

17.8/Ш-901

Штёрк К.

Болезни носа, зева  
и гортани

1897

№ 38



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

БИБЛИОТЕКА СТУДЕНТОВЪ-МЕДИКОВЪ	
№	38
Новороссійскаго Университета.	

Штёрк

Проф. Karl Stöerk.

№ 38

БОЛЪЗНИ

Magazin  
Zoft!

# НОСА, ЗЪВА и ГОРТАНИ.

(Изъ „Частной патологии и терапiи“, изд. проф. Н. Nothnagel'емъ).

Съ 89 рисунками и 4 таблицами въ текстѣ.

Переводъ д-ра П. А. Баскьева.

Правление библиотеки студентовъ-медиковъ напоминаетъ товарищамъ, что они отвѣчаютъ за порчу и поврежденіе книгъ и передетовъ

2012

1961

1972

БИБЛИОТЕКА  
СТУДЕНТОВЪ-МЕДИКОВЪ  
№ 38  
Новороссійскаго Университета.

ИНВЕНТАР  
№ 12391

МОСКВА  
Издание А. А. Карцева.

1897.

617.8



ПЕРЕОБІІК

## ОТДѢЛЕНИЕ.

Чтобы получить правильное представление о катарральномъ процессѣ и о тѣхъ измѣненіяхъ въ тканяхъ, которыя наступаютъ при продолжительныхъ катаррахъ и бленнорреяхъ, необходимо ознакомиться съ секреторной дѣятельностью нормальной слизистой оболочки.

Если мы приглядимся къ процессу отдѣленія слизи при нормальныхъ условіяхъ, то намъ прежде всего бросится въ глаза однообразіе явленій, происходящихъ какъ на слизистыхъ оболочкахъ, покрытыхъ плоскимъ эпителиемъ, такъ и на тѣхъ, покровъ которыхъ состоитъ изъ цилиндрическаго эпителія.

Въ самомъ верхнемъ слоѣ залегаетъ мерцательный или плоскій эпителий, тогда какъ въ болѣе глубокомъ слоѣ лежитъ преформированный эпителий, который затѣмъ превращается въ одинъ изъ названныхъ выше видовъ. Въ промежуткахъ между клѣтками втиснуты шары съ мутнымъ зернистымъ содержимымъ и эпителиальнымъ ядромъ, а далѣе находится т. н. базальная перепонка; подъ ней, между залегающей здѣсь соединительной тканью, лежитъ слой круглыхъ клѣтокъ, еще глубже идутъ сосуды (артеріи и вены), а между ними находятся т. н. слизистыя железы (частью—трубчатая, частью—ацинозная), которыя представляютъ собою простыя углубленія слизистой оболочки, выстланныя отъ входа до дна эпителиальными клѣтками. Поверхность нормальной слизистой оболочки имѣетъ видъ разрѣзного бархата, такъ какъ она выстлана мерцательнымъ эпителиемъ и усѣяна безчисленнымъ множествомъ углубленій, соответствующихъ многочисленнымъ выводнымъ протокамъ слизистыхъ железъ.

Если къ поверхности слизистой оболочки причислить также слизистыя железы, которыя являются безконечнымъ продолженіемъ слизистой оболочки, напр., въ носу, то профузное отдѣленіе, наступающее при катаррѣ, станетъ вполне понятнымъ явленіемъ. Если процессъ отдѣленія наступаетъ только на поверхности слизистой оболочки, при чемъ слизистыя железы въ этомъ не участвуютъ, то секретъ бываетъ, конечно, ничтожнымъ.

При всякомъ патологическомъ состояніи, когда поврежденіе идетъ сверху внизъ, или когда наступаетъ гиперемія или раздраженіе нер-

вовъ, нормальное напряженіе усиливается, а отторженіе и замѣщеніе эпителия ускоряется, особенно при стираниі поверхности, т. е. при механическомъ слущиваніи эпителия. Если въ поверхностныхъ слояхъ наступаетъ болѣе быстрое отторженіе, а въ болѣе глубокихъ—послѣдовательная регенерація, то отъ обнаженія нервныхъ окончаній получается особая чувствительность слизистой оболочки; весь этотъ процессъ обыкновенно получаетъ названіе эрозій.

Если при нормальныхъ условіяхъ эпителий на поверхности отторгается, то снизу выдвигается множество слизистыхъ клѣтокъ, клѣтокъ съ мутнымъ, зернистымъ содержимымъ, и нѣкоторыхъ гомогенныхъ стекловидныхъ клѣтокъ.

Всегда возникалъ вопросъ, можетъ ли слизистая оболочка при упорномъ катаррѣ измѣниться, а секретъ—потерять свой слизистый характеръ и превратиться въ гной.

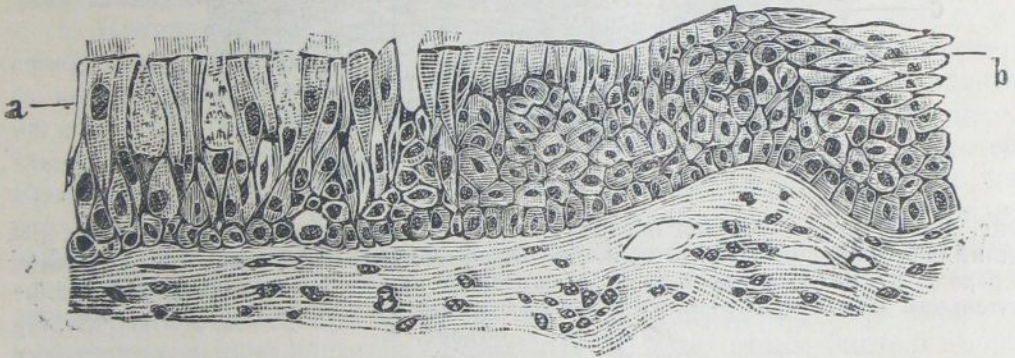
Трудами послѣдняго времени установлено, что, какъ только самые поверхностные слои отпадаютъ, выдѣленіе изъ сосудовъ достигаетъ этого мѣста, принося съ собою и обильное количество лейкоцитовъ.

Такъ какъ на лейкоциты смотрять и какъ на бѣлыя кровяныя тѣльца и какъ на гнойныя клѣтки, то при очень сильномъ катаррѣ имѣютъ дѣло уже съ нагноеніемъ, которое не представляетъ ничего сходнаго съ процессомъ отторженія эпителия. Если подобное нагноеніе по какимъ-либо причинамъ существуетъ въ теченіе болѣе или менѣе долгаго времени, то слизистая оболочка *in toto* подвергается особому измѣненію: на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ раньше былъ мерцательный эпителий, т. е. была нѣжная, чувствительная слизистая оболочка, теперь оказывается настоящій многослойный эпителий. Подобное измѣненіе—метаплазія—имѣетъ огромное значеніе для распознаванія и оцѣнки нѣкоторыхъ заболѣваній слизистой оболочки. Такъ напр., носовая слизистая оболочка, которая обычно должна быть покрыта мерцательнымъ эпителиемъ, послѣ подобнаго катаррального заболѣванія лишается своего защитнаго покрова: послѣ метаплазіи она уже не покрыта мерцательнымъ эпителиемъ и функционируетъ, въ качествѣ слизистой оболочки, не въ полной мѣрѣ. При такихъ условіяхъ возникаютъ новыя заболѣванія, которыя не свойственны слизистымъ оболочкамъ, покрытымъ мерцательнымъ эпителиемъ, а встрѣчаются на такихъ оболочкахъ, которыя обладаютъ толстымъ плотнымъ покровомъ изъ плоскаго эпителия и обнаруживаютъ недостаточную секреторную дѣятельность.

*Ziegler* <sup>1)</sup> слѣдующимъ образомъ опредѣляетъ понятіе о „метаплазіи“: при хроническомъ воспаленіи слизистыхъ оболочекъ, напр., въ маткѣ и дыхательныхъ путяхъ, нерѣдко случается, что цилиндрической эпителий мѣстами переходитъ въ плоскій эпителий,—явленіе, носящее названіе эпителиальной метаплазіи. Это превращеніе происходитъ такимъ образомъ, что послѣ неоднократныхъ потерь первоначальнаго эпителия возрождающійся вновь эпителий измѣняетъ свой характеръ. На многослойномъ эпителии слизистой оболочки можетъ появиться раннее ороговѣніе клѣточныхъ слоевъ“.

<sup>1)</sup> *Ziegler*. Lehrbuch der allg. u. spec. pathol. Anatomie, 1895, 8-ое изд., стр. 329.

*Hansemann* <sup>1)</sup>, описывая каріокINETИЧЕСкія фігуры, считаетъ необходимымъ отличать ихъ другъ отъ друга, такъ какъ переходныхъ формъ никогда не наблюдается. „Переходныя формы нормальныхъ клѣтокъ, измѣняясь иногда подѣ влияніемъ внѣшнихъ мѣстныхъ условій, напр., временныхъ нарушеній питанія или какихъ-либо раздражающихъ моментовъ, послѣ установленія ихъ специфичности уже не могутъ служить критеріемъ и не должны быть относимы къ явленіямъ настоящаго митоза. Мы приходимъ такимъ образомъ путемъ непосредственнаго наблюденія къ тому закону, который былъ установленъ *Bard*омъ на основаніи чисто теоретическихъ соображеній: *omnis cellula e cellula ejusdem generis*“.



Фиг. 1.—Носовая слизистая оболочка; при *a* виденъ еще нормальный цилиндрической эпителий со своими мерцательными рѣсничками; между цилиндрическимъ эпителиемъ попадаются одиночныя бокаловидныя клѣтки; по срединѣ препарата видно, какъ цилиндрическія клѣтки, укорачиваясь, превращаются въ кубическія; при *b* онѣ совершенно превратились въ многослойный плоскій эпителий. Между эпителиальными слоями залегаетъ обильное количество новообразованной соединительной ткани (метаплазія). *Zeiss*, ок. 2, объект. *E*.

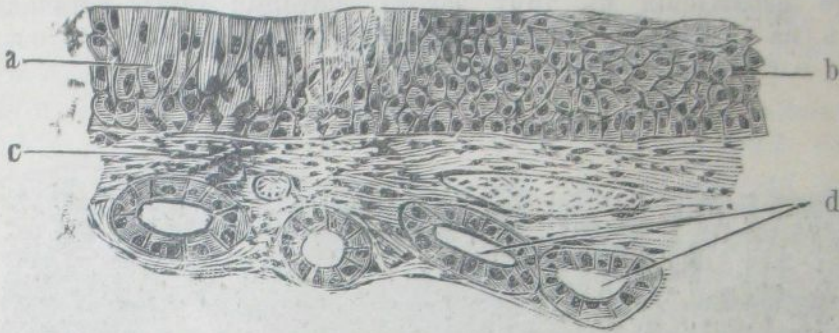
Если *Hansemann* склоненъ на основаніи упомянутыхъ изслѣдованій отрицать возможность настоящей метаплазіи и допускаетъ гистологическое приспособленіе въ широкихъ предѣлахъ, то тотчасъ же является мысль, что понятіе о гистологическомъ приспособленіи только заступило мѣсто понятія о метаплазіи, тогда какъ суть дѣла осталась одной и той же.

Въ опубликованныхъ мною исторіяхъ болѣзни (1864, стр. 164, *Klinik der Kehlkopfkrankheiten*, 1880) я уже давно указалъ на то обстоятельство, что при хронической бленнорреѣ наступаетъ настоящее и полное превращеніе носовой слизистой оболочки. Я утверждалъ, что перерожденная носовая слизистая оболочка теряетъ характеръ послѣдней, и что оболочка, выстилающая тогда носовую полость, представляетъ собою *membrana pyogenica*. По современному представленію о метаплазіи дѣло идетъ о полномъ перерожденіи слизистой оболочки,

<sup>1)</sup> *Hansemann David*. Studien über die Specificität, den Altrismus und die Anaplasie der Zellen mit besonderer Berücksichtigung der Geschwülste, стр. 37. Берлинъ, 1893, изд. *August'a Hirschwald'a*.

которая превращается въ обыкновенный покровъ изъ плоскаго эпите-  
лія и соединительной ткани.

Сюда же должны быть причислены тѣ измѣненія, которыя вызы-  
ваютъ постепенное перерожденіе слизистой оболочки, на томъ именно  
основаніи, что при такомъ огрубѣвшемъ эпителиальномъ покровѣ не  
бываетъ нормальной или, по крайней мѣрѣ, столь интенсивной секре-  
торной дѣятельности, какая нужна для сохраненія функціи носа.



Фиг. 2.—Носовая слизистая оболочка; здѣсь также видна метаплазія. При *a*—  
цилиндрической эпителий, потерявшій мерцательныя рѣснички; при *b*—рѣзкій  
переходъ въ многослойный плоскій эпителий; при *c*—новообразованная соеди-  
нительная ткань; при *d*—сморщивающаяся, отработавшая слизистая железа.  
*Zeiss*, ок. 2, объект. *E*.

Уменьшеніе секрета въ носу, увеличеніе эмиграціи бѣлыхъ кровяныхъ  
тѣлецъ или нагноеніе въ носу приводятъ къ такимъ состояніямъ, кото-  
рыя нарушаютъ питаніе всей слизистой оболочки. Этимъ путемъ мы  
приходимъ къ пониманію процесса гиперплазіи, когда количество эле-  
ментовъ увеличивается, и атрофіи, когда число ихъ уменьшается.

### Эпителий.

Прежде всего мы разсмотримъ секреторную дѣятельность слизистой  
оболочки при нормальныхъ условіяхъ и съ этой цѣлью опишемъ по-  
дробнѣ различные источники этой секреціи.

Эпителий.—Плоскій эпителий бываетъ многослойнымъ (фиг. 1 *b*),  
а цилиндрической состоитъ изъ нѣсколькихъ рядовъ (фиг. 6, 7).

*a*. Плоскій эпителий выстилаетъ полость рта и зѣва, равно какъ  
верхнюю и большую часть нижней поверхности надгортанника, а также  
верхнюю поверхность истинныхъ голосовыхъ связокъ. Самые верхніе  
слои эпителия лежатъ черепицеобразно и вмѣстѣ со своимъ спайнымъ  
веществомъ напоминаютъ поверхность мостовой; они на свободной по-  
верхности ороговѣваютъ и постепенно отторгаются. На разрѣзѣ эпи-  
телиальныя кѣтки оказываются, благодаря своему росту, столь различ-  
нымъ образомъ придавленными другъ къ другу, что можно встрѣтить  
всевозможныя формы кѣтокъ. Между верхними сильнѣе ороговѣвшими  
слоями находится слой кѣтокъ, въ которыхъ ясно замѣтно еще ядро.  
Чѣмъ ближе къ поверхности, тѣмъ ядро все болѣе и болѣе теряетъ



свою форму, такъ что въ самыхъ верхнихъ эпителиальныхъ чешуйкахъ его нельзя уже такъ ясно различать, какъ ниже. Чѣмъ дальше отъ поверхности, тѣмъ кѣтки оказываются болѣе сочными; слой, лежащій къ базальной перепонкѣ, отличается наибольшей рыхлостью, при чемъ кѣтки здѣсь имѣютъ почти круглую форму. Въ болѣе глубокихъ слояхъ можно явнѣ всего прослѣдить, какъ вълѣдствіе дѣленія кѣтокъ постоянно продвигаются кверху новыя кѣтки, которыя уже въ видѣ эпителиальныхъ кѣтокъ достигаютъ поверхности, или же теряютъ видъ эпителия и, сохранивъ ядро, получаютъ шаровидную форму; чрезъ нѣкоторое время подобныя кѣтки теряютъ свое содержимое, проникаютъ на поверхность въ видѣ лейкоцитовъ <sup>1)</sup>, здѣсь лопаются и подвергаются тѣмъ измѣненіямъ, благодаря которымъ имъ дали названіе слизистыхъ тѣлъ. Они образуютъ муцанъ <sup>2)</sup>.

