубцы*, обусловливающіе суженіе дыхательнаго горла, обыкновенно обязаны своимъ происхожденіемъ сифилитическимъ язвамъ, рѣже они развиваются послѣ бугорчатки, брюшного тифа, дифтеріи или сапа. Иногда рубцы, подчасъ съ вдавленіемъ хрящей, образуются также послѣ поврежденій.

Послѣ трахеотоміи наблюдается иногда по обѣимъ сторонамъ трахеального просвѣта по одной толстой складкѣ, которыя идутъ, параллельно направленію голосовыхъ связокъ, сзади кпереди и, подобно связкамъ, соединяются между собою спереди подъ острымъ угломъ, такъ что при ларингоскопированіи видна какъ бы вторая, болѣе глубокая голосовая щель. Подъ вліяніемъ катарровъ верхнихъ дыхательныхъ путей или разстройствъ кровообращенія складки эти могутъ сильно припухать и обусловливать суженіе просвѣта.

д) *Новообразованія*. Злокачественныя опухоли смежныхъ органовъ, въ особенности щитовидной железы, могутъ вростать въ просвѣтъ дыхательнаго горла; мало того, какъ показалъ въ послѣднее время *Paltauf*, обыкновенныя зобы даютъ подчасъ продолженія, которыя черезъ промежуточные перепонки хрящевыхъ колець проникаютъ въ дыхательное горло.

Далѣе, суженіе дыхательнаго горла можетъ быть вызвано, хотя и рѣдко, первичными новообразованіями его, каковы: папилломы, аденомы, кисты, энхондромы, остеомы, въ исключительныхъ случаяхъ саркомы и раки и, наконецъ, гуммы.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ суженіе дыхательнаго горла бываетъ, по видимому, *нервнаго происхожденія*. Такъ, *Landgraf*, *Lublinski* и *M. Schmidt* описали по одному случаю истерическаго суженія трахеи, которое зависѣло, по видимому, отъ судорожнаго сокращенія мышцъ, расположенныхъ въ задней стѣнкѣ дыхательнаго горла.

Что касается *симптомовъ* суженій, то мы должны сослаться въ этомъ отношеніи на сказанное въ главѣ „Общая симптоматологія“.

Распознаваніе можетъ быть поставлено какъ на основаніи симптомовъ, такъ и путемъ изслѣдованія зеркаломъ; установить причину суженія не всегда, однако, удастся.

Леченіе должно сообразоваться съ причиной, обусловливающей суженіе. При внутритрахеальныхъ суженіяхъ примѣняютъ расширеніе помощью бужей или интубацію, поскольку дѣло идетъ не о первичныхъ новообразованіяхъ дыхательнаго горла, которыя требуютъ оперативнаго вмѣшательства.

Исслѣдованіе пищевода.

Для того, чтобы произвести надлежащимъ образомъ исслѣдованіе пищевода и правильно истолковать патологическія состоянія его, необходимо точно знать анатомію, особенно расположеніе пищевода, а также познакомиться съ фізіологическою дѣятельностью его.

Въ виду этого я предварительно изложу наиболѣе существенныя анатомическія и фізіологическія данныя.

Анатомія.

Пищеводъ (oesophagus) помѣщается между глоткою и желудкомъ; грушевидныя пазухи (sinus pyriformes), которыя расположены по обѣимъ сторонамъ и позади гортани и за пластинкою перстневиднаго хряща сливаются въ узкую щель, представляютъ до нѣкоторой степени начальную часть пищевода или переходъ глотки въ пищеводъ.

Начинается пищеводъ на уровнѣ 6-го шейнаго позвонка у нижняго края нижней сжимающей мышцы глотки (m. constrictor pharyngis inferior), причѣмъ онъ расположенъ на передней поверхности позвоночнаго столба и нѣсколько влѣво отъ дыхательнаго горла, которое помѣщается впереди него. Затѣмъ онъ направляется черезъ верхнее отверстіе грудной кѣтки въ заднее средостѣніе, пересѣкаетъ заднюю поверхность лѣваго бронха и, начиная отъ мѣста раздвоенія дыхательнаго горла, прилегаетъ сначала къ правой сторонѣ аорты, а потомъ, удалившись отъ позвоночника, пересѣкаетъ аорту и переходитъ на лѣвую сторону ея. Описавши такимъ образомъ длинный спиральный ходъ вокругъ нисходящей части аорты, пищеводъ проходитъ черезъ расположенное слѣва пищеводное отверстіе грудобрюшной преграды (foramen oesophageum diaphragmatis) и на разстояніи нѣсколькихъ сантиметровъ книзу переходитъ во входную часть (cardia) желудка. Нижній конецъ его соотвѣтствуетъ на спинѣ линіи, проведенной нѣсколько ниже нижняго угла лопатки.

Общая длина его составляетъ въ среднемъ около 25 см.

Положеніе пищевода можетъ претерпѣвать извѣстныя отклоненія подъ вліяніемъ *искривленій позвоночника*; въ особенности въ *шейной части*, гдѣ пищеводъ, какъ уже сказано, помѣщается на передней поверхности позвоночника, онъ слѣдуетъ за движеніями его впередъ и назадъ, такъ что при наклоненіи головы впередъ наступаетъ расширеніе пище-

вода; напротивъ, при отклоненіи головы назадъ и, въ особенности, при выпячиваніи шейной части позвоночника кпереди (лордозъ) просвѣтъ пищевода суживается.

Въ *грудной части* положеніе пищевода подъ вліяніемъ искривленія позвоночника кпереди или кзади (кифозъ) измѣняется только въ томъ случаѣ, когда до образованія такого искривленія пищеводе въ слѣдствіе воспалительныхъ процессовъ (костоѣда позвонковъ) спаялся съ позвоночникомъ. Незначительныя боковыя искривленія (сколіозъ) позвоночника обыкновенно не отражаются на положеніи пищевода. Напротивъ, если при очень сильномъ боковомъ искривленіи позвоночника два взаимно уравновѣшивающихъ другъ друга искривленія приходятся въ грудной полости одно надъ другимъ, то нерѣдко происходитъ изгибъ пищевода въ томъ же направленіи; мало того, одновременно можетъ наступить перегибъ пищевода спереди кзади, такъ что изслѣдованіе твердыми зондами оказывается невозможнымъ (v. *Hacker*).