б. Цилиндрической эпителий.—Ряды цилиндрическаго эпителия въ своей типической формѣ встрѣчаются на слизистой оболочкѣ гортани, за исключеніемъ верхней поверхности истинныхъ голосовыхъ связокъ, на слизистой оболочкѣ дыхательнаго горла и крупныхъ бронховъ, а также на слизистой оболочкѣ носа и его придаточныхъ полостей. Вполнѣ развитыя эпителиальныя кѣтки, достигающія свободной поверхности, снабжены мерцательными рѣсничками. Нижнія, еще не вполнѣ развитыя кѣтки (замѣстительныя кѣтки) такъ расположены относительно другъ друга, что почти всѣ принимаютъ цилиндрическую форму, чтобы легче протиснуться въ щели палисада, образованнаго изъ мерцательнаго эпителия. Базальныя кѣтки этого эпителия образуются вновь посредствомъ дѣленія, какъ при плоскомъ эпителии. Но между мерцательнымъ эпителиемъ среди обыкновенныхъ кѣтокъ попадаются особенныя элементы, которые выдѣляютъ слизь: это—т. н. бокаловидныя кѣтки. Цилиндрическія эпителиальныя кѣтки стоятъ вертикально, такъ что онѣ другъ друга взаимно поддерживаютъ своимъ широкимъ основаніемъ онѣ обращены кверху, а узкимъ концомъ, содержащимъ ядро, книзу. Между нормальными мерцательными кѣтками попадаютъ вздутыя формы, не содержащія въ самомъ тѣлѣ ядра, которое оттѣснено болѣею частью къ основанію; содержимое подобныхъ кѣтокъ состоитъ изъ слизистой массы, которая дѣлаетъ кѣтку вздутой и придаетъ ей ту бокаловидную форму, отъ которой она и получила свое названіе. Когда эти кѣтки извергаютъ свое содержимое, онѣ спадаются, образуя тогда полую трубку. Какъ между многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, такъ и между мерцательнымъ эпителиемъ находятъ мѣстами среди типическихъ эпителиальныхъ кѣтокъ лейкоциты, выселившіеся изъ подлежащей соединительной ткани; особенно обильнымъ бываетъ этотъ притокъ лейкоцитовъ, какъ показалъ *Stoehr*, въ области миндалевидныхъ железъ.

Подъ эпителиемъ лежитъ плотная, почти непроницаемая, гомогенная базальная перепонка, которую иногда удается отсепаровать; чрезъ эту перепонку проходятъ сосуды и нервы, направляясь къ эпителиаль-

<sup>1)</sup> *Luschka* называетъ кѣтки, лежащія подъ базальной перепонкой (лейкоциты), зародышевыми кѣтками.

<sup>2)</sup> *Orth*. Handbuch der Histologie.

ному слою. Нервы, по *Schiefferdecker*'у, состоятъ изъ безмякотныхъ осевыхъ цилиндровъ, которые проникаютъ между клѣтками и оканчиваются свободно <sup>1)</sup>.

Подъ базальной перепонкой, которая отдѣляетъ эпителиальный слой отъ собственно слизистой оболочки, находится соединительно-тканый слой съ обильнымъ скопленіемъ лейкоцитовъ, затѣмъ слѣдуютъ капилляры и слой эластическихъ, а иногда и мышечныхъ волоконъ.

Для дополненія нашего очерка о секреторной дѣятельности слизистой оболочки мы должны еще описать подробнѣе бокаловидныя клѣтки и ихъ отношеніе къ отдѣленію слизи.

*Heinrich Joseph List* <sup>2)</sup> занялся изслѣдованіемъ бокаловидныхъ клѣтокъ и опубликовалъ по этому вопросу очень обстоятельную монографію. Приложенныя къ работѣ изображенія не оставляютъ ни малѣйшаго сомнѣнія на счетъ формы и содержимаго бокаловидныхъ клѣтокъ. По изслѣдованіямъ *List*'а, у бокаловидныхъ клѣтокъ, пока онѣ доходятъ до поверхности слизистой оболочки, образуется отверстие. Сначала думали, что поверхность клѣтки трескается и содержимое ея вытекаетъ въ видѣ слизи, но уже *F. E. Shultze* утверждалъ, что бокаловидная клѣтка не трескается на поверхности, а что въ ней образуется отверстие, изъ котораго секретъ изливается наружу.

*List* же полагаетъ, что подобно тому какъ оказалось невѣрнымъ мнѣніе *Heindenhain*'а, будто въ слизистыхъ железахъ клѣтки погибаютъ путемъ отторженія, точно такъ же невѣрно такое же представленіе о бокаловидныхъ клѣткахъ. Въ бокаловидной клѣткѣ, послѣ выдѣленія секрета, образуется изъ остатка протоплазмы вокругъ отодвинушагося къ основанію ядра новый секретъ, совершенно одинаковый съ выдѣленнымъ, т. е. слизистое отдѣленіе восстанавливается.

Бокаловидныя клѣтки развиваются изъ болѣе глубокихъ слоевъ эпителия, изъ т. н. зародышевыхъ клѣтокъ, описанныхъ еще *Henle*. *List* описываетъ этотъ процессъ слѣдующимъ образомъ: „бокаловидныя клѣтки образуются вслѣдствіе измѣненія формы наиболѣе свободно лежащихъ эпителиальныхъ клѣтокъ нижнихъ слоевъ“. Изъ этого слѣдуетъ, повидимому, что бокаловидныя клѣтки представляютъ собой не что иное, какъ измѣненныя эпителиальныя клѣтки.

Лучшее опредѣленіе бокаловидныхъ клѣтокъ дали *F. E. Schultze* и *Ranvier*, которые считаютъ ихъ одноклѣточными железами.

По *Drasch*'у, бокаловидныя клѣтки въ эпителии дыхательнаго горла представляютъ собою переходныя формы отъ зародышевыхъ клѣтокъ къ мерцательнымъ. *Kölliker* считаетъ ихъ особыми отдѣлительными железами.

*List* говоритъ объ этомъ (l. с.) слѣдующее: „въ цѣломъ рядѣ работъ я стремился доказать, что бокаловидныя клѣтки различнаго происхожденія представляютъ собою отдѣлительныя органы, а именно одноклѣточные железы. Это положеніе, которое высказалъ съ особой проницательностью уже *F. E. Schultze*, я на основаніи моихъ нынѣш-

<sup>1)</sup> *Schiefferdecker*. Gewebelehre. Брауншвейгъ. 1891. Русскій перев., 1894.

<sup>2)</sup> *Heinrich Joseph List*. Ueber Becherzellen. Arch. f. mikr. Anatomie. Боннъ, 1886, Bd. 27.

нихъ изслѣдованій обобщаю въ томъ смыслѣ, что бокаловидныя клѣтки повсюду, гдѣ бы онѣ ни находились, въ плоскомъ или цилиндрическомъ эпителии, слѣдуетъ считать одноклѣточными<sup>1</sup> железами. Я всегда остерегался называть бокаловидныя клѣтки слизистыми железами, такъ какъ, несмотря на существованіе нѣкоторыхъ реакцій, указывающихъ на содержаніе муциноподобнаго вещества, опыты даютъ въ этомъ отношеніи не вполне удовлетворительныя данныя. Для физиолого-химическихъ изслѣдованій здѣсь остается еще широкой просторъ“.

Интересно также, что *Seiller* раздѣляетъ возрѣніе *Leydig*'а. *Leydig*, открывшій бокаловидныя клѣтки, считаетъ ихъ одноклѣточными железами. *Seiller* <sup>1)</sup>, говоря объ отверстіяхъ въ бокаловидныхъ клѣткахъ, заявляетъ, что *stomata* въ этихъ клѣткахъ представляютъ собою вполне правильныя кругловатыя отверстія, и не соглашается съ возрѣніями другихъ, что эти отверстія произошли отъ случайно разорвавшихся *stomata*.

*Biedermann* утверждаетъ, что рядомъ со свѣтлыми, мелкозернистыми клѣтками попадаются также темныя, сильно преломляющія свѣтъ ядра. Однако, это—не различныя клѣтки, а только различныя стадіи ихъ развитія; такъ подобныя клѣтки, значительно увеличиваясь въ объемѣ, послѣ полного просвѣтленія своего содержимаго превращаются въ бокаловидныя клѣтки съ ясно замѣтнымъ круглымъ отверстіемъ (*stoma*).

Дальнѣйшая работа относительно бокаловидныхъ клѣтокъ была помѣщена въ „Archiv für mikroskopische Anatomie“ (т. 36) профессоромъ *Гойеромъ* изъ Варшавы подъ названіемъ: „Ueber den Nachweis des Mucins im Gewebe mittelst Färbemethode“. *Гойеръ* также нашелъ бокаловидныя клѣтки въ различныхъ слизистыхъ оболочкахъ. Для окраски онъ употреблялъ особыя красящія вещества (изъ дегтя), при помощи которыхъ ему удавалось окрасить не только оболочку бокаловидныхъ клѣтокъ, но и ихъ секретъ. Точно также онъ окрашивалъ выдѣлившійся секретъ, который по своимъ характеристическимъ свойствамъ долженъ быть признанъ за муцинъ. Когда бокаловидныя клѣтки совершенно освобождаются отъ своего содержимаго, онѣ спадаются и получаютъ видъ описанныхъ уже *Paneth*'омъ узкихъ клѣтокъ. На слизистой оболочкѣ носа, гортани и бронховъ онъ нашелъ ихъ въ большомъ числѣ, хотя онѣ встрѣчаются не всегда. *Гойеръ* принимаетъ, что болѣе или менѣе частое существованіе ихъ стоитъ въ связи съ состояніемъ питанія. Особенно обильны онѣ въ мерцательномъ эпителии. По мнѣнію *Гойера*, муцинъ образуется также и въ цилиндрическихъ клѣткахъ, которыя послѣ сильнаго наполненія превращаются въ бокаловидныя клѣтки. Его возрѣніе заключается въ томъ, что бокаловидныя клѣтки образуются путемъ слизистаго перерожденія эпителиальныхъ клѣтокъ, которыя вмѣстѣ съ тѣмъ сильнѣе гипереміруются и функционируютъ въ качествѣ слизистыхъ клѣтокъ благодаря болѣе сильному раздраженію нервовъ.

Изъ всѣхъ руководствъ по гистологіи, которыя мы пересмотрѣли для изученія вопроса объ образованіи бокаловидныхъ клѣтокъ, наилучшее описаніе и наиболѣе вѣрныя картины находятся въ работѣ

<sup>1)</sup> Ueber Zungendrüsen. Arch. für mikr. Anat., Bd. 38.

*Schiefferdecker*'а<sup>1)</sup>. Такъ изображеніе на стр. 78 даетъ ясное представленіе на счетъ того, какъ изъ мерцательнаго эпителія образуются бокаловидныя клітки; не подлежитъ сомнѣнію, что среди мерцательныхъ эпителиальныхъ клітокъ, стоящихъ другъ возлѣ друга на подобіе палисады, мѣсто *B* представляетъ собою не что иное, какъ мерцательную эпителиальную клітку, которая, вмѣсто зернистаго содержимаго, существующаго въ сосѣднихъ кліткахъ, выполнена муциномъ. Такъ какъ при образованіи этого муцина мерцательныя рѣснички отпадаютъ, то естественно образуется *stoma*; изъ этого само собою вытекаетъ, что эти клітки, исторгнувъ тѣмъ или инымъ путемъ свое содержимое, спадаются и снова становятся узкими клітками, т. е. такими, какъ онѣ всегда изображаются среди другихъ клітокъ.



Фиг. 3.

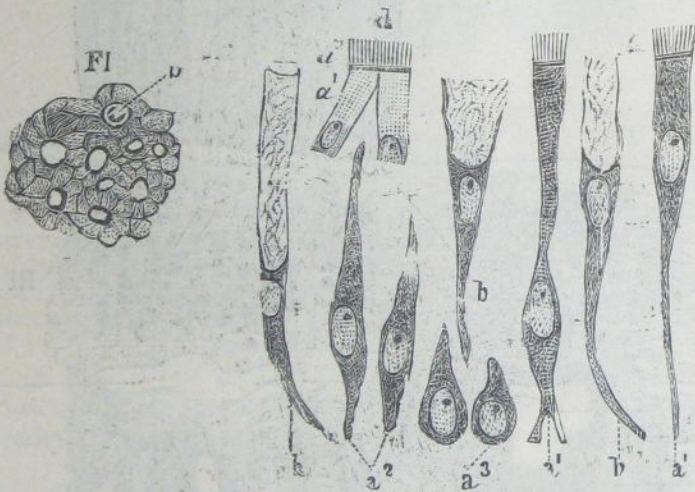
Еще болѣе ясную картину мы находимъ на стр. 82, гдѣ *Schiefferdecker* даетъ изображеніе рядовъ цилиндрическаго эпителія въ *pars respiratoria* носа. „Какъ это легко видѣть, эти ряды состоятъ, во-первыхъ, изъ узкихъ большихъ, тянущихся отъ свободной поверхности до пограничной соединительной ткани, клітокъ, которыя частью покрыты на своемъ свободномъ краѣ рѣсничками ( $a^1$ ), частью превратились въ слизистыя железистыя клітки (бокаловидныя, см. ниже) и сверху открыты ( $bb^1$ ). Между этими клітками лежатъ далѣе различной длины протоплазматическія клітки безъ рѣсничекъ, втиснутыя на большую или меньшую высоту между большими клітками ( $a^2$  и  $a^3$ ). Тогда какъ большія клітки имѣютъ видъ опрокинутаго конуса и на своемъ остроконечномъ основаніи часто раздѣляются на нѣсколько частей, короткія клітки ( $a^2$ ) имѣютъ скорѣе веретенообразную или булавовидную форму, а самыя маленькія, глубже лежащія, клітки ( $a^3$ ) — болѣе кругловатый или коническій видъ при разсмотрѣваніи съ поверхности (фиг. 4 Fl.)“.

Мы распространились по вопросу о происхожденіи и значеніи бокаловидныхъ клітокъ въ секреторной дѣятельности слизистой оболочки нѣсколько подробнѣе, чѣмъ это бы слѣдовало по рамкамъ и программѣ настоящаго труда, и должны по этому поводу объясниться. Бокаловидныя клітки въ обычныхъ гистологическихъ описаніяхъ слизистой оболочки гортани и носа въ большинствѣ случаевъ не фигурируютъ, на томъ основаніи, что микроскопическіе препараты, подвергающіеся изслѣдованію, обыкновенно приготовляются изъ тканей долго болѣвшихъ субъектовъ, когда уже изученіе секреторной дѣятельности удается не безъ труда. Приведенныя же здѣсь изслѣдованія сдѣланы авторами на органахъ, которые добыты путемъ вивисекціи, т. е. на свѣжихъ, функционирующихъ частяхъ.

1) *Schiefferdecker*. Gewebelehre. Брауншвейгъ, 1891. Русскій переводъ 1894.

При различныхъ операціяхъ, которыя мы имѣли случай производить въ носоглоточной полости, мы обращали также вниманіе на строеніе слизистой оболочки и ея эпителия. Въ особенности насъ интересовало здѣсь строеніе цилиндрическаго эпителия. Хотя объ этомъ уже очень много писали, мы считаемъ все же полезнымъ рассмотреть тѣ патологическія состоянія, которыя распространяются на этотъ видъ эпителия.

При удаленіи измѣненной, отечной слизистой оболочки носа мерцательный эпителий находится въ слѣдующемъ состояніи: на отдѣльныхъ мѣстахъ онъ совершенно отсутствуетъ и замѣщенъ сочнымъ кубическимъ эпителиемъ; на другихъ мѣстахъ цилиндрической эпителий вздувается, ядро пристааетъ къ оболочкѣ, рѣснички отпадаютъ, и вмѣ-

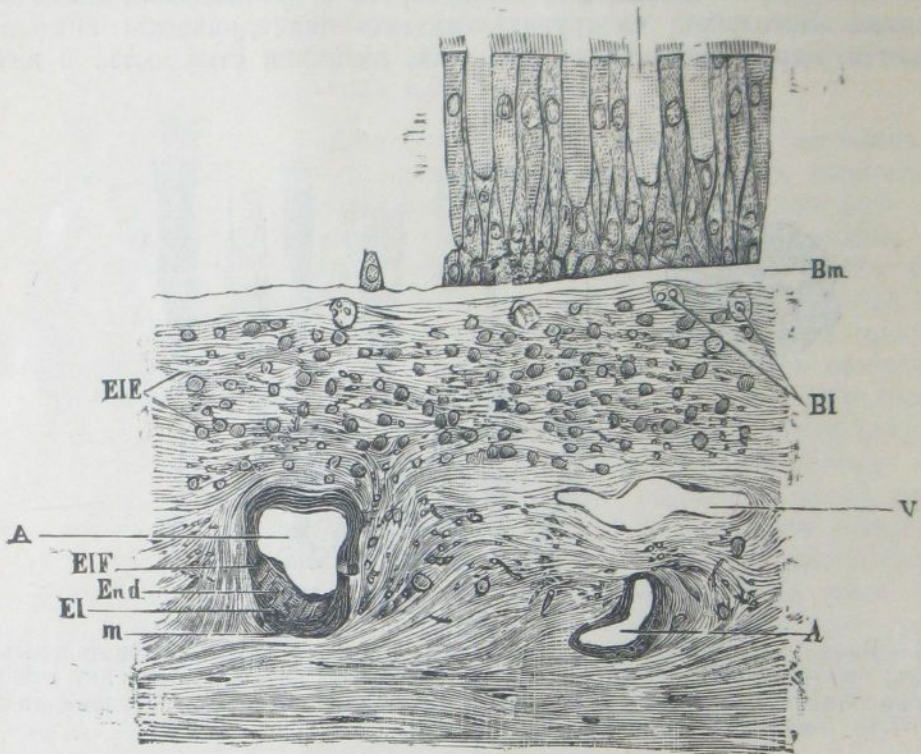


Фиг. 4.—Видъ верхнихъ концовъ большихъ многоугольныхъ мерцательныхъ клетокъ; онѣ образуютъ мозаику и имѣютъ темный цвѣтъ, тогда какъ отверстия бокаловидныхъ клетокъ *b* оказываются болѣе свѣтлыми; бокаловидныя клетки встрѣчаются въ весьма различномъ числѣ.

сто нихъ на поверхности видна мутная жидкость, которая, вѣроятно, представляетъ собою выступившее изъ клетъки слизистое содержимое; послѣднее можетъ выдѣляться въ довольно значительномъ количествѣ, какъ показываетъ прилагаемый рисунокъ (фиг. 6). На нѣкоторыхъ мѣстахъ послѣ воспалительныхъ процессовъ находятъ эпителий въ самомъ различномъ видѣ: рядомъ со стоящими другъ возлѣ друга, на подобіе палисада, прямыми цилиндрическими клетками находятся такія, которыя напоминаютъ пустыя трубки, но имѣютъ искривленную и изогнутую форму, на подобіе согнутыхъ колосевъ на полѣ; тѣло клетъки лишено своего содержимаго. При окрашиваніи карминомъ ядро получаетъ темный цвѣтъ.

Ядра цилиндрическихъ клетъкъ представляютъ особый интересъ. При окрашиваніи карминомъ базальныя ядра въ большинствѣ случаевъ кажутся круглыми или мѣстами угловатыми, но всегда оказываются непрозрачными и болѣе темными, чѣмъ ядра ближайшаго слоя въ т. н.

замѣстительныхъ клѣткахъ; послѣднія имѣютъ болѣе свѣтлый и болѣе прозрачный видъ, чѣмъ подъ ними лежащія клѣтки. Въ тѣлѣ этихъ клѣтокъ уже ясно просвѣчиваетъ хроматиновое вещество ядра. Ясно всего видны ядра со своимъ содержимымъ тамъ, гдѣ цилиндрическія клѣтки сильно растянуты и переполнены содержимымъ. Въ такихъ случаяхъ клѣточное ядро оказывается вполнѣ прозрачнымъ. Здѣсь находятъ круглыя или овальныя ядра, содержащія одно, два и болѣе ядрышекъ, — т. н. ядра-клетки; одни изъ нихъ особенно про-



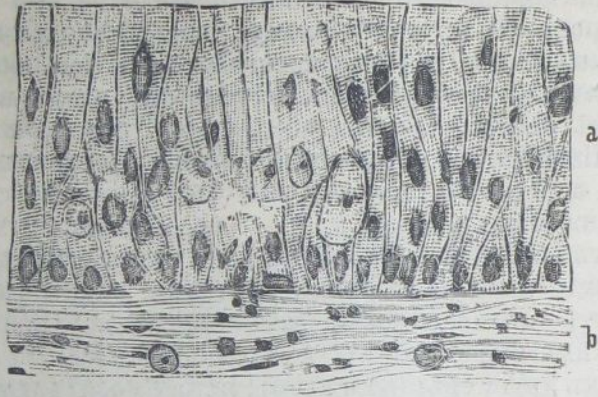
Фиг. 5.— часть поперечнаго разрёза человѣческой трахеи. Мюллерова жидкость, спиртъ, задыльваніе въ целлоидинъ, окраска литіокарминомъ и пикриновой кислотой. Увел. = 388. А = артерія; B1 = капилляры; Bm = базальная перепонка; Bz = бокаловидная клѣтка, El = эластическая оболочка артерій; EIF = эластическія волокна; End = эндотелій артерій; Ep = эпителий; M = мышечная оболочка артерій; V = вена.

зрачны, при чемъ при хорошемъ освѣщеніи снизу выступаетъ свѣтлая точка, такъ что въ ядрѣ замѣтно еще прозрачное ядрышко. Это просвѣчиваніе блестящей точки истолковывается еще и въ томъ смыслѣ, что ядрышко содержитъ жировую капельку.

Ядро со своимъ хроматиновымъ веществомъ бываетъ тѣмъ прозрачнѣе, чѣмъ болѣе переполнена содержимымъ клѣтка; кажется, что оно растянута вслѣдствіе переполненія клѣтки и поэтому дѣлается прозрачнѣе.

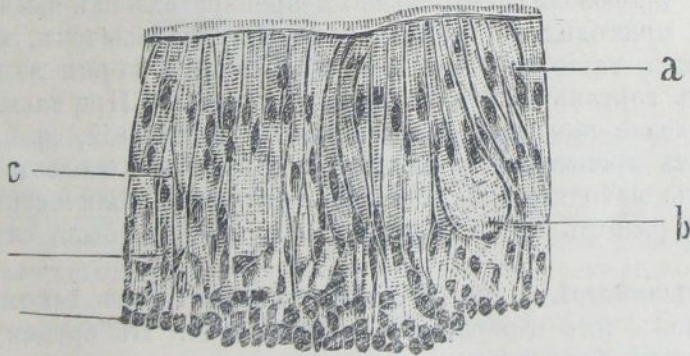
Иногда верхнія ядра, сидящія на клѣткѣ и внутри ея, имѣютъ свѣтлый и прозрачный видъ, тогда какъ глубже лежащія—темный видъ и

полудунную форму, особенно въ тѣхъ клѣткахъ, которыя уже отдали свое содержимое. Это, вѣроятно, представляетъ собою лишь оптическое



Фиг. 6.—*a*—цилиндрической эпителий, переполненный секретомъ; *b*—базальная перепонка. Изъ устнаго сообщения *von Ebner'a* я заключаю, что утверждение, будто базальная перепонка непроницаема, невѣрно, такъ какъ нерѣдко наблюдается вѣдреніе лейкоцитовъ изъ слоевъ, лежащихъ подъ этой перепонкой. Эти лейкоциты проходятъ черезъ базальную перепонку и проникаютъ между эпителиемъ даже до поверхности слизистой оболочки. При сильномъ воспаленіи на верхней поверхности слизистой оболочки я видѣлъ лейкоциты, лежащіе между эпителиемъ и мѣстами совершенно его покрывавшіе, напр., при сифилитическихъ инфильтратахъ или при воспалительныхъ очагахъ. *Zeiss*, Гом. иммерз.  $\frac{1}{12}$ ; ок. 2.

явленіе, такъ какъ ядро въ такой клѣткѣ видно не съ поверхности, а сбоку. Нерѣдко на базальномъ концѣ видна темная пирамида: это так-



Фиг. 7.—Цилиндрической эпителий съ хорошо сохранившимися мерцательными рѣсничками; при *a*—эпителий, слабо наполненный содержимымъ — лишь отдѣльныя клѣтки имѣютъ раздутое тѣло; при *b*—видны темныя пирамидообразныя базальныя ядра; при *c*—базальныя или т. н. замѣстительныя клѣтки, уже измѣнившія свою форму при протискиваніи кверху. *Zeiss*; гом. иммерз.  $\frac{1}{12}$ ; ок. 2.

же можетъ быть оптическимъ явленіемъ, зависящимъ отъ того, что въ разрѣзъ попала половина ядра (фиг. 7).

Заслуживаетъ также вниманія то обстоятельство, что клѣточное ядро по мѣрѣ удаленія отъ базальной перепонки кверху становится прозрачнѣе, при чемъ, чѣмъ ближе къ поверхности, тѣмъ сильнѣе бываютъ замѣтны каріокинетическія измѣненія ядра. На протяженіи отъ базальной перепонки къ дистальному краю цилиндрическихъ клѣтокъ при нѣкоторыхъ гипертрофіяхъ носовой слизистой оболочки находятъ быстрое увеличеніе и накопленіе клѣточныхъ ядеръ въ большемъ количествѣ, чѣмъ это встрѣчается на другихъ нормальныхъ слизистыхъ оболочкахъ. Получается слѣдующая картина: клѣточные ядра, лежащіе на базальной перепонкѣ (это—первый слой), еще не совсемъ ясно замѣтны; въ ближайшихъ слояхъ, т. е. въ клиновидныхъ замѣстительныхъ клѣткахъ, лежащихъ рядомъ и надъ базальными клѣтками и вѣдряющихся между цилиндрическими клѣтками, видны уже свѣтлыя ядра. Далѣе слѣдуютъ цилиндрическія клѣтки. Въ верхней протоплазматической части ихъ тѣла виденъ довольно правильный рядъ прилегающихъ другъ къ другу свѣтлыхъ ядеръ; между послѣдними и основаніемъ клѣтокъ находится еще одно ядро.

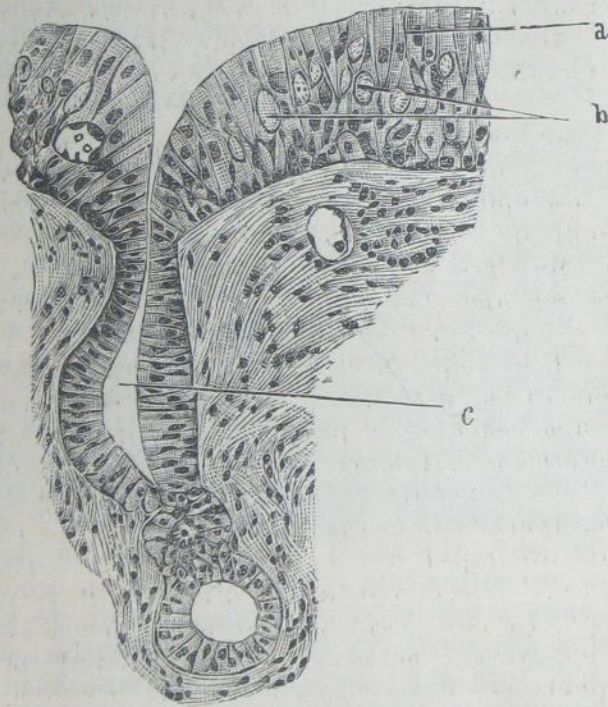
Если на удачномъ разрѣзѣ базальныя замѣстительныя и цилиндрическія клѣтки стоятъ рядомъ въ видѣ палисада, то возлѣ нихъ вверху находится еще множество свободныхъ ядеръ, относительно которыхъ нельзя еще съ увѣренностью сказать, что они стоятъ въ связи съ протоплазматическими частями клѣтокъ; эти ядра такъ же прозрачны, какъ и сидящіе въ клѣточномъ тѣлѣ; если же они заходятъ за дистальный конецъ послѣдняго на свободную поверхность, то они подвергаются зернистому распаденію. Подобное массовое появленіе свободныхъ ядеръ можетъ объясняться тѣмъ, что разрѣзъ прошелъ черезъ тѣла эпителиальныхъ клѣтокъ, такъ что ядра оказались свободными, безъ всякой связи съ клѣтками.