Въ покойномъ состояніи пищевода стѣнки его обыкновенно прилегаютъ другъ къ другу и представляютъ на своей внутренней поверхности продольныя складки; если раздуть пищеводе, то *поперечникъ просвѣта* его въ верхней части составляетъ около 14 мм., дальше же книзу онъ становится постепенно шире. Въ рѣдкихъ случаяхъ пищеводе непосредственно надъ *foamen oesophageum* представляетъ мѣшковидное расширеніе, которое извѣстно подъ именемъ *antrum cardiacum Arnold'a*. По измѣреніямъ *Mackenzie* просвѣтъ пищевода въ поперечномъ размѣрѣ значительно больше, нежели въ передне-заднемъ.

Въ шейной части пищеводе примыкаетъ къ задней стѣнкѣ дыхательнаго горла, съ которою онъ соединенъ посредствомъ рыхлой соединительной ткани, такъ что, напр., опухоли на передней стѣнкѣ его легко проникаютъ въ дыхательное горло или при язвенномъ распаденіи ихъ можетъ образоваться сообщеніе (свищъ) между пищеводомъ и дыхательнымъ горломъ; кзади пищеводе прилегаетъ къ позвоночнику, отъ котораго онъ отдѣленъ длинными мышцами шеи (*mm. longi colli*). Сбоку къ нему примыкаетъ щитовидная железа, которая при своемъ увеличеніи можетъ вызвать суженіе пищевода; далѣе, къ пищеводу прилегаютъ сонныя артеріи, яремныя вены и блуждающіе нервы и, въ особенности, возвратные нервы, которые направляются вверхъ въ боковой бороздѣ, расположенной между дыхательнымъ горломъ и пищеводомъ, такъ что, напр., ракъ пищевода можетъ обусловить параличъ возвратнаго нерва.

Въ грудной части къ пищеводу опять-таки примыкаетъ дыхательное горло, затѣмъ (на лѣвой сторонѣ) сонная и подключичная артеріи, раздвоеніе дыхательнаго горла и лѣвый бронхъ; поэтому, напр., нагноившіяся бронхіальныя железы могутъ вскрыться въ пищеводе. Далѣе, пищеводе находится въ близкомъ отношеніи къ дугѣ аорты, такъ что аневризма ея можетъ вызвать суженіе пищевода, а также къ околосердечной сумкѣ, плеврѣ, позвоночнику и нисходящей части аорты.

Подъ грудобрюшной преградой онъ выстланъ спереди и сзади брюшиною.

Стѣнки пищевода состоятъ изъ *3-хъ слоевъ*: наружнаго соединительно-тканнаго, средняго мышечнаго и внутренняго или слизистой оболочки. *Мышечный слой* содержитъ наружныя продольныя и внутреннія круговыя волокна, притомъ въ шейной части почти исключительно поперечно-полосатыя, въ верхней грудной (6—10 см.) преимущественно гладкія и лишь немногія поперечно-полосатыя, а въ нижней грудной части только гладкія волокна. *Слизистая оболочка*, продольныя складки которой при прохожденіи пищевого комка сглаживаются, содержитъ богатый упругими волокнами рыхлый соединительнотканый слой, къ которому прилегаютъ гладкія мышечныя волокна, сильно развитыя особенно въ нижней части пищевода. Слизистая оболочка, выстланная толстымъ многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, представляетъ нѣжный сосочковый слой и содержитъ какъ отдѣльныя, такъ и расположенныя группами слизистыя железы. Только въ верхней половинѣ и на передней стѣнкѣ пищевода, да и то изрѣдка, въ слизистой оболочкѣ встрѣчаются фолликулы въ видѣ ограниченнаго скопленія лейкоцитовъ, и притомъ обыкновенно непосредственно подъ эпителиемъ.

Артеріи пищевода берутъ начало изъ грудной части аорты, изъ нижней щитовидной артеріи и изъ вѣнечной вѣтви *truncus coeliacus*; онѣ имѣютъ большею частью продольное направленіе. *Вены* сообщаются съ вѣнечными венами желудка и при посредствѣ ихъ съ системой воротной вены; поэтому при циррозѣ печени въ пищеводѣ встрѣчаются нерѣдко узловато расширенныя вены, которыя могутъ подавать поводъ къ кровавой рвотѣ.

Лимфатическіе сосуды соединяются съ смежными железами, сообщаются съ лимфатическими сосудами легкихъ и впадаютъ въ грудной протокъ.

Нервы проходятъ изъ блуждающаго, возвратнаго и сочувственнаго нервовъ.

Физиологія.

Коль скоро пищевой комокъ язычными и глоточными мышцами przeprowadенъ въ пищеводъ, то во всѣхъ трехъ отдѣлахъ его наступаютъ *червеобразныя движенія*. Въ *верхнемъ* отдѣлѣ, длина котораго составляетъ около 6 см., сокращенія начинаются приблизительно черезъ 1,2 секунды послѣ начала глотательнаго акта; спустя примѣрно 1,8 секунды наступаетъ сокращеніе *средняго* отдѣла, длина котораго равна 6—10 см., а еще черезъ 3 секунды, слѣд. черезъ 6 секундъ послѣ начала глотанія, происходитъ сокращеніе *нижняго* отдѣла, который остается въ сокращенномъ состояніи въ продолженіе 9—10 сек. Промежутокъ времени между поступленіемъ пищевого комка въ пищеводъ и прохожденіемъ его черезъ входъ въ желудокъ слагается изъ скрытаго періода возбужденія,

продолжительности сокращенія и времени, потребнаго для прохожденія всего пути (*Quincke*). Сокращенія мышцъ пищевода произвольны и наступаютъ только вслѣдъ за глотательнымъ движеніемъ, причемъ они всегда распространяются по всей длинѣ пищевода. Что въ верхнемъ отдѣлѣ пищевода червеобразныя движенія совершаются быстрѣе, нежели въ нижнемъ, это объясняется тѣмъ, что въ первомъ, какъ уже сказано выше, находятся почти исключительно поперечно-полосатыя мышечныя волокна.

Такія же сокращенія пищевода, направляющіяся сверху внизъ, происходятъ и послѣ отрыжки.

Если сдѣлать второй глотокъ въ то время, какъ слѣдующія за первымъ червеобразныя сокращенія уже начались, то послѣднія не прекращаются, и мышечное сокращеніе, соотвѣтствующее второму глотку, начинается черезъ столько же времени, какъ если бы второй глотокъ наступилъ только по окончаніи первыхъ червеобразныхъ сокращеній. Послѣ нѣсколькихъ глотательныхъ движеній происходитъ, напротивъ, только одно червеобразное сокращеніе.