Мои собственныя изслѣдованія относительно образованія слизистыхъ клѣтокъ я производилъ на свѣжихъ препаратахъ изъ язычка, такъ какъ мнѣ часто приходилось удалять удлинившійся язычекъ, который получалъ нерѣдко такіе размѣры, что щекотаніемъ корня языка или западаніемъ въ гортань вызывалъ приступы кашля. При такихъ условіяхъ, когда не было никакихъ болѣзненныхъ измѣненій, я имѣлъ полную возможность произвести изслѣдованіе слизистыхъ железъ, при чемъ въ послѣднихъ, находившихся тамъ въ обильномъ количествѣ и, слѣдовательно, въ разгарѣ своей дѣятельности, найдена была слѣдующая картина:

Въ большинствѣ случаевъ клѣтки находятся въ такомъ именно состояніи, какъ ихъ изображаетъ *Heidenhain*. Въ срединѣ железистой дольки лежатъ безъядерныя, большею частью кругловатыя слизистыя клѣтки со слегка помутнѣвшимъ содержимымъ. Изъ образовавшихся образующихся слизистыхъ клѣтокъ возникаютъ различныя формы. Въ нѣкоторыхъ долькахъ видны въ довольно правильномъ разстояніи другъ отъ друга пристѣночныя клѣтки, имѣющія болѣе темныя контуры и болѣе рѣзкое окрашиваніе (иногда въ видѣ полулуній *Gianuzzi*). Такимъ образомъ, кажется вѣроятнымъ, что слизистая клѣтка или 2—3 ихъ, когда онѣ дошли въ своемъ развитіи до отторженія и уже отстали отъ стѣнки, получаютъ формы, описанныя *Gianuzzi* и представ-



ляющія собою окончательную фазу. Изъ этого слѣдуетъ, что на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ видны полудунія *Gianuzzi*, образование слизистой клѣтки уже завершено. На другихъ мѣстахъ отторгающіяся слизистыя клѣтки стоятъ еще въ связи съ пристѣночными ядрами, такъ что на самой нижней части слизистаго шара виситъ еще темное ядро. Однако, часто также попадаются круглыя прозрачныя клѣтки, которыя уже отстали отъ стѣнки железы, но вмѣстѣ со своимъ ядромъ. И дѣйствительно, въ срединѣ тѣхъ слизистыхъ шаровъ, которые протѣснились къ выводному протоку, попадаются круглыя слизистыя клѣтки, сохранившія въ своемъ



Фиг. 8.—Заворотъ поверхности слизистой оболочки: вверху видны описанныя въ текстѣ измѣненія ядеръ; при *a*—видно, что поднявшіяся къ поверхности слизистой оболочки ядра потеряли свои контуры, какъ бы подверглись распаденію; при *b*—находятся вздутыя и ставшія прозрачными ядра цилиндрическаго эпителия. Нѣкоторыя изъ нихъ, повидимому, свободно лежащія ядра содержатъ ясно замѣтныя каріокINETическія фигуры; при *c*—виденъ широкій выводной протокъ, выстланный одно-или многоядернымъ эпителиемъ; на нижнемъ концѣ протока—слизистая железа. *Zeiss*. Ок. 2, объект. E.

тѣлѣ ядро. Это протаскиваніе ядра съ собою по дорогѣ къ поверхности, повидимому, продолжается недолго: ядро исчезаетъ, и тогда въ трубковидномъ выводномъ протокѣ видны мутныя полупрозрачныя шары, не содержащія въ большинствѣ случаевъ ядеръ.

На такомъ органѣ, какъ язычекъ, который обладаетъ весьма простымъ строеніемъ, легко убѣдиться, что отдѣленіе секрета, т. е. образование въ слизистыхъ железахъ слизистыхъ шаровъ, происходитъ въ огромномъ количествѣ. На поперечномъ горизонтальномъ разрѣзѣ языч-

ка находятъ множество слизистыхъ железъ, такъ что отсюда можно прийти къ заключенію, что на другихъ слизистыхъ оболочкахъ, напр., на носовой или на слизистой оболочкѣ Морганьевыхъ пазухъ, гдѣ находятся цѣлыя железистыя скопленія, секретъ долженъ выдѣляться (по сравненію съ ограниченнымъ протяженіемъ язычка) въ гораздо большемъ количествѣ, чѣмъ это мы до сихъ поръ предполагали. Если язычекъ даетъ относительно ничтожное количество секрета, то позволительно предположить, что упомянутыя части, болѣе богатыя железами, должны давать гораздо болѣе обильное отдѣленіе.

Въ своемъ руководствѣ по гистологіи *Gerlach* указываетъ, что онъ на пространствѣ 1 кв. сант. насчиталъ на носовой слизистой оболочкѣ 140 устьевъ. Такъ какъ одно устье соответствуетъ многимъ слизистымъ мѣшечкамъ и трубкамъ, то уже изъ этого одного можно себѣ составить представленіе о громадныхъ размѣрахъ секреторной дѣятельности носа.

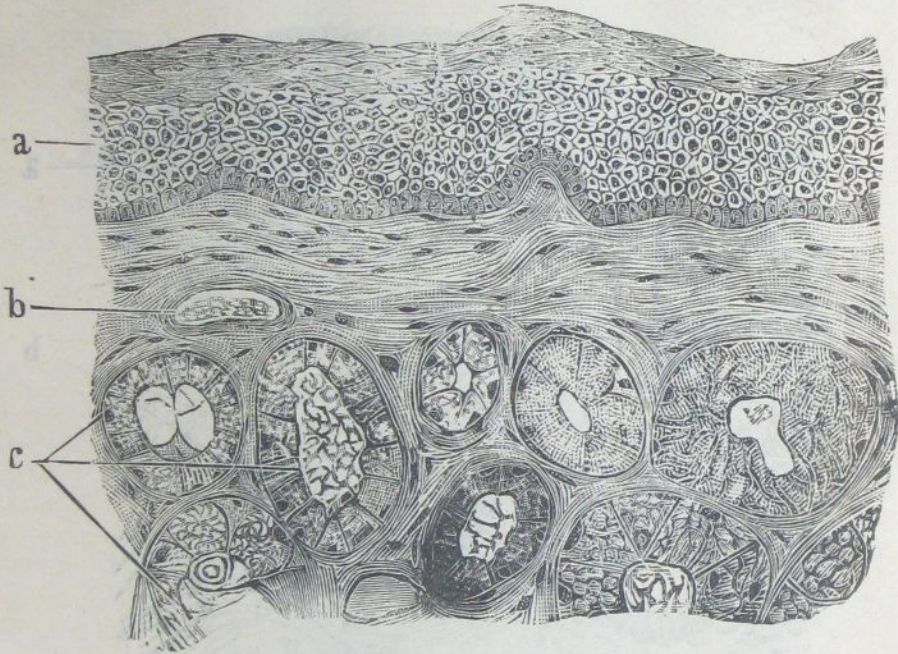
Если мнѣ удавалось получить такой разрѣзъ, который проходилъ черезъ выводной протокъ слизистой железы, то оказывалось, что стѣнка этого протока выстлана одиночнымъ слоемъ узкаго, большею частью кубическаго, эпителия; въ просвѣтѣ лежали слизистыя шары, готовые къ отторженію. Мнѣ всегда бросалось въ глаза, что если они еще не были отдѣлены отъ пристѣночнаго ядра, то слизистыя полушарія послѣ проникновенія въ просвѣтъ были гораздо меньше, чѣмъ тѣ, которыя я видѣлъ въ железѣ въ періодъ своего образованія.

Изслѣдованія съ различной окраской привели меня къ слѣдующимъ заключеніямъ: при сильномъ окрашиваніи карминомъ слизистыя кѣтки остаются безцвѣтными. При изслѣдованіи микроскопомъ *Zeiss'a* съ иммерзионнымъ объективомъ  $\frac{1}{12}$  и окуляромъ № 2 я неоднократно получалъ впечатлѣніе, что между этими слизистыми шарами остаются каналцы, хотя это выраженіе употреблено безъ особыхъ основаній: эти каналцы, какъ я ихъ себѣ представляю, мнѣ не удалось прослѣдить. Мнѣ всегда казалось, что эти слизистыя шары состоятъ изъ нѣсколькихъ частей, хотя я не могъ этого доказать. Если я дѣлалъ окрашиваніе не карминомъ, а гематоксилиномъ, то я получалъ такую картину, какъ будто эти слизистыя кѣтки въ железахъ были снабжены перегородками. Я вспомнилъ, что *List* въ своей работѣ упоминаетъ о такой же картинѣ и при описаніи бокаловидныхъ кѣтокъ приводитъ изображеніе такихъ же окрашенныхъ перегородокъ; онъ ихъ прямо называетъ перегородками, что многіе другіе авторы сочли неправильнымъ. Я не имѣю данныхъ для рѣшенія этого вопроса и могу только констатировать тотъ фактъ, что при окраскѣ гематоксилиномъ такихъ препаратовъ, которые были такъ же тонки, какъ окрашенные карминомъ, краска всегда осѣдала въ указанныхъ мною щеляхъ, хотя надо сознаться, что я наблюдалъ осадокъ красящаго вещества (при окраскѣ гематоксилиномъ) въ тончайшихъ щеляхъ вслѣдствіе потери прозрачности. Были ли это простыя отложенія краски или перегородки, я не могъ рѣшить.

Слизистыя железы въ носу имѣютъ частью ацинозное, частью трубчатое строеніе; эти трубки выстланы однослойными эпителиальными или железистыми кѣтками, которыя расположены такимъ образомъ на

трубчатой стѣнкѣ *membrana propria*, что посрединѣ остается просвѣтъ. Онѣ кругомъ сидятъ на *membrana propria* широкимъ основаніемъ, въ которомъ находится ядро.

Отдѣльныя железистыя трубки или дольки связаны между собою, по *Ebner*'у, вставочными кусочками или пучками соединительной ткани; въ этихъ пучкахъ проходятъ кровеносные и лимфатическіе сосуды, равно какъ развѣтвляющіеся вокругъ железистой дольки нервы.



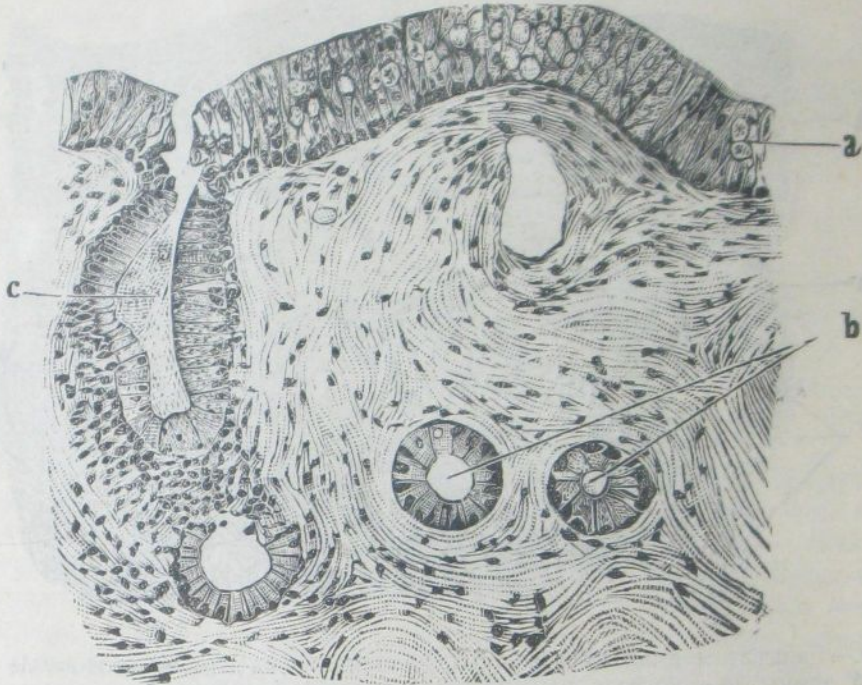
Фиг. 9.—Разрѣзь нормальнаго языка, удаленнаго на живомъ вслѣдствіе чрезмѣрной длины; *a*—многослойный плоскій эпителий; *b*—разрѣзь соединительной ткани; *c*—различныя фазы секреторной дѣятельности обильно заложенныхъ въ языкѣ слюнныхъ железъ.—Разрѣзь первой железы показываетъ покойное состояніе ея. Пристѣночныя слизеобразующія кѣлки оставляютъ посрединѣ свободный просвѣтъ. На разрѣзѣ железы, лежащей непосредственно подъ первую, ясно видны полулуныя *Gianuzzi*. Третья железа, прилежащая къ двумъ первымъ и также обозначенная буквой *c*, находится въ разгарѣ своей дѣятельности. Верхушки кѣлокъ какъ бы изгрызены; пространство, образующее выводной каналъ, посрединѣ густо выполнено мелкозернистыми слизистыми кѣлками (муцины).—На разрѣзѣ железы, послѣдней въ томъ же ряду, по срединѣ просвѣта находится свѣтлое бѣлое поле, гдѣ какъ бы нѣтъ секрета: слизеобразующія кѣлки какъ будто дѣйствительно раздѣлены на мелкіе участки. *Zeiss*. Ок. 2, объект. E.

Кровеносные сосуды окружаютъ железистыя кѣлки, но въ свою очередь окружены лимфатическими сосудами, доставляющими матеріалъ, необходимый для выработки секрета.

Самыя железистыя кѣлки имѣютъ болѣею частью круглую форму, представляя на разрѣзѣ кружокъ, раздѣленный содержащимся тамъ секретомъ на нѣсколько сегментовъ. Тамъ, гдѣ секретъ оставляетъ (болѣею частью) круглое или овальное отверстіе, находится то мѣсто, откуда онъ вытекаетъ. Какъ разъ противъ этого отверстія у стѣнки лежитъ ядро, т. е. то мѣсто, гдѣ исчезнувшій секретъ возобновляется.

## Слизистыя железы.

По изслѣдованіямъ *Heidenhain'a* <sup>1)</sup> и др., ацинозныя железы снабжены собственной оболочкой (*tunica prorgia*), которая состоитъ изъ сплетенія плоскихъ ядерныхъ развѣтвляющихся клѣтокъ; петли этой сѣти заключены въ весьма тонкую непрерывную перепонку, которая соединяется съ клѣтками и ихъ отростками.

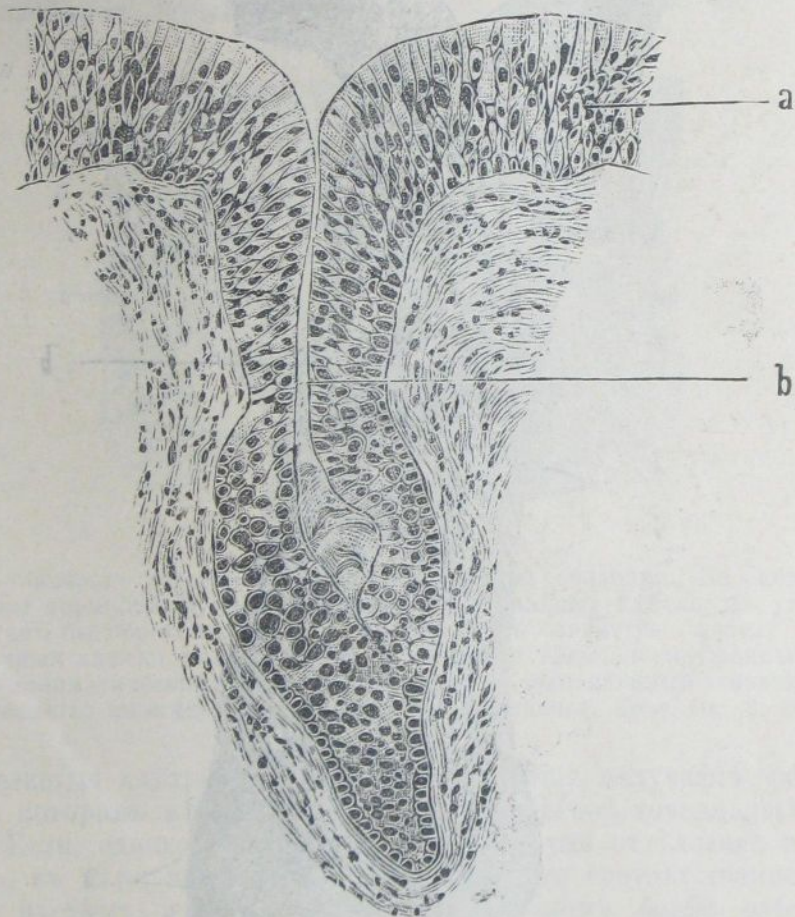


Фиг. 10.—Разрѣзь удачно прошелъ черезъ выводной протокъ слизистой железы. При *a*—виденъ нормальный цилиндрическій эпителий со многими прозрачными ядрами, частью свободными, частью лежащими на тѣлѣ клѣтокъ; *b*—разрѣзы слизистыхъ железъ; *c*—выводной протокъ, снабженный однослойнымъ кубическимъ эпителиемъ. Въ просвѣтѣ протока слизь выступаетъ на поверхность. *Zeiss*, Ок. 2, объект. Е.

Въ простѣйшихъ случаяхъ, какъ это описываетъ *v. Ebner* относительно слизистыхъ железъ языка, на мембрана *prorgia* лежатъ повсюду большія свѣтлыя, лишь слегка зернистыя, клѣтки. Ядро въ этихъ клѣткахъ находится у основанія, т. е. у конца, обращеннаго къ мембрана *prorgia*. Въ другихъ случаяхъ въ железистой долькѣ, кромѣ сидящихъ на ея оболочкѣ темныхъ клѣтокъ, находятся еще другія клѣточные образования, которыя также имѣютъ темный видъ и отличаются полу-

<sup>1)</sup> *E. Heidenhain*. Physiologie der Absonderungsvorgänge (въ физиологии *Hermann'a*, 5, 1).—*Anton Heidenhain*. Die acinösen Drüsen der Schleimhäute, insbesondere der Nasenschleimhaut. Бреславль, 1876.—*Victor v. Ebner*. Die acinösen Drüsen der Zunge. Граць, 1873.—*Puky Akos*. Sitz.-Ber. der Wr. Akad. Math.-nat. Classe. 50-ое засѣд., 3 іюня 1869.

лунной формой. Въ этихъ полулунныхъ образованияхъ также замѣчаются ядра. Эти темныя образования, лежащія между мембрано propria и клѣтками, были описаны *Gianuzzi* и по своей формѣ названы *lunulae*. Въ другихъ железахъ (*submaxillaris* у кошки) темныя краевыя клѣтки встрѣчаются въ такомъ количествѣ, что образуютъ темныя полукруги или цѣлые темныя круги въ просвѣтѣ дольки, гдѣ встрѣчаются, кромѣ того, клѣтки и ядра. Иногда эти темныя образования выполняютъ весь

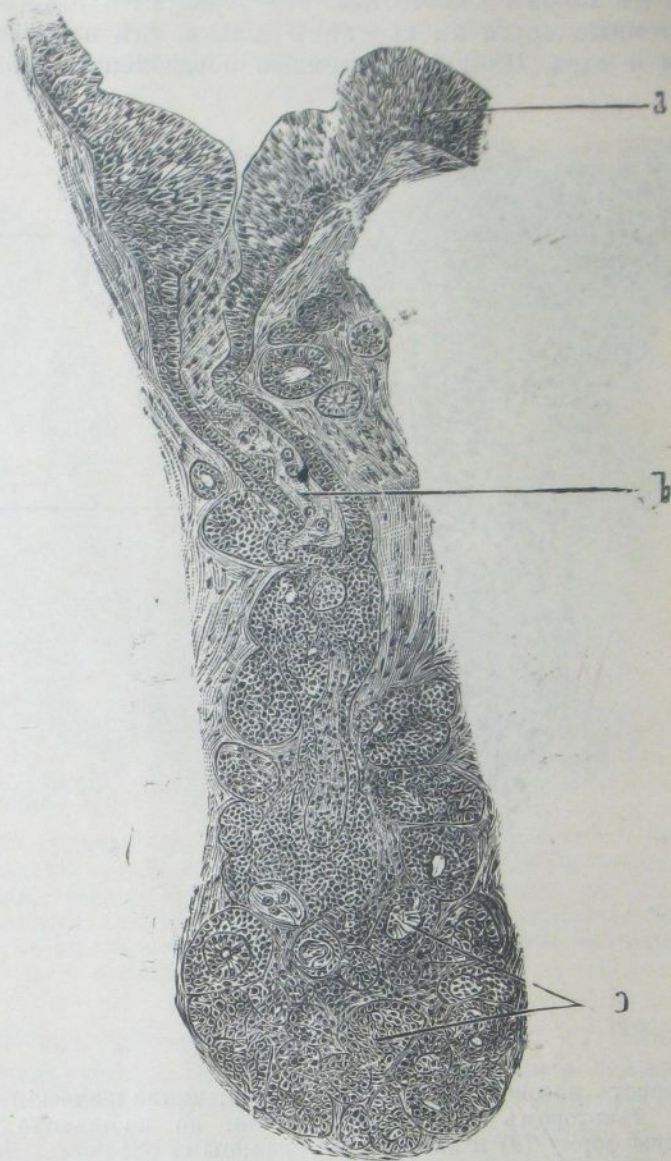


Фиг. 11.—Заворотъ носовой слизистой оболочки; цилиндрическій эпителий продолжается на нѣкоторомъ протяженіи канала, но постепенно теряетъ свою цилиндрическую форму (a) и замѣняется, главнымъ образомъ, многослойнымъ плоскимъ (кубическимъ) эпителиемъ (b). *Zeiss*. Ок. 2, объект. Б.

просвѣтъ дольки. *Лавдовскій* изолировалъ эти краевыя клѣтки и приготовилъ изъ нихъ препараты. *Heidenhain* доказалъ, что полулунія состоятъ изъ маленькихъ богатыхъ бѣлкомъ клѣтокъ.

(Фиг. 11). Протокъ железы, берущій свое начало въ железистомъ веществѣ, состоитъ изъ канала, выстланнаго, какъ мы уже говорили, однослойнымъ веретенообразнымъ или кубическимъ эпителиемъ.

Въ ацинозныхъ железахъ, находящихся въ слизистой оболочкѣ, протокъ представляетъ собою заворотъ послѣдней, устланной тѣмъ же эпителиемъ (напр., цилиндрическимъ). На разрѣзѣ подь микроскопомъ

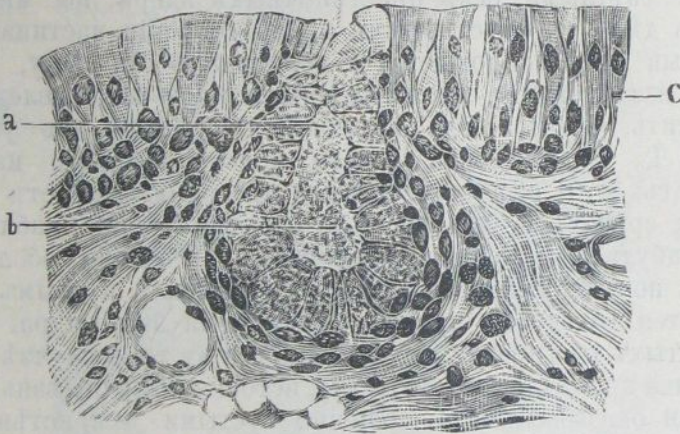


Фиг. 12.—Протокъ группы носовыхъ слизистыхъ железъ. *a*—цилиндрическій эпителий, который проникаетъ въ заворотъ и на нѣкоторомъ протяженіи сохраняетъ свой характеръ (цилиндрическихъ клѣтокъ); *b*—собственно протокъ съ однослойнымъ кубическимъ эпителиемъ; *c*—большая группа слизистыхъ железъ, имѣющихъ одинъ общій протокъ (*b*). Zeiss. Ок. 2, объект. Б.

въ первый моментъ кажется, что между эпителиемъ заложена слизистая железа. На самомъ дѣлѣ это не такъ, и точное микроскопическое

изслѣдованіе показываетъ, что на этомъ разрѣзѣ протока просто виденъ поверхностный цилиндрической эпителий, образовавшій здѣсь заворотъ (фиг. 12—13).

Точно такъ же это бываетъ на тѣхъ слизистыхъ оболочкахъ, которыя выстланы плоскимъ эпителиемъ; и здѣсь мѣста заворотовъ покрыты многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, но чѣмъ глубже прослѣдить выводной протокъ железы, тѣмъ яснѣе замѣтно, что количество эпителиальныхъ слоевъ уменьшается, а самая глубокая часть протока выстлана однослойнымъ эпителиемъ.



Фиг. 13.—Заворотъ поверхности носовой слизистой оболочки. На поверхности ясно видны нормальныя цилиндрическія эпителиальныя клѣтки; въ углубленіи виденъ какъ бы переходъ слизистой оболочки въ слизистую железу. *a*—т. н. пристѣночныя клѣтки, напоминающія железистыя тѣльца и окруженныя своими темными плазматическими ядрами; *b*—просвѣтъ, выполненный слизью; *c*—вполнѣ наполненный цилиндрической эпителий поверхности. *Zeiss.* Ок. 2, объект. E.

Железистыя клѣтки въ состояніи наполненія получаютъ форму колеса, въ которомъ мѣсто спиць обозначено легкой точечностью и мутностью. Если, однако, та или другая клѣтка уже отдѣлилась и, слѣдовательно, въ цѣпи недостаетъ одного звена, то соотвѣтственное мѣсто остается пустымъ и выглядит такимъ образомъ болѣе свѣтлымъ и прозрачнымъ безъ всякой зернистости.

Нерѣдко наблюдаются различныя стадіи наполненія, такъ что попадаются совершенно пустые кружечки. Однако, мы уже неоднократно указывали, что видъ кружечка получается лишь въ томъ случаѣ, если долька железы перерѣзывается поперечно. Если же намъ случилось провести косою разрѣзъ, то вмѣсто кругообразной поверхности была видна эллиптическая.

*Stoehr* <sup>1)</sup> говоритъ—приведенныя имъ изображенія вполнѣ оправдываютъ его слова,—что различныя фазы секреторной дѣятельности попадаютъ не только въ одной и той же железнѣ, но и въ одной и той

<sup>1)</sup> *Philipp Stoehr, Histologie. Jena, 1888.*

же долькѣ. На его рисункахъ эти фазы показаны такимъ образомъ, что образующіе слизь краевые пояса (краевыя клітки) имѣютъ болѣе темный, а слизистыя тѣльца болѣе свѣтлый видъ, тогда какъ клітки, уже выдѣлившія свой секретъ, обозначены чисто бѣлымъ цвѣтомъ.

*Stoehr* приводитъ изображенія железистыхъ кружечковъ, относительно которыхъ я остаюсь въ недоумѣніи, представляютъ ли они препаратъ, приготовленный расщипываніемъ, или же микроскопическіе срѣзы. При этомъ получается такая картина, что въ железистыхъ кружечкахъ, respective въ ихъ остовѣ, у стѣнокъ остаются клітки, которыя онѣ изображаетъ совершенно темными. Тамъ же, гдѣ онѣ обозначены болѣе свѣтлыми, безъ пристѣночныхъ ядеръ, по мнѣнію автора, мы имѣемъ дѣло съ опустѣвшими послѣ секретіи частицами железъ.

Подобный видъ опорожненія я не видалъ ни разу, несмотря на множество изслѣдованій, произведенныхъ мною надъ железами. Однако, надо замѣтить, что я всегда пользовался срѣзами изъ уплотненныхъ кусочковъ. Т. н. слизиобразующаго пояса, котораго на рисункахъ *Stoehr*'а нѣтъ, если онѣ опустѣвшее мѣсто обозначаетъ совершенно бѣлымъ, на срѣзахъ безусловно не бываетъ. Иногда наблюдается, что въ какой-нибудь железѣ весь кружокъ, заключающій оболочку съ сидящими на ней ядрами, оказывается совершенно пустымъ, и что отъ него остаются только по краямъ упомянутыя выше ядра. Что касается железъ, взятыхъ на трупахъ, въ особенности въ томъ случаѣ, если слизистая оболочка принадлежитъ субъекту, истощенному болѣзью, то железистыя трубки оказываются совершенно пустыми, а пристѣночныя железистыя клітки, стоящія внутри круга, тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, такъ что не остается почти никакого просвѣта.

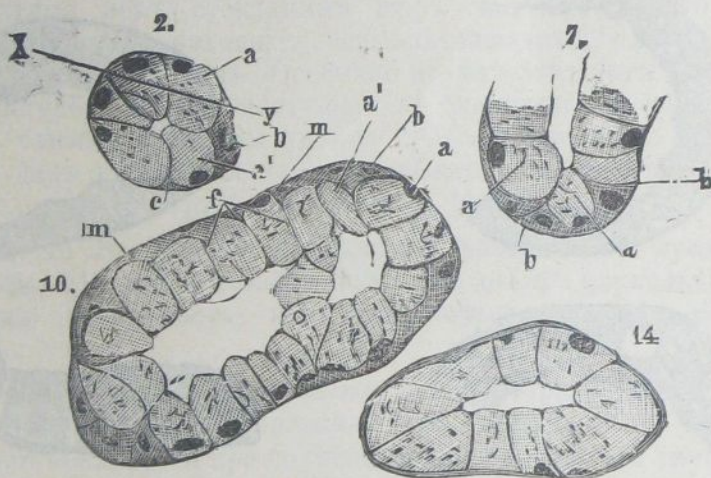
Если же изслѣдуютъ отработавшія железы на слизистой оболочкѣ, взятой *ex vivo*, то находятъ большой круглый или овальный просвѣтъ; у стѣнокъ вокругъ сидятъ конически-заостренныя секреторныя клітки въ правильномъ порядкѣ, оставляя между собой свободный просвѣтъ для выдѣляемаго секрета. Иногда, однако, эти клітки, между которыми въ просвѣтѣ уже нѣтъ секрета, имѣютъ особенный видъ: секреторныя конусы теряютъ свой замкнутый круглый край, ихъ верхній конецъ притупленъ и выглядит какъ бы бахромчатымъ. Я представляю себѣ это какъ результатъ секреторной дѣятельности: недостающая часть отдѣлилась вмѣстѣ съ секретомъ. Иногда попадаются подобныя железы, наполненныя секретомъ, такъ что конусовъ болѣе не видно, а находящійся въ просвѣтѣ секретъ какъ бы состоитъ изъ маленькихъ комковъ, раздѣленныхъ на фасетки. Я упоминалъ уже въ другомъ мѣстѣ, что это раздѣленіе на фасетки или распадѣніе слизистыхъ частичекъ встрѣчается также и въ выводныхъ протокахъ.