Данныя эти установлены главнымъ образомъ изслѣдованіями *Falk'a*, *Meltzer'a*, *Kronecker'a* и др., выяснившими также состояніе входной части желудка при глотательномъ актѣ. Послѣдняя обыкновенно закрыта и находится въ состояніи умѣреннаго тонуса, такъ что пищевой комокъ или жидкость не поступаетъ непосредственно въ желудокъ, а остается лежать надъ входною частью желудка и проталкивается черезъ нее только подъ вліяніемъ сравнительно сильнаго сокращенія нижняго отдѣла пищевода.

Дыханіе оказываетъ вліяніе на поступательное движеніе пищевого комка въ томъ отношеніи, что, когда грудобрюшная преграда при глубокомъ вдыханіи опускается, за нею слѣдуетъ и пищеводное отверстіе ея, которое въ видѣ кольца закрываетъ входъ въ желудокъ; пищевой комокъ при этомъ застрѣваетъ въ *antrum cardiacum* пищевода. Напротивъ, когда глотаніе происходитъ во время выдыханія, то слѣдующее затѣмъ вдыханіе можетъ содѣйствовать червеобразнымъ сокращеніямъ при проталкиваніи пищевого комка, находящагося подъ грудобрюшной преградой, или даже обусловить проталкиваніе его, прежде чѣмъ наступятъ червеобразныя движенія.

Сокращенія пищевода подчинены вліянію *глотательнаго центра*; поэтому при патологическихъ процессахъ въ продолговатомъ мозгу (бульбарный параличъ) происходитъ замедленіе ихъ.

Изслѣдованіе пищевода.

Для изслѣдованія пищевода мы располагаемъ различными способами, которые мы и разсмотримъ въ отдѣльности.

а) Ощупываніе.

Со стороны ротовой полости пищеводъ—по крайней мѣрѣ у взрослыхъ—недоступенъ для ощупыванія. На основаніи опытовъ, кото-

рые были произведены мною особенно при интубации, я, подобно другим авторам, убѣдился, что кончикъ указательнаго пальца, введеннаго глубоко въ глотку, обыкновенно проникаетъ не дальше верхушекъ черпаловидныхъ хрящей. Онъ доходить до 4-го или 5-го, рѣдко до 6-го и только въ исключительныхъ случаяхъ до 7-го шейнаго позвонка или до задней поверхности пластинки перстневиднаго хряща. Зато иногда удается *прошунать снизу*, послѣ предварительной гастротоміи, инородныя тѣла, застрявшія въ пищеводе. Такъ, напр. *Bull*ю удалось черезъ разрѣзь, сдѣланный между большой и малой кривизнами желудка, провести указательный палецъ настолько далеко вверхъ въ пищеводъ, что онъ могъ ощупать отгѣсненное книзу бужемъ инородное тѣло и затѣмъ извлечь его при помощи губки черезъ ротъ. *Gangolphe* произвелъ въ томъ же направленіи опыты на 22 трупахъ. Вскрывши возможно низко пищеводъ и сдѣлавши гастротомію, такъ чтобы можно было ввести руку, онъ изслѣдовалъ затѣмъ пищеводъ и нашелъ, что у лицъ небольшого роста оба пальца, введенные сверху и снизу, встрѣчались между собою; при менѣе благопріятныхъ условіяхъ между обоими пальцами оставался промежутокъ въ 7 см. длиною, недоступный для ощупыванія.

Наружнымъ ощупываніемъ, т. е. ощупываніемъ боковой шейной области, можно иногда опредѣлить опухоль или дивертикулъ пищевода.

в) Выстукиваніе.

При нормальныхъ условіяхъ пищеводъ, въ виду скрытаго положенія его, недоступенъ для выстукиванія, за исключеніемъ развѣ тѣхъ случаевъ, когда онъ сильно *раздутъ воздухомъ*. Это можно сдѣлать искусственно, если дать больному выпить сначала растворъ виннокаменной кислоты (приблизительно 5,0 : 80,0), а затѣмъ, по меньшей мѣрѣ такой же крѣпости, теплый растворъ двууглекислаго натра; въ такомъ случаѣ пищеводъ оказывается доступнымъ для выстукиванія, по крайней мѣрѣ въ нижней части его.

Преимущественно, однако, этотъ способъ изслѣдованія примѣнимъ при патологическихъ состояніяхъ пищевода, особенно при опухоляхъ, расширеніяхъ и образованіи дивертикула. Такъ, напримѣръ, если въ дивертикулѣ вслѣдствіе разложенія застрявшей пищи образовался газъ, то иногда на мѣстѣ его получается при выстукиваніи барабанный звукъ, который послѣ удаленія газа замѣняется притупленнымъ звукомъ. Такое притупленіе опредѣляется большею частью слѣва около позвоночника, между 7-мъ и 9-мъ ребрами, между прочимъ и въ тѣхъ случаяхъ, когда въ этомъ мѣстѣ существуетъ значительная опухоль пищевода или надъ входомъ въ желудокъ образовалось расширеніе пищевода, которое наполнено пищевыми массами. При скопленіи газа въ расширенной части пищевода, расположенной надъ суженіемъ, *Feletti* получалъ также барабанный звукъ на передней поверхности грудной клѣтки, соотвѣтственно нижней и средней третямъ грудины; по мѣрѣ удаленія газа, образованіе

котораго можетъ быть вызвано также искусственно указаннымъ выше способомъ, барабанный звукъ мало по малу исчезаетъ.

с) Выслушиваніе.

Hamburger былъ первый, который занялся выслушиваніемъ пищевода, а затѣмъ дальнѣйшія изслѣдованія въ этомъ направленіи были произведены *Falk*омъ, *Meltzer*омъ, *Kronecker*омъ и др. Прежде чѣмъ перейти къ описанію выслушиваемыхъ при этомъ „*глотательныхъ шумовъ*“, необходимо вкратцѣ сказать о томъ, какимъ образомъ лучше всего производить выслушиваніе.