Наибольшая заслуга въ дѣлѣ точнаго разъясненія секреторной дѣятельности слизистыхъ железъ принадлежитъ *Heidenhain*'у, который доказалъ, что находящіяся въ слизистой железѣ клітки выступаютъ въ видѣ разбухшей слизи въ просвѣтѣ выводныхъ протоковъ и оттуда достигаютъ поверхности слизистой оболочки. Его капитальная работа нашла полное одобреніе со стороны многихъ изслѣдователей. Однако, нѣкоторые авторы, особенно *Philipp Stoehr* <sup>1)</sup>, возстали противъ его

1) *Philipp Stoehr*. Ueber Schleimdrüsen. Festschrift, A. v. Kölliker gewidmet. 1867.



ученія, не раздѣляя того мнѣнія, что пристѣночныя слизистыя кѣтки при образованіи слизи погибаютъ. *Stoehr* въ указанной работѣ посредствомъ множества рисунковъ, изъ которыхъ здѣсь нѣкоторые воспроизведены, устанавливаетъ схематическую форму разрѣза слизистой железы, при чемъ онъ указываетъ, что слизистыя шары, развивающіеся изъ ядеръ и въ ядрахъ, вслѣдствіе увеличенія секрета оттѣсняютъ послѣднія къ стѣнкѣ железистой трубки, и что различныя формы, появляющіяся послѣ выдѣленія слизистыхъ тѣлецъ, т. н. полудунія *Gianuzzi*, лежащія у стѣнокъ и имѣющія темный видъ, представляютъ собою не что иное, какъ остатки производящихъ слизь кѣтокъ, другими словами, что ядра оттѣсняются къ стѣнкамъ.

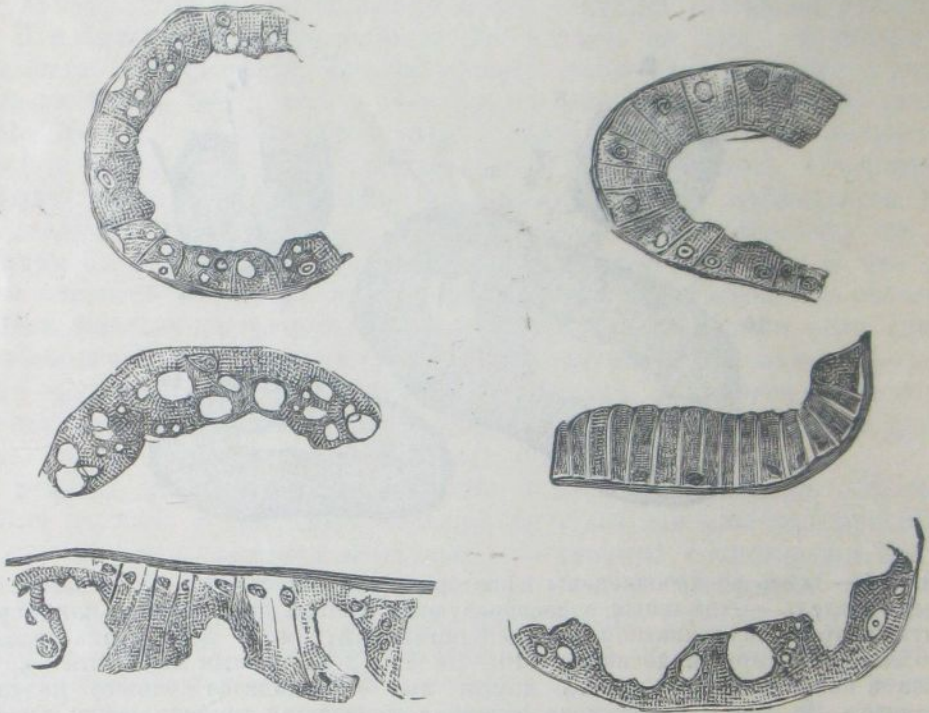


Фиг. 14.—Здѣсь воспроизведены нѣкоторые рисунки *Stoehr*'а.—Разрѣзы слизистой железы.—Отдѣльныя слизиобразующія тѣльца выдвигаются или, вѣрнѣе, вытѣсняются увеличивающимися сосѣдними кѣтками и достигаютъ просвѣта. Особенно ясно это видно на фиг. 10.—На фиг. 2 отдѣльныя железистыя кѣтки лежатъ покойно другъ возлѣ друга; при *b* находится большое полудуніе *Gianuzzi*.—На фиг. 7 изображена половина железистой трубки; между *a* и *a* лежитъ полудуніе *b* съ двумя ядрами; при ближайшемъ *b*—полудуніе съ однимъ ядромъ.—На фиг. 14—поперечный разрѣзъ слизистой железки, гдѣ слизиобразующія тѣльца только мѣстами содержатъ пристѣночныя ядра.

На другомъ рисункѣ, приведенномъ на таблицѣ 17, фиг. 7 даетъ особенно поучительную картину. Здѣсь ясно видно, что ядра въ железистой трубкѣ остаются у стѣнокъ, а развивающіяся изъ нихъ слизистыя кѣтки выдвигаются въ просвѣтъ трубки. При общемъ осмотрѣ рисунковъ, на которыхъ изображены кѣтки въ различныхъ стадіяхъ развитія, видно, что выступающія изъ ряда кѣтки вздуваются, получаютъ видъ слизистыхъ кѣтокъ, протѣсняются въ просвѣтъ и такимъ образомъ выходятъ на поверхность.

Мы лично считаемъ вопросъ о томъ, содержитъ ли *membrana ergoria* собственныя ядра, или же образованіе слизистыхъ тѣлецъ происходитъ изъ особыхъ заложенныхъ здѣсь кѣтокъ, совершенно неизвѣстнымъ значенія.

*Stoehr* защищает воззрѣніе, по которому клѣтки при образованіи слизи не погибаютъ, что т. н. поддерживающая и секреторная оболочка слизистыхъ железъ постоянно продуцируетъ новую протоплазму. По его мнѣнію, дѣло идетъ здѣсь о рядѣ „отдѣляющихъ“ клѣтокъ, которыя ближайшими „отдѣлившимися“ клѣтками оттѣснены къ стѣнкѣ; такимъ образомъ, по его мнѣнію, полулуныя *Gianuzzi* представляютъ собой не что иное, какъ пристѣнно лежащія ядра вмѣстѣ съ мембраною *progrgia*, слизистыми тѣльцами и наружной оболочкой, также содержащей ядра; въ этой поддерживающей оболочкѣ проходятъ лимфатическіе и кровеносные сосуды и нервы.



Фиг. 15.—Поперечные разрѣзы слизистыхъ железъ по *Biedermann*'у.—Здѣсь ясно видны различныя фазы образованія слизи въ железистыхъ клѣткахъ.

*Biedermann* <sup>1)</sup> въ одномъ мѣстѣ говоритъ по этому поводу слѣдующее: „Темныя зерна въ этихъ клѣткахъ исчезаютъ и превращаются въ разбухшее прозрачное вещество—муцинъ, который или переходитъ въ секретъ, или самъ по себѣ является секретомъ“. Въ другомъ мѣстѣ онъ замѣчаетъ: „эти клѣтки, выдвигающіяся изъ слизистыхъ железъ на поверхность, содержатъ внутри капли, напоминающія собою вакуолы и болѣе замѣтныя при увеличеніи клѣтокъ; эти капли затѣмъ сливаются въ одну и образуютъ такимъ образомъ слизистый шаръ“.

Если обратиться къ приводимымъ имъ рисункамъ, на которыхъ изображены различныя поперечныя разрѣзы слизистыхъ железъ, то

<sup>1)</sup> *Biedermann*. Sitzungs-Bericht der k. k. Akademie der Wissenschaften. Вѣна, т. XLIV, 1886.

оказывается, что на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ лежатъ въ железистой трубкѣ ядра, происходитъ постепенное превращеніе: весь слой эпителія, выстилающаго протокъ слизистой железы, при дальнѣйшемъ своемъ развитіи все болѣе и болѣе наполняется свѣтлыми прозрачными каплями. Эти капельки собираются у основанія и постепенно подвигаются къ верхушкѣ клѣтки. Достигнувъ этого мѣста, онѣ лопаются, такъ что образуются настоящія вакуолы: на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ эти слизистые пузырьки лопнули, видны пустоты, т. е. мѣста, которыя раньше были заняты эпителиальными клѣтками и муцинъ-содержащими шарами.

Такъ какъ *Biedermann* примѣнялъ впрыскиванія пилокарпина и, слѣдовательно, вызывалъ сильное раздраженіе клѣтокъ, то на его рисункахъ въ темныхъ еще эпителиальныхъ слояхъ попадаются совершенно свѣтлыя, какъ стеклянный шаръ части, такъ что только на отдѣльныхъ мѣстахъ находятся еще эпителиальныя клѣтки съ сохранившимся въ нихъ ядромъ. Особенно поучителенъ тотъ рисунокъ (фиг. 15), гдѣ регенерація уже наступила въ значительной мѣрѣ, гдѣ верхняя часть слизистой железы усѣяна прозрачными, какъ стекло, шарами, тогда какъ въ нижней части содержатся еще совершенно нормальныя эпителиальныя клѣтки, снабженныя ядромъ.

На фиг. 15 *Biedermann* изображаетъ разорванный кусочекъ слизистой железы, гдѣ возлѣ самой стѣнки еще лежитъ нормальный эпителий, тогда какъ поверхность какъ бы изгрызена муцинъ-содержащими клѣтками.

По изслѣдованіямъ *Heidenhain*'а <sup>1)</sup>, секреторныя явленія заключаются въ слѣдующемъ: протоплазма ядра, лежащаго у самой стѣнки железы, регенерируется при содѣйствіи кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, и та часть клѣтки, которая лежитъ ближе всего къ протоплазмѣ, даетъ матеріалъ для секрета, который вырабатывается благодаря химическому и нервному раздраженію, т. е. даетъ муцинъ. Во время покоя протоплазма снова воспринимаетъ питательныя вещества, чтобы приготовить матеріалъ для новаго секрета.

„Въ дѣятельной железѣ (слюнной) протекають два независимыхъ другъ отъ друга процесса, которые находятся подъ вліяніемъ двойкаго рода нервныхъ волоконъ. Секреторныя волокна завѣдуютъ отдѣленіемъ жидкости, а трофическія обусловливають химическіе процессы въ клѣткѣ, которые приводятъ отчасти къ образованію растворимыхъ составныхъ частей секрета, отчасти къ росту протоплазмы. Смотря по содержанию обоого рода волоконъ въ нервныхъ стволікахъ, проходящихъ къ данной железѣ, секретъ при раздраженіи этихъ стволіковъ вытекаетъ то скорѣе (*chorda tympani*), то медленнѣе (*sympathicus*), т. е. секретъ бываетъ то богаче, то бѣднѣе плотными составными частями“.

<sup>1)</sup> Возврътнія *Heidenhain*'а относительно секреторной дѣятельности клѣтокъ въ послѣднее время часто подвергались критикѣ или совершенно опровергались. Споръ между гистологами и физиологами по этому предмету насъ не касается и выходитъ изъ рамокъ нашего труда. Мы здѣсь привели тѣ гистологическія данныя, которыя необходимы для пониманія патологіи, а вдаваться въ большія подробности мы не видимъ основаній.

### Мнимыя перегородки.

Мы переходимъ теперь къ упомянутымъ раньше перегородкамъ въ железахъ. Этотъ въ высшей степени спорный вопросъ гораздо легче разрѣшается при изслѣдованіи патологическихъ измѣненій, какъ это мы увидимъ изъ прилагаемыхъ ниже рисунковъ.

Въ одномъ случаѣ, гдѣ на нижней носовой раковинѣ существовало пораженіе кости и обложеніе ея, у входа въ полость носа образовалась большая опухоль. О характерѣ этой опухоли я не могъ получить болѣе точныхъ данныхъ, такъ какъ она была такъ велика, что заняла весь входъ въ полость носа и дѣлала невозможнымъ осмотръ послѣдней. Я удалилъ эту опухоль, которая у основанія имѣла величину половины лѣснаго орѣха.

При удаленіи на ней оказался приставшимъ кусочекъ некротической кости. Опухоль была положена въ растворъ сулемы, затѣмъ уплотнена въ абсолютномъ алкоголѣ; послѣ уплотненія были приготовлены срѣзы. Весь кусокъ имѣлъ видъ отечно инфильтрированной слизистой оболочки. Въ ней хорошо сохранились всѣ составныя части носовой слизистой оболочки, и въ отечной, вздутой соединительной ткани ясно было замѣтно отечное пропитываніе.

Изслѣдованіе железъ, заложенныхъ здѣсь въ обильномъ количествѣ, привело, однако, къ нѣсколькимъ неожиданнымъ результатамъ. При отдѣленіи кружка железистой дольки у основанія *tipica proorgia* замѣчались ядра. Коническія клѣтки, которыя на нормальной слизистой оболочкѣ всегда тѣсно прилегаютъ другъ къ другу и оставляютъ посредній просвѣтъ, здѣсь расположены были иначе, такъ что вопросъ о перегородкахъ вполне выяснялся.

Отечное пропитываніе простиралось также на всю железу. Даже лежащая у основанія т. н. промежуточная ткань, заключающая сосуды и нервы, также была увеличена въ объемъ и имѣла болѣе свѣтлый видъ; отдѣльныя части ея въ железнѣ были удалены другъ отъ друга, такъ что въ одной железнѣ, которая, напр., содержитъ 12—13 ядеръ (при чемъ каждому ядру соответствуетъ коническая слизеобразующая часть), находилось столько же щелей.