Больной беретъ въ ротъ глотокъ воды, которую онъ долженъ проглотить въ тотъ моментъ, когда ему будетъ сказано. Затѣмъ приставляютъ стетоскопъ или ухо слѣва около мечевиднаго отростка грудной кости и кладутъ лѣвый указательный или большой палецъ на подъязычную кость или гортань. Это дѣлаютъ съ тою цѣлью, чтобы точно опредѣлить время, когда больной дѣйствительно глотаетъ, ибо въ большинствѣ случаевъ онъ дѣлаетъ это не въ тотъ самый моментъ, какъ ему указываютъ ¹⁾. Коль скоро онъ глотаетъ, пальцемъ чувствуютъ, что подъязычная кость смѣщается кверху. Въ правую руку берутъ часы съ секундной стрѣлкой, которую можно произвольно остановить и пустить въ ходъ. Остановивши стрѣлку, предлагаютъ больному проглотить жидкость, и какъ только почувствовали приподнятіе подъязычной кости, пускаютъ въ ходъ секундную стрѣлку, такъ что по часамъ можно опредѣлить, сколько секундъ прошло отъ начала глотанія до момента выслушиванія глотательнаго шума.

Именно, какъ показали изслѣдованія *Kronecker*'а, при глотаніи сокращеніе *mm. thylo-hyoidei* отбѣсняетъ языкъ кверху и кзади; одновременно съ этимъ *mm. hyo-glossi* оттягиваютъ корень языка кзади и книзу, и проглатываемая масса, какъ бы подъ вліяніемъ поршня шприца, подвергается высокому давленію и отбѣсняется въ сторону наименьшаго сопротивленія, т. е. къ пищеводу, и затѣмъ проталкивается книзу до входа въ желудокъ, прежде чѣмъ успѣваютъ наступить сокращенія въ мышцахъ глотки или пищевода. Для того, чтобы пища дѣйствительно попала въ пищеводъ, необходимо, конечно, чтобы другія полости, сообщающіяся съ глоткой (спереди—ротовая полость, вверху—носоглотка и внизу—гортань), были предварительно замкнуты.

Послѣ того какъ проглатываемая масса протолкнута внизъ, въ пищеводъ наступаютъ описанныя выше червеобразныя сокращенія. Это проталкиваніе пищевого комка или жидкости (какъ въ указанномъ выше опытѣ) обуславливаетъ появленіе шума, такъ назыв. „*первичнаго глотательнаго шума*“ (*Durchspitzgeräusch*). Онъ выслу-

¹⁾ Можно выслушивать также свяди слѣва около позвоночника на уровнѣ 9-го или 10-го ребра; при этомъ однако трудно провѣрить приподнятіе подъязычной кости.

шивается почти непосредственно послѣ начала глотанія и производитъ нерѣдко такое впечатлѣніе, „какъ будто жидкость втекаетъ въ стетоскопъ“. Затѣмъ, когда примѣрно черезъ 6 сек. отъ начала глотанія проглоченная масса, подъ вліяніемъ мышечныхъ сокращеній, наступающихъ въ нижнемъ, отдѣлѣ пищевода, продавливается черезъ входъ въ желудокъ, то появляется второй, такъ назыв. „вторичный глотательный шумъ“ (*Durchpressgeräusch*). Шумъ этотъ бываетъ наиболее низкимъ при пустомъ желудкѣ, и чѣмъ больше наполняется желудокъ, тѣмъ онъ становится выше, пока, наконецъ, онъ совсѣмъ не воспринимается нашимъ ухомъ. Подъ вліяніемъ дыхательныхъ движеній шумъ этотъ можетъ выслушиваться въ два или нѣсколько пріемовъ.

Подобно первичному глотательному шуму, который не имѣетъ, впрочемъ, существеннаго распознавательнаго значенія, и вторичный глотательный шумъ можетъ подчасъ отсутствовать. Въ общемъ можно, однако, сказать, что чѣмъ яснѣе выслушивается первый шумъ, тѣмъ менѣе ясно опредѣляется второй.

У дѣтей, влѣдствіе малой величины желудка, вторичный глотательный шумъ отсутствуетъ гораздо чаще, нежели у взрослыхъ.

Онъ не образуется также въ томъ случаѣ, когда входъ въ желудокъ вполне или отчасти закрытъ.

При отрыжкѣ слѣва у мечевиднаго отростка выслушивается шумъ сходный съ глотательнымъ, который отъ послѣдняго отличается, однако, тѣмъ, что онъ распространяется въ обратномъ направленіи.

Далѣе, надъ желудкомъ выслушивается такъ назыв. „привратниковый шумъ“, который отличается извѣстной силой и въ теченіе нѣкотораго времени періодически повторяется. Онъ происходитъ въ тотъ моментъ, когда содержимое желудка проталкивается черезъ привратникъ въ двѣнадцатиперстную кишку.

Описанные пока способы сводятся къ наружному изслѣдованію пищевода, за исключеніемъ ощупыванія, которое, однако, при производствѣ его со стороны полости рта безъ помощи инструментовъ, какъ мы видѣли, не даетъ особенныхъ результатовъ. Поэтому, вмѣсто изслѣдованія пальцемъ, издавна прибѣгаютъ къ зондированію, съ цѣлью опредѣлить состояніе просвѣта пищевода (сѣуженіе), форму его и проч.

d) Зондированіе.

Помощью зонда, какъ уже сказано, можно опредѣлить просвѣтъ и форму пищевода, а также существованіе болѣзненности въ томъ или другомъ мѣстѣ на протяженіи его. Кромѣ того, однако, зондъ можетъ давать еще важныя діагностическія указанія, благодаря тому, что, при обратномъ извлеченіи, въ отверстіи его могутъ застрѣвать остатки пищи, частички новообразованій, инородныя тѣла и т. п.

Прежде чѣмъ ввести зондъ въ пищеводъ, необходимо, однако, про- извести тщательное изслѣдованіе сердца и, въ особенности, исключить

наличность аневризмы аорты, ибо, съ одной стороны, у больныхъ съ пороками сердца и слабымъ пульсомъ во время зондированія наступаютъ иногда явленія коллапса, съ другой, при наличности аневризмы аорты, сдавливающей пищеводъ, зондомъ можно повредить стѣнку аневризматическаго мѣшка и вызвать смертельное кровотеченіе.

Для зондированія примѣняютъ либо сплошные, закругленные на нижнемъ концѣ зонды изъ ткани, пропитанной восковою массою или лакомъ, которые особенно послѣ погруженія въ теплую воду или нагрѣванія какимъ нибудь другимъ способомъ легко сгибаются (см. рис. 1), либо приготовленные такимъ же образомъ полые зонды, въ которыхъ вблизи нижняго конца съ каждой стороны находится, косвенно другъ противъ друга, по одному продолговатому отверстію (рис. 2). Последняго рода зонды употребляютъ преимущественно въ тѣхъ случаяхъ, когда желательно извлечь изъ желудка остатки пищи или ввести въ него искусственно пищу.

Такъ какъ у больныхъ, у которыхъ, приходится зондировать пищеводъ, нерѣдко существуетъ суженіе его, то необходимо имѣть, кромѣ толстыхъ (приблизительно до 2 см. въ поперечникѣ), и болѣе тонкіе зонды.

Нерѣдко примѣняются также зонды съ истонченнымъ нижнимъ концомъ (рис. 3); по моимъ наблюденіямъ, однако, они менѣе заслуживаютъ употребленія, такъ какъ истонченный конецъ при введеніи зонда легко загибается и такимъ образомъ скорѣе затрудняетъ, нежели облегчаетъ зондированіе.

Подчасъ употребляютъ также зонды, конецъ которыхъ покрытъ воскомъ, съ цѣлю получить отпечатокъ суженнаго мѣста.

Иногда цѣлесообразны тонкіе зонды изъ китоваго уха съ оливообразной головкой изъ слоновой кости (рис. 4), особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда суженіе пищевода имѣетъ воронкообразную форму.

Вводятъ зондъ слѣдующимъ образомъ: больной, которому предварительно нужно выяснитъ безопасность этого способа изслѣдованія и предложить все время спокойно дышать, сидитъ на стулѣ, опираясь на спинку его, съ слегка откинутой назадъ головой и широко раскрытымъ ртомъ (искусственные зубы слѣдуетъ предварительно удалить; стѣсняющую одежду нужно разстегнуть, женщины должны снять корсетъ). Взявши затѣмъ въ правую руку, наподобіе писчаго пера, зондъ, нижній конецъ котораго смазанъ масломъ или вазелиномъ, вводятъ въ ротъ лѣвый указательный палецъ и отдавливаютъ языкъ у основанія его кпереди, послѣ чего продвигаютъ зондъ по задней стѣнкѣ глотки

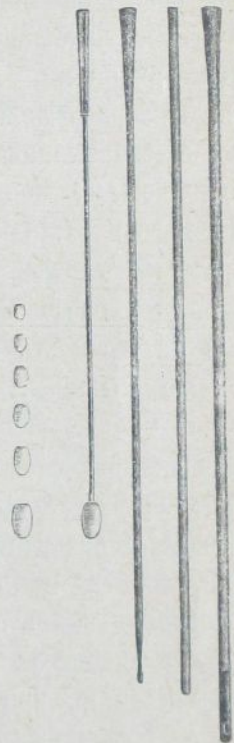


Рис. 4, 3. 1 и 2.

книзу во входъ въ пищеводъ. При этомъ зондъ нерѣдко наталкивается на противодействие со стороны пластинки перстневиднаго хряща, которое иногда исчезаетъ, когда больной сдѣлаетъ глотательное движеніе; узкая щель между перстневиднымъ хрящемъ и переднею поверхностью позвоночника въ такомъ случаѣ расширяется, благодаря тому, что пластинка хряща подъ вліяніемъ сокращенія волоконъ *m. thyreo-palatini*, прикрѣпляющихся къ заднимъ краямъ щитовиднаго хряща, совершаетъ рычагообразное движеніе кпереди и кверху. Введеніе зонда зачастую облегчается, если проводить его не по серединѣ, а нѣсколько влѣво.

При недостаточномъ навыкѣ можетъ случиться, что зондъ, вмѣсто пищевода, попадаетъ въ *гортань и дыхательное горло*; особенно это возможно въ томъ случаѣ, когда существуетъ нечувствительность слизистой оболочки гортани, какъ это бываетъ, напр., при бульбарномъ параличѣ или при параличахъ верхняго гортаннаго нерва, вызванныхъ другими причинами. Неподатливость надгортанника вслѣдствіе пропитыванія его, или разрушеніе надгортанника, напр. при сифилисѣ, тоже можетъ способствовать попаданію зонда въ гортань. Если сомнѣваются въ томъ, куда вошелъ зондъ, то предлагаютъ больному произносить „а“; разъ онъ въ состояніи это сдѣлать, то зондъ не находится въ дыхательномъ горлѣ, такъ какъ въ такомъ случаѣ было бы невозможно фонаторное закрытіе голосовой щели. Кромѣ того, при употребленіи полога зонда, если онъ попалъ въ дыхательное горло, у наружнаго конца слышно дыханіе больного, *resp.* происходитъ колыханіе приставленнаго пламени свѣчи. Слегка напирая на зондъ, постепенно проталкиваютъ его внизъ. Если встрѣчаютъ противодействие, то нужно нѣсколько выдвинуть обратно зондъ, и затѣмъ снова стараются продвинуть его дальше и мало по малу преодолѣть препятствіе; если это не удастся, то берутъ болѣе тонкій зондъ. При слишкомъ сильномъ напираніи на зондъ можно причинить *поврежденіе пищевода*, напр., если существуетъ изъязвившійся ракъ или гнойное воспаленіе пищевода; въ литературѣ описаны подобные случаи, между прочимъ и такіе, при которыхъ наступала смертельная эмфизема.

У истеричныхъ при зондированіи наступаетъ иногда *судорога пищевода*, которая задерживаетъ зондъ; судорога эта обыкновенно скоро (самое большое черезъ нѣсколько минутъ) проходитъ. Недавно, однако, описанъ одинъ случай, въ которомъ зондъ былъ настолько крѣпко обхваченъ судорожно сократившимся пищеводомъ, что его удалось извлечь только послѣ хлороформированія больной.

Изверженіе желудочнаго содержимаго мимо зонда и затеканіе его въ гортань, подающее поводъ къ развитію гнилостной пневмоніи, возможно, въ сущности, только у безсознательныхъ больныхъ или у душевно-больныхъ; ненріятныя послѣдствія эти можно предотвратить, если при появленіи тошнотныхъ движеній, либо рвоты, сейчасъ же удалить зондъ.

Послѣ употребленія зондъ слѣдуетъ промыть горячей водой и

тщательно обеззаразить лизоломъ или какимъ нибудь другимъ противогнилостнымъ растворомъ.