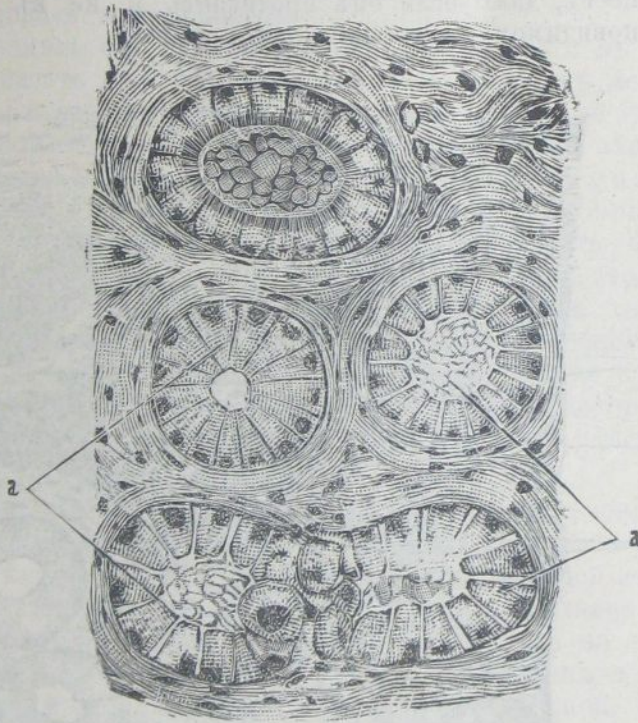
Я прослѣдилъ это явленіе на большомъ числѣ железъ и повсюду находилъ, что отечное пропитываніе всей соединительной ткани разлагало въ то же время железу на ея элементы. Отсюда можно было заключить, что перегородки представляютъ собой не что иное, какъ слизеобразующія частицы, тѣсно прилегающія другъ къ другу при нормальныхъ условіяхъ.

Но отсюда слѣдуетъ также, что отдѣльныя слизистыя клѣтки, имѣющія въ железистой долкѣ коническій видъ, обладаютъ всегда также валикообразной формой.

Этимъ объясняется также то оптическое явленіе, что при окраскѣ гематоксилиномъ въ этихъ промежуткахъ между каждыми двумя клѣтками отлагается красящее вещество. Получается впечатлѣніе, будто мы имѣемъ передъ собой перегородки, но прилагаемые здѣсь рисунки вполне опровергаютъ подобное воззрѣніе: перегородокъ нѣтъ никакихъ.

Здѣсь возникаетъ еще вопросъ, какъ измѣняются слизистыя железы при извѣстныхъ заболѣваніяхъ.

Если изслѣдованіе производится на слизистой оболочкѣ, взятой на трупѣ, при чемъ смерти предшествовала продолжительная болѣзнь, то на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ обыкновенно находится большое количество железъ, замѣчается значительное обѣднѣніе ими. Количество железъ уменьшается до такой степени, что въ относительно еще сохранившейся слизистой оболочкѣ ихъ насчитывается очень мало. При изслѣдованіи такихъ железъ посредствомъ окраски находятъ, что ядра еще расположены въ видѣ круга, но содержамаго уже нѣтъ; железа такъ умень-

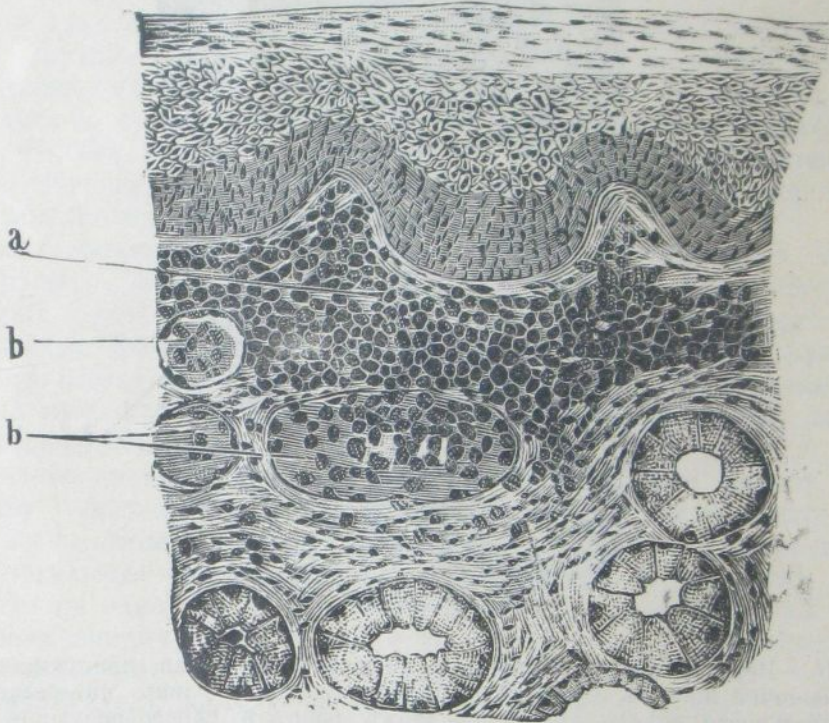


Фиг. 16.—Перегородки въ слизистыхъ железахъ.—Отечная припухшая слизистая оболочка носа въ этомъ случаѣ обнаруживаетъ очень интересныя фазы въ дѣятельности железъ.—На поперечномъ разрѣзѣ слизеобразующія кѣлки, содержащія каждое по одному пристѣночному ядру, ясно отдѣляются другъ отъ друга, такъ что получается впечатлѣніе перегородокъ; на самомъ дѣлѣ это не такъ, и эти мнимыя перегородки представляютъ собой только промежутки между отдѣльными кѣлками.—Въ просвѣтѣ железы находится слизистый секретъ.—На самомъ верхнемъ, совершенно отдѣльно лежащемъ, поперечномъ разрѣзѣ железы видно, что просвѣтъ большого объема выполненъ слизью, а вершины слизеобразующихъ кѣлокъ изгрызены, какъ бы бахромчаты; это—фаза секреторной дѣятельности. *Zeiss* Ок. 2; объект. E.

шена въ объемѣ, что необходимо допустить уменьшеніе ея массы, наступающее вмѣстѣ съ прекращеніемъ или ослабленіемъ ея секреторной дѣятельности.

Лучшимъ примѣромъ этого служитъ картина, получающаяся при изслѣдованіи голосовой связки, которая въ томъ мѣстѣ, гдѣ образуется

Морганьева пазуха, состоитъ изъ верхней и нижней пластинки; это мѣсто изобилуетъ слизистыми железами, которые здѣсь скопляются въ такомъ числѣ, что уже *Merkel* при описаніи ихъ говоритъ объ особенномъ железистомъ органѣ. При изслѣдованіи этихъ железъ въ свѣжѣмъ видѣ ихъ находятъ переполненными слизью. Но если взять для изслѣдованія кусокъ голосовой связки послѣ продолжительнаго существованія въ ней болѣзненнаго процесса, то оказывается, что хотя железы еще не исчезли, но количество секрета уменьшилось въ значительной степени: слизистыя клѣтки или окрашенные ядра лежатъ другъ возлѣ друга въ видѣ небольшого кружечка. Такимъ образомъ, болѣзненный процессъ, даже если онъ протекаетъ и не въ этомъ мѣстѣ, вызываетъ, повидимому, истощеніе этихъ железъ.



Фиг. 17.—Разрѣзъ черезъ язычекъ; на одномъ мѣстѣ было воспаленіе.—Воспалительные продукты *a* проникаютъ въ сосочки эпителия.—На внутренней границѣ воспалительнаго очага находятся при *b b* слизистыя железы, которыя не имѣютъ характернаго содержимаго и почти пусты. Я не могъ рѣшить, явилось ли это отсутствіе слизиобразующихъ клѣтокъ результатомъ этого воспаленія или нѣтъ.—Далѣе къ срединѣ, гдѣ воспалительныхъ измѣненій уже нѣтъ, лежатъ нормальныя слизистыя железы. *Zeiss*. Ок. 2; объект. E.

Если изслѣдуютъ свѣжій препаратъ язычка, пораженнаго сифилитическимъ или воспалительнымъ процессомъ, и дѣлаютъ указаннымъ выше образомъ разрѣзы, то на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ воспаленіе обнаруживается массовой инфильтраціей круглыми клѣтками, не находятъ болѣе железъ. Я не могу рѣшить, покрываются ли только слизистыя железы

лейкоцитами, которые при хроническомъ или остромъ процессѣ выселяются въ избытїи и образуютъ тамъ большія гнѣзда, или же эти железы ими совершенно разрушаются. Я могу только утверждать, что въ подобныхъ воспалительныхъ или инфильтраціонныхъ очагахъ я слизистыхъ железъ не находилъ (фиг. 17).

Эти изслѣдованія слизистыхъ железъ на язычкѣ даютъ много поучительнаго. Значеніе ихъ заключается въ томъ, что при этомъ изслѣдуются железистыя скопленія *in vivo*. При многочисленныхъ изслѣдованіяхъ слизистой оболочки гортани я никогда не видалъ такой картины секреторной дѣятельности, какъ при изслѣдованіи язычка, вырѣзаннаго *in vivo*. Для дальнѣйшихъ изслѣдованій я могу поэтому больше всего рекомендовать этотъ способъ.

Чтобы дополнить очеркъ секреторной дѣятельности въ полости рта и зѣва, надо сказать еще нѣсколько словъ о слюнныхъ железахъ.

Если кончикъ языка приподнимаютъ къ твердому нѣбу съ цѣлью осмотра или производства операціи, то съ правой и съ лѣвой стороны уздечки становятся замѣтными *carunculae sublinguales*; это — не что иное, какъ протоки подъязычной (*ductus Bartholinianus*) и подчелюстной (*ductus Warthonianus*) железъ. Если осушить это мѣсто и удержать языкъ въ этомъ положеніи нѣкоторое время, то замѣчается постоянное выдѣленіе капельками свѣтлаго, какъ вода, секрета. Если заставить пациента высунуть языкъ и наблюдать въ теченіе болѣе или менѣе долгаго времени за той или другой щекой, то по срединѣ щеки замѣчаютъ нѣсколько приподнятое въ складку мѣсто, которое представляетъ собой выводной протокъ околоушной железы; здѣсь находится устье *ductus Stenonianus*.

Если ротъ пациента удерживается открытымъ въ теченіе болѣе или менѣе долгаго времени, то отдѣленіе на нѣсколько минутъ прекращается, но затѣмъ снова возобновляется струей, идущей подъ острымъ угломъ къ рѣзнямъ. Какъ извѣстно, эти секреты уже давно были изслѣдованы и измѣрены, и я бы не останавливался здѣсь на этомъ болѣе, если бы мнѣ не удалось наблюдать заболѣванія слюнныхъ железъ.

Подъязычная железа заболѣваетъ рѣже подчелюстной. При заболѣваніи послѣдней получается слѣдующая картина: у больного въ теченіе нѣкотораго времени существуетъ подъ горизонтальной вѣтвью нижней челюсти опухоль, которая при продолжительномъ существованіи выступаетъ подъ челюстью въ видѣ возвышенія, толщиной въ большой палець. Эта опухоль лѣчится въ народѣ оригинальнымъ образомъ. Больные массируютъ эту опухоль большимъ пальцемъ по направленію отъ угла нижней челюсти къ подбородку, при чемъ нѣкоторые отличаются въ этомъ отношеніи большимъ искусствомъ.

Патологическія явленія, наблюдавшіяся нами, заключались въ слѣдующемъ: больные жалуются на существованіе въ теченіе нѣсколькихъ недѣль опухоли, которая вдругъ увеличилась и стала болѣзненной. Изслѣдованіе производятъ такимъ образомъ, что однимъ пальцемъ надавливаютъ между языкомъ и альвеолярнымъ отросткомъ челюсти, а другимъ на боковой сторонѣ шеи, при чемъ находятъ довольно эластическую неплотную опухоль. Лимфатическія железы, которыя иногда попадаютъ на наружной сторонѣ шеи, всегда лежатъ глубже кзади и книзу. Непосредственно кнутри отъ челюсти ихъ не бываетъ.

При помощи обыкновеннаго, но болѣе продолжительнаго изслѣдованія находятъ, далѣе, что на соответственной сторонѣ изъ *capucula* не выдѣляется никакого секрета. Послѣ выясненія діагноза можно замѣтить, что выводные протоки заустѣли и спались, и что это, по всей вѣроятности, является причиной заболѣванія. Примѣнявшійся мною массажъ въ болѣе позднихъ стадіяхъ не давалъ уже излѣченія, такъ что приходилось возстановливать проходимость *ductus Wartholpianus* и *ductus Bartholinianus* посредствомъ зондированія. Послѣднее производится при помощи чрезвычайно тонкихъ зондовъ, не превышающихъ по толщинѣ зондовъ *Bowman'a*, но и при такихъ условіяхъ не всегда удается проникнуть въ каналъ. При неоднократномъ зондированіи мнѣ случалось даже прокладывать ложные ходы, такъ что я далеко не всегда попадалъ въ железу. Однако, ложные ходы иногда давали тотъ результатъ, что я нечаянно попадалъ зондомъ на дно полости рта и этимъ создавалъ каналъ для стока. При продолжительномъ примѣненіи горячихъ припарокъ и обертываній удается снова возстановить нормальную секреторную дѣятельность и уменьшить, слѣдовательно, опухоль. Однако, не всегда можно добиться этого, какъ это видно изъ слѣдующей исторіи болѣзни:

Въ прошломъ году ко мнѣ обратился профессоръ *R.*, очень интеллигентный и терпѣливый 45-лѣтній субъектъ. Онъ много курилъ, при чемъ ему приходилось часто говорить, такъ что болѣзни могла быть вызвана этими обстоятельствомъ или какими-нибудь другими вредными вліяніями. При изслѣдованіи найдена была сильно напряженная опухоль, мѣшавшая жеванію и глотанію; секреторная дѣятельность внезапно прекратилась. Онъ самъ сталъ замѣчать на лѣвой сторонѣ подъ нижней челюстью постоянно увеличивавшуюся опухоль. Лѣченіе примѣнялось такое, какъ если бы дѣло шло о лимфомѣ, т. е., производились втиранія различныхъ мазей, накладывались пластыри и т. д., но безъ всякаго успѣха. Онъ поступилъ въ мою клинику. Несмотря на помощь опытнаго ассистента мнѣ не удалось проникнуть въ Вартоліановъ протокъ. Тогда я испробовалъ лѣченіе горячими обертываніями, припарками и продолжительными полосканіями горячимъ чаемъ съ цѣлью возстановить секреторную дѣятельность и преодолѣть возникшее препятствіе. Однако, послѣ недѣльныхъ стараній не удалось измѣнить состоянія больного, пока мнѣ не пришла въ голову мысль воспользоваться экспериментомъ *Heidenhain'a* и примѣнить электричество (раздраженіе барабанной струны). Я приложилъ одинъ электродъ позади угла нижней челюсти, а другой на наружной сторонѣ шеи. Результатъ превзошелъ ожиданія. Секреторная дѣятельность наступила въ такой мѣрѣ, что опухоль въ короткое время исчезла, и больной выздоровѣлъ.