Если при зондированіи нашли что-либо ненормальное, напр., суженіе просвѣта, болѣзненность въ какомъ нибудь мѣстѣ и т. п., то зачастую важно опредѣлить, на какомъ уровнѣ находится это мѣсто. Для этого поступаютъ такимъ образомъ, что, послѣ того какъ конецъ зонда дошелъ до соответственнаго мѣста, лѣвымъ указательнымъ пальцемъ обозначаютъ то мѣсто зонда, которое соответствуетъ рѣзцамъ, послѣ чего извлекаютъ зондъ и посредствомъ измѣрительной тесемки опредѣляютъ разстояніе отъ конца зонда до обозначеннаго мѣста. При этомъ слѣдуетъ помнить, что разстояніе отъ рѣзцовъ до пластинки перстневиднаго хряща составляетъ около 15 см., до раздвоенія дыхательнаго горла около 26 см., до пищевода отъ отверстія грудобрюшной преграды приблизительно 37 см. и до входа въ желудокъ около 40 см.

е) Осмотръ пищевода (эзофагоскопія).

Какъ и по отношенію къ другимъ органамъ, такъ и по отношенію къ пищеводу наиболѣе точные результаты даетъ изслѣдованіе путемъ осмотра; въ виду этого издавна уже пытались сдѣлать доступными для осмотра стѣнки пищевода. Первые попытки въ этомъ направленіи оказались, однако, неуспѣшными, потому что примѣняли нецѣлесообразные приборы, которые, съ одной стороны, не давали возможности производить тщательный осмотръ, съ другой, были не совсѣмъ безопасны. Первый приборъ (предложенный *Semeleder*'омъ и *Störk*'омъ въ 1866 г.), который вообще былъ испробованъ съ цѣлью осмотра пищевода, имѣлъ видъ щипцовъ съ ложкообразными вѣтвями, которыми просвѣтъ пищевода настолько расширился, чтобы можно было осмотрѣть стѣнки посредствомъ гортаннаго зеркала. Этимъ путемъ, однако, не удалось получить хорошихъ результатовъ. Приборъ, предложенный въ 1870 г. *Waldenburg*'омъ, состоялъ изъ слегка конической трубки, длиною въ 8 см. (ширина просвѣта вверху 1,5, внизу 1 см.), соединенной съ распоркой; впослѣдствіи приборъ этотъ былъ нѣсколько видоизмѣненъ. При этомъ, какъ и во всѣхъ старыхъ, нынѣ оставленныхъ приборахъ (позднѣйшіе приборы *Störk*'а, *Mackenzie*, *Loewe*), для осмотра пищевода пользовались гортаннымъ зеркаломъ. Помощью послѣдняго обыкновенно, однако, удается видѣть только самую верхнюю часть стѣнокъ пищевода; кромѣ того, упомянутые приборы имѣютъ тотъ недостатокъ, что они состоятъ либо изъ нѣсколькихъ створокъ, соединенныхъ между собою посредствомъ шарнировъ, такъ что при раздвиганіи ихъ возможно ущемленіе слизистой оболочки пищевода, либо изъ 3—4-хъ, соединенныхъ между собою посредствомъ колецъ стержней, которые сначала расположены параллельно, а затѣмъ по направленію книзу постепенно сходятся между собою и кончаются либо кольцомъ, либо конической верхушкой. Послѣдняго рода приборы неудобны въ томъ отношеніи, что въ промежуткахъ между стерж-

нями слизистая оболочка легко выпячивается въ просвѣтъ пищевода, такъ что при извлеченіи прибора возможно поврежденіе ея.

Общепотребительные въ настоящее время приборы были введены въ практику *Mikulicz'*емъ. Онъ применялъ первоначально длинныя, прямыя трубки, которыя вводилъ въ пищеводъ больного, лежащаго на столѣ на боку съ свѣшивающейся головой, послѣ того какъ подкожнымъ впрыскиваніемъ морфія была вызвана почти полная общая нечувствительность. Удаливши мандринъ, онъ вводилъ затѣмъ въ трубку электрическую лампочку и освѣщалъ поле зрѣнія.

v. Hacker усовершенствовалъ способъ *Mikulicz'*а въ томъ отношеніи, что онъ вызывалъ у больного лишь нечувствительность пищевода смазываніями кокаиномъ и пользовался для освѣщенія отраженнымъ электрическимъ свѣтомъ.

Rosenheim, въ свою очередь, усовершенствовалъ этотъ способъ въ томъ отношеніи, что, послѣ удаленія мандрина, онъ привинчиваетъ къ трубкѣ электроскопъ *Casper'*а, который даетъ достаточное освѣщеніе и нѣсколько облегчаетъ осмотръ. Кромѣ того, онъ снабдилъ приборъ шкалой, раздѣленной на сантиметры, такъ что во всякій данный моментъ можно опредѣлить, на какомъ разстояніи отъ рубцовъ находится въ пищеводѣ конецъ трубки.

Другія незначительныя отклоненія между приборами различныхъ авторовъ (такъ, трубка на нижнемъ концѣ срѣзана то прямо, то косо, и т. п.) не имѣютъ существеннаго значенія.

Хотя осмотръ пищевода удается у многихъ больныхъ, тѣмъ не менѣе нельзя оспаривать, что онъ сопряженъ съ большею или меньшею непріятностью для больного. Разумѣется, его нельзя также производить во всѣхъ случаяхъ, такъ какъ онъ подлежитъ тѣмъ же *противопоказаніямъ*, какъ и зондированіе пищевода (см. выше); кромѣ того, при искривленіяхъ позвоночника осмотръ пищевода зачастую невыполнимъ, у старыхъ же людей съ рѣзкимъ артеріосклерозомъ онъ не безопасенъ въ виду опущеннаго положенія головы.

Для того, чтобы сдѣлать тщательный осмотръ пищевода, необходимо изслѣдовать больного *натощакъ* или послѣ предварительнаго промыванія желудка, такъ какъ, въ противномъ случаѣ, при продвиганіи трубки до входа въ желудокъ въ нее попадаетъ желудочное содержимое, которое мѣшаетъ осмотру. То же можетъ случиться, когда трубка попадаетъ въ наполненный пищею дивертикулъ или въ содержащую пищу расширенную часть пищевода, расположенную надъ суженнымъ мѣстомъ; поэтому въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно подозрѣвать подобное заболѣваніе, необходимо передъ осмотромъ пищевода произвести промываніе его. Съ цѣлью предотвратить тошнотныя движенія, которыя могутъ мѣшать введенію трубки, и вообще облегчить изслѣдованіе, слѣдуетъ вызвать у больного *нечувствительность* грушевидныхъ пазухъ и средней части входа въ пищеводъ позади пластинки перстневиднаго хряща. Для этого указанныя

части смазывают или подъ слизистую оболочку ихъ впрыскиваютъ (посредствомъ горланнаго шприца, который, сравнительно съ обыкновеннымъ имѣеть нѣсколько болѣе длинный наконечникъ, согнутый подъ болѣе тупымъ угломъ) 1—2 % растворъ кокаина, эйкаина или т. п. средствъ. Одновременно съ этимъ цѣлесообразно вызвать также нечувствительность слизистой оболочки глотки, смазавши ее 20 % растворомъ кокаина.

Прежде чѣмъ производить осмотръ пищевода, необходимо предварительно *изслѣдовать* его *посредствомъ зонда*. Если при этомъ появилось хотя бы и очень незначительное кровотеченіе, то трубку слѣдуетъ ввести только черезъ нѣсколько часовъ, во-первыхъ, для того, чтобы кровь, которая могла еще остаться въ пищеводѣ, не мѣшала осмотру, во-вторыхъ, съ цѣлью предотвратить раздраженіе поврежденнаго мѣста. Вообще, во избѣжаніе раздраженія пищевода, оба изслѣдованія не слѣдуетъ производить одно послѣ другого.

Освободивши больного отъ всякой одежды, стѣсняющей дыханіе, его кладутъ на операционный столъ или гинекологическій стулъ такимъ образомъ, чтобы ноги лежали на головномъ концѣ стола или стула, плечи опирались на край другого конца, а голова свѣшивалась книзу; при этомъ помощникъ поддерживаетъ голову рукою и въ то же время наклоняетъ ее кзади, такъ чтобы отверстіе рта приходилось, по возможности, въ направленіи вытянутаго пищевода. *v. Haecker* вводитъ эзофагоскопъ въ сидячемъ положеніи больного, причемъ, по мѣрѣ того, какъ приборъ входитъ въ пищеводъ, больной долженъ мало по малу наклоняться назадъ, пока, наконецъ, онъ не приметъ горизонтальнаго положенія. Способъ этотъ довольно цѣлесообразенъ въ тѣхъ случаяхъ, когда введеніе прибора въ лежачемъ положеніи затруднительно. *Mikulicz*, напротивъ, изслѣдуетъ больного предпочтительно въ положеніи на боку.

Прежде чѣмъ изложить технику эзофагоскопии, необходимо вкратцѣ описать самый приборъ. Трубка, снабженная дѣлениями на сантиметры и имѣющая въ поперечникѣ около 11,5 мм. для женщинъ и 13 мм. (самое большое 14 мм.) для мужчинъ, бываетъ обыкновенно длиною въ 45 см.¹⁾ и снабжена въ *Rosenheim*'овскомъ приборѣ (рис. 5) на наружномъ концѣ металлической гильзой, въ которой, помощью винта, прочно укрѣпленъ мандринъ (рис. 6); коль скоро винтъ отвинченъ, мандринъ можно уже легко извлечь изъ трубки. Затѣмъ въ послѣднюю снизу ввинчиваютъ видоизмѣненный для указанной цѣли электроскопъ *Casper*'а, такъ чтобы, во-первыхъ, свѣтъ отражался въ направленіи отверстія, находящагося въ пищеводѣ, и, во-вторыхъ, у наружнаго отверстія оставалось еще достаточно мѣста для глаза. Вводятъ самый приборъ слѣдующимъ образомъ: лѣвымъ указательнымъ пальцемъ, введеннымъ возможно

¹⁾ Въ некоторыхъ случаяхъ оказывается достаточною болѣе короткая трубка, если, напр. помощью зонда убѣдились, что суженіе находится въ верхней части пищевода. При этомъ болѣе короткая трубка имѣеть въ томъ отношеніи преимущество передъ длиною, что свѣту приходится проникать на меньшую глубину, вслѣдствіе чего соответственная часть слизистой оболочки сильнѣе освѣщается.

глубоко въ глотку, оттягиваютъ гортань впередъ; затѣмъ, взявши по срединѣ, на-подобіе писцаго пера, правой рукой трубку, въ которую крѣпко ввинченъ мандринъ, вводятъ ее по срединѣ въ глотку или въ одну изъ грушевидныхъ пазухъ и направляютъ мягкой конецъ мандрина къзади къ позвоночнику для того, чтобы онъ не попалъ въ гортань, а вошелъ въ пищеводъ. Такъ какъ препятствіе, существующее вообще въ верхней части пищевода, еще болѣе увеличивается вслѣдствіе отклоненія головы къзади и сильнаго натяженія заднихъ шейныхъ мышцъ, то никоимъ образомъ не слѣдуетъ употреблять насилія. Нужно осторожно передвигать инструментъ назадъ и впередъ, а помощникъ долженъ перемѣщать голову и туловище больного, пока не получатся наиболее благоприятныя условія для введенія инструмента и мандринъ не проникаетъ легко вглубь. Иногда его удается легче ввести, если заставить больного сдѣлать глотательное движеніе, во время котораго, какъ уже сказано выше, узкая щель позади пластинки перстневиднаго хряща становится шире.

Коль скоро трубка введена, то она напираетъ на верхніе рѣзцы; поэтому нужно предварительно убѣдиться въ прочности ихъ. Если они разрушены костоѣдой, то передъ изслѣдованіемъ ихъ нужно сдѣлать нечувствительными, такъ какъ иначе напирющая на нихъ трубка вызываетъ боли. Если въ верхнемъ ряду зубовъ существуетъ достаточно широкій промежутокъ, то въ него вдвигаютъ трубку, такъ какъ въ такомъ случаѣ нѣтъ надобности сильно наклонять голову къзади, т. е. уменьшается напоръ со стороны пищевода.

Разъ изслѣдованіе зондомъ показало, что на извѣстномъ уровнѣ существуетъ суженіе пищевода, то приборъ вводятъ первоначально только до этого мѣста и тщательно осматриваютъ его помощью электроскопа; то же дѣлаютъ и въ томъ случаѣ, когда при вдвиганіи трубки наталкиваются на неожиданное препятствіе. Напротивъ, если пищеводъ проходимъ, то эзофагоскопъ осторожно продвигаютъ до входа въ желудокъ, причемъ гильзу трубки мало по малу перемѣщаютъ вправо, въ уголь рта. Затѣмъ отвинчиваютъ винтъ, удерживающій мандринъ, извлекаютъ послѣдній и ввинчиваютъ электроскопъ.

Осмотрѣвши входъ въ желудокъ, медленно выдвигаютъ трубку и послѣдовательно осматриваютъ пищеводъ на всемъ протяженіи его. Между тѣмъ какъ въ нижней части просвѣтъ пищевода имѣетъ видъ розетки, а на мѣстѣ пищеводнаго отверстія грудобрюшной преграды представляется въ видъ щели, на уровнѣ раздѣленія дыхательнаго горла передняя стѣнка выдается въ видъ складки; въ грудной части пищеводъ представляется въ видъ трубки, стѣнки которой образуютъ сферическій трехугольникъ или четырехугольникъ, наконецъ, въ шейной части онъ имѣетъ видъ короткой воронки, вслѣдствіе того, что стѣнки, которыя нормально прилегаютъ другъ къ другу, раздвинуты трубкой.

Если осмотру стѣнокъ мѣшаетъ присутствіе слизи или крови, то ихъ

удаляютъ посредствомъ ватнаго шарика, защемленнаго между вѣтвями ватодержателя (рис. 7).

Правильное обсужденіе *эзофагоскопической картины* нѣсколько затрудняется движеніями стѣнокъ пищевода, которыя бываютъ троякаго происхожденія. Во-первыхъ, видны *дыхательныя перемѣщенія* стѣнокъ. По изслѣдованіямъ *Martius'a*, при спокойномъ дыханіи инспираторное давленіе въ пищеводѣ составляетъ—4 мм. ртутнаго столба, экспираторное—1 мм., при усиленномъ же дыханіи первое доходитъ до—10 мм.,

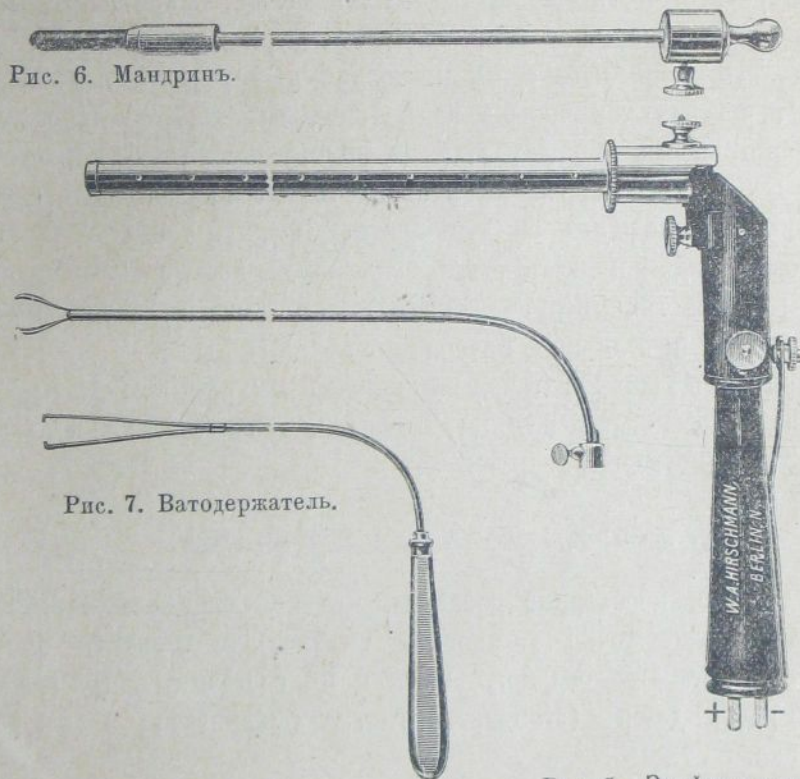


Рис. 6. Мандринъ.

Рис. 7. Ватодержатель.

Рис. 5. Эзофагоскопъ Rosenheim'a съ ввинченнымъ электроскопомъ.

а послѣднее до—4 мм.; соответственно этому, стѣнки пищевода при вдыханіи расходятся, при выдыханіи же сближаются между собою. На полученныхъ *Martius'омъ* кривыхъ давленія замѣчались, кромѣ того, небольшія колебанія, которыя находились въ зависимости отъ сердечной дѣятельности.

Эти *пульсаторныя движенія* видны яснѣе всего на передней стѣнкѣ нижней грудной части, такъ какъ здѣсь пищеводъ непосредственно при-мыкаетъ къ сердцу, тогда какъ на уровнѣ раздвоенія дыхательнаго горла пульсація стѣнокъ вызывается аортой.

Наконецъ, при глотательныхъ или тошнотныхъ движеніяхъ, а также при раздраженіи стѣнокъ пищевода видны *червеобразныя сокращенія* ихъ.

f) Радиографія.

Если, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда эзофагоскопія противопоказана, желательно опредѣлить, напр., мѣстоположеніе и форму *суженія*, то можно ввести въ пищеводъ до пораженнаго мѣста зондъ съ металлической оливой или резиновый бужъ, наполненный ртутью, и затѣмъ изслѣдовать больного помощью Рентгеновскихъ лучей. Металлъ, непроницаемый для лучей, дастъ на флуоресцирующемъ экранѣ тѣнь, которая прямо укажетъ на мѣстоположеніе суженія; смѣщая въ разныя стороны конецъ зонда, т. е. какъ-бы ошупывая имъ стѣнки суженнаго мѣста, мы можемъ затѣмъ составить себѣ понятіе о формѣ его.

При *ракахъ пищевода* я въ нѣсколькихъ случаяхъ получалъ на экранѣ тѣнь, которая помѣщалась надъ тѣнью отъ сердца, направлялась довольно прямо вверхъ и переходила на обѣихъ сторонахъ за края грудной кости. Въ верхней части, въ направленіи къ правой подключичной области, тѣнь эта представляла дугообразную форму, тогда какъ слѣва около нея была видна пульсирующая тѣнь аорты. Мѣстоположеніе, форма и размѣры раковой тѣни будутъ, конечно, находиться въ зависимости отъ положенія, формы и величины опухоли.

Непроницаемая для Рентгеновскихъ лучей *инородныя тѣла*, главнымъ образомъ, слѣдовательно, металлическія, тоже даютъ часто ясную тѣнь на флуоресцирующемъ экранѣ.

g) Заключительныя замѣчанія.

Въ заключеніе, необходимо добавить, что при опредѣленіи заболѣванія пищевода важно точно установить анамнезъ и обратить вниманіе какъ на общее состояніе больного, такъ и на состояніе языка (валеть), зубовъ (костоѣда), десенъ (стоматитъ), глотки (фарингитъ) и желудочно-кишечнаго канала.

12299