## II.

### Анемія носовой слизистой оболочки.

#### Симптомы.

Слизистая оболочка носа при анеміи и хлорозѣ имѣетъ специфическій сѣровато-бѣлый цвѣтъ; она чрезвычайно блѣдна, блѣднѣе, чѣмъ соединительная оболочка глаза, слизистая оболочка глотки и гортани. При перниціозной анеміи слизистая оболочка носа имѣетъ бѣлый мѣлоподобный цвѣтъ, какъ это бываетъ при бугорчаткѣ слизистой оболочки надгортанника.



При подобныхъ анемическихъ состояніяхъ слизистой оболочки непосредственныя раздраженія ея не сопровождаются такой инъекціей сосудовъ и такимъ припуханіемъ, какъ это удается немедленно вызвать рефлекторнымъ путемъ на нормальной слизистой оболочкѣ.

Если на определенномъ мѣстѣ нормальной слизистой оболочки вызвать посредствомъ прижатія поблѣднѣіе или же какимъ-нибудь другимъ образомъ раздраженіе ея, то благодаря рефлекторной иннервации наступаетъ расширеніе капилляровъ и инъекція соответственнаго мѣста. Это свойство носовой слизистой оболочки даетъ намъ возможность очень легко находить болѣзненные мѣста, напр., маленькія травматическія поврежденія или экскоріаціи, такъ какъ они сразу становятся замѣтными благодаря сильной инъекціи сосудовъ. Этого не бываетъ при анеміи. Пациентъ тогда жалуется нерѣдко на болѣзненность того или другого мѣста, которую мы не можемъ себѣ объяснить, и локализацию которой мы совершенно не можемъ установить. Если въ такомъ случаѣ наступаетъ потеря эпителиальнаго покрова на значительномъ протяженіи, то мы тѣмъ не менѣе не можемъ признать это мѣсто болѣзненно-измѣненнымъ, такъ какъ слизистая оболочка не обнаруживаетъ никакой перемѣны въ окраскѣ. Отторженіе эпителия характеризуется только измѣненіемъ нюанса краснаго цвѣта и различными оттѣнками между блестящимъ и матовымъ видомъ поверхности. Но если мы имѣемъ слизистую оболочку, окрашенную въ равномерный матово-бѣлый цвѣтъ, то мы не можемъ уже распознать подобныхъ ссадинъ, такъ что приходится въ такихъ случаяхъ прійти къ шаткому предположенію о существованіи нервного раздраженія.

#### Анатомическія и фізіологическія особенности нормальной слизистой оболочки.

Если изслѣдовать вырѣзанныя частицы здоровой слизистой оболочки, то прежде всего замѣчаютъ, что поверхность ея имѣетъ бархатистый видъ. Онъ обусловливается существованіемъ безчисленныхъ возвышеній и углубленій, которыя, какъ на подстриженномъ бархатѣ, лежатъ густо другъ возлѣ друга; этотъ видъ слизистая оболочка получаетъ отъ того, что чрезвычайно многочисленныя слизистыя железы открываются своими отверстиями въ эпителиальномъ слое. Мѣстами эти отверстия лежатъ на поверхности такъ густо, что почти нѣтъ промежутковъ между ними.

Далѣе, значительную часть слизистой оболочки носа занимаютъ сосуды; вазомоторы ихъ стоятъ въ рефлекторной связи съ чувствительными вѣтвями тройничнаго нерва и съ обонятельнымъ нервомъ.

Мы имѣемъ здѣсь, слѣдовательно, центростремительно идущіе нервы двоякаго рода; отъ иннервирующихъ импульсовъ ихъ, при посредствѣ сильнаго воздѣйствія на вазомоторы, зависитъ степень сочности тканей; быстрая возбудимость этихъ нервовъ можетъ быть доказана экспериментально, такъ какъ мы всегда можемъ измѣнить степень наполненія сосудовъ на носовой слизистой оболочкѣ посредствомъ химическихъ, термическихъ или иного рода раздраженій.

Этими физиологическими особенностями объясняется тот фактъ, что при патологическихъ измѣненіяхъ слизистой оболочки перемѣны въ наполненіи сосудовъ играютъ большую роль. Это обусловливается, во-первыхъ, физиологическимъ моментомъ, а именно, чрезвычайной возбудимостью сосудовъ, а во-вторыхъ, анатомическимъ моментомъ, необыкновеннымъ обиліемъ кровеносныхъ сосудовъ. И дѣйствительно, мы знаемъ, что нѣкоторые отдѣлы носовой слизистой оболочки, напр., задній отдѣлъ раковинъ—по обилію сосудовъ—приближаются къ пещеристой ткани, такъ что стоитъ только прикоснуться къ нимъ зондомъ, чтобы они вслѣдствіе сильнаго наполненія сосудовъ перешли изъ нормальнаго состоянія въ эректильное.

#### Послѣдствія.

По аналогіи съ явленіями, наблюдающимися на другихъ слизистыхъ оболочкахъ, легко можно предугадать, что продолжительная анемія и здѣсь можетъ привести постепенно къ атрофіи. Однако, послѣдняя, какъ мы знаемъ, несомнѣнно вызывается также и другими этиологическими моментами.

### III.

## Гиперемія носовой слизистой оболочки.

#### Симптомы.

Въ очень многихъ случаяхъ встрѣчается гиперемія, причины которой намъ не вполне извѣстны. Мы находимъ тогда слизистую оболочку покраснѣвшей. Ближайшими послѣдствіями болѣе продолжительной гипереміи является ненормальная припухлость и чрезмѣрная секреторная дѣятельность.

#### Послѣдствія.

Большинство пациентовъ, у которыхъ существуетъ подобная припухлость, обращаются къ врачу только въ болѣе позднихъ періодахъ, такъ какъ вначалѣ они не придаютъ никакого значенія своему заболѣванію и утѣшаются той мыслью, что у нихъ простой насморкъ. Такимъ образомъ, пока больные обращаются къ намъ, слизистая оболочка уже успѣваетъ измѣниться въ значительной мѣрѣ. И дѣйствительно, пациенты приходятъ къ врачу лишь тогда, когда вслѣдствіе припуханія слизистая оболочка раковинъ и носовой перегородки уже давно измѣнена и представляетъ значительное препятствіе для дыханія. Точно также больныхъ довольно поздно вынуждаютъ обратиться за врачебной помощью, во-первыхъ, частая потребность сморкаться, вызванная произвольнымъ истеченіемъ секрета наружу, и во-вторыхъ, наблюденіе, что секретъ стекаетъ кзади и посредствомъ присасыванія попадаетъ отчасти въ зѣвъ, отчасти въ гортань.

## Хроническія гипереміи.

## Этіологія.

а) Общія причины: кромѣ тѣхъ гиперемій, которыя вызываються неоднократными раздраженіями, вдыханіями пыли, дыма при куреніи и пр., существуютъ еще гипереміи отъ напряженій, какъ напр., у танцоровъ: у нихъ вслѣдствіе форсированнаго дыханія дыхательные пути, зѣвъ и даже слизистая оболочка свода глотки находятся въ состояніи хронической гипереміи. Сюда же я долженъ отнести тѣ гипереміи слизистой оболочки, которыя возникаютъ вслѣдствіе продолжительныхъ напряженныхъ мышечныхъ движеній (какъ это бываетъ у молодыхъ людей, увлекающихся новымъ спортомъ велосипедной ѣзды), такъ какъ вся слизистая оболочка бронховъ, дыхательнаго горла, гортани, глотки и носа находится въ постоянномъ гиперемическомъ состояніи. Слизистая оболочка повсюду въ этихъ мѣстахъ имѣетъ равномерный темнокрасный цвѣтъ; здѣсь образуется вполне своеобразная застойная гиперемія.—При расстройствахъ кровообращенія въ маломъ кругу наблюдаются аналогичныя явленія.

б) Индивидуальныя и мѣстныя причины. Если мы примемъ во вниманіе, что лица одного и того же соціальнаго круга, которыя живутъ при одинаковыхъ условіяхъ и одинаково избѣгаютъ простудныхъ вліяній, нерѣдко представляютъ рѣзкое различіе по отношенію къ катаральнымъ заболѣваніямъ, то мы должны будемъ заключить, что въ самомъ индивидуумѣ и въ мѣстѣ заболѣванія скрываются моменты, способствующіе возникновенію катарра.

Вліяніе формы носовой полости. Какъ извѣстно, мы никогда не встрѣчаемъ, или, по крайней мѣрѣ, встрѣчаемъ чрезвычайно рѣдко носовую полость одинаковой формы на обѣихъ сторонахъ у одного и того же субъекта; гораздо чаще обѣ половины носа бываютъ различны по своей вышинѣ, ширинѣ и емкости, что преимущественно обуславливается положеніемъ перегородки (сошника и *cartilago quadrangularis*); послѣдняя никогда не находится по срединѣ, но обыкновенно вполне или отчасти бываетъ смѣщена направо или налево. Было высказано множество разнообразныхъ теорій съ цѣлью объяснить это отклоненіе отъ средней линіи, особенно значительное отклоненіе сошника, который выдается тогда въ сторону въ видѣ гребешка; однако, всѣ эти теоріи (въ качествѣ этиологическаго момента указывали даже на жеваніе) не выдерживаютъ критики. На мой взглядъ, наиболѣе правдоподобной теоріей является попытка объяснить эти отклоненія процессами, происходящими въ періодѣ развитія. Я полагаю, что во время замыканія жаберныхъ дугъ для образованія верхней челюсти энергія роста проявляется неравномерно: тогда какъ болѣе сильныя боковыя части верхней челюсти развиваются въ соответственномъ направленіи, тонкія пластинки сошника, благодаря предполагаемой усиленной энергіи роста, смѣщаются или образуютъ вдавленіе.

Этіологія смѣщеній <sup>1)</sup>.

Если мы оставимъ здѣсь въ сторонѣ травматическія смѣщенія, этиология которыхъ не требуетъ никакихъ дальнѣйшихъ поясненій, то еще остаются очень важныя формы компенсаторнаго и физиологическаго искривленія.

Что касается компенсаторнаго искривленія, то оно, по словамъ *Zuckerkanndl*, обусловливается всегда положеніемъ внутреннихъ частей носовой полости, въ особенности одностороннимъ увеличеніемъ въ объемѣ раковинъ. Такъ, средняя носовая раковина, сильно увеличенная въ объемѣ, можетъ оттѣснить перегородку въ противоположную сторону.

Менѣе ясны условія происхожденія физиологической формы. *Zuckerkanndl* хотя и приписываетъ здѣсь извѣстное вліяніе второму прорѣзыванію зубовъ и увеличенной энергіи роста челюсти, но приводитъ, кромѣ того, и другіе моменты, способствующие развитію этого искривленія. Такъ, болѣе сильный ростъ средняго отдѣла челюсти на одной сторонѣ можетъ явиться источникомъ образованія искривленія, равно какъ къ этому можетъ привести *crista lateralis*, такъ какъ уже при слабомъ развитіи этотъ гребешокъ образуетъ на противоположной сторонѣ легкое углубленіе: „кажется, какъ будто гребешокъ оттягиваетъ вмѣстѣ съ собою перегородку на выпуклую сторону“.

Слѣдуетъ принять въ соображеніе еще слѣдующую гипотезу, которую *Zuckerkanndl* высказываетъ съ различными оговорками. У дикихъ народовъ челюсти и зубы развиты сильнѣе, чѣмъ у насъ; этимъ и объясняется отчасти появленіе у нихъ прогнатизма. Наоборотъ, у европейцевъ челюстной остовъ вмѣстѣ съ альвеолярнымъ отросткомъ оказывается укороченнымъ и уменьшеннымъ въ объемѣ. Такъ какъ мы должны допустить, что укороченіе перегородки не бываетъ пропорціональнымъ укороченію челюсти, то существуетъ, слѣдовательно, неравномѣрность роста, которая и объясняетъ механизмъ искривленія перегородки.

Какова бы ни была причина искривленія сошника, послѣднее остается фактомъ, который оказываетъ вліяніе на раздѣленіе полостей носа и на появленіе въ нихъ патологическихъ процессовъ, такъ какъ отъ этого искривленія зависитъ образованіе слизистой оболочки на стѣнкахъ носа.

Вліяніе атмосфернаго воздуха. Какъ извѣстно, важнымъ условіемъ для сохраненія слизистой оболочкой своего нормальнаго состоянія является доступъ къ ней наружнаго воздуха. Слизистая оболочка живетъ и функционируетъ лишь до тѣхъ поръ, пока она соприкасается со вдыхаемымъ воздухомъ; какъ только подобное соприкосновеніе прекращается, образуются различныя измѣненія, начиная отъ катарральныхъ явленій и оканчивая полнымъ уничтоженіемъ ея. Подъ послѣднимъ мы разумѣемъ

<sup>1)</sup> Проф. *E. Zuckerkanndl*. Anatomie der Nasenhöhle. Вѣна. Изд. *Braumüller's*, 1892, т. II.

такія измѣненія ея, которыя лишаютъ ее свойствъ слизистой оболочки. Эти условія сохраненія носовой слизистой оболочкой своихъ нормальныхъ свойствъ примѣнимы и къ слизистой оболочкѣ всѣхъ дыхательныхъ путей.

Кромѣ того, въ самомъ строеніи носовыхъ ходовъ существуетъ нерѣдко моментъ, способствующій гипереміи слизистой оболочки. При широкой полости носа относительно рѣдко случается, чтобы припуханіе слизистой оболочки привело къ задержкѣ носового дыханія, и наоборотъ, при узкомъ носѣ и тѣсной полости его, онъ очень часто бываетъ заложенъ.

### Образованіе полиповъ.

При суженной полости носа легко образуются также носовые полипы. Такъ, если слизистая оболочка раковинъ прилегаетъ къ слизистой оболочкѣ перегородки, и если ростъ продолжается, и полость еще болѣе суживается, то на слизистой оболочкѣ раковинъ образуются складки. Послѣднія можно видѣть только въ самомъ началѣ ихъ появленія, при чемъ замѣчаютъ образованіе на поверхности слизистой оболочки возвышеній, которыхъ не бываетъ при нормальныхъ условіяхъ. Если же гиперемія слизистой оболочки благодаря различнымъ условіямъ возрастаетъ, при чемъ дальнѣйшее увеличеніе ея задерживается стѣнками хоанъ, то нормальная секреторная дѣятельность нарушается. Вслѣдствіе прилива крови и усиленной иннервации, отдѣляющійся секретъ скопляется подъ выводными отверстиями, которыя вверху расширяются; отверстия сосѣднихъ выводныхъ протоковъ сливаются, образуя маленькій полусферовидный пузырь. Развитіе подобныхъ слизистыхъ полиповъ можно точно прослѣдить въ гортани, тогда какъ въ носу приходится наблюдать уже далеко зашедшія измѣненія. Вслѣдствіе насильственного проталкиванія воздуха черезъ носъ—при глубокомъ дыханіи, сморканіи, чиханіи и т. д.—эти выступающіе, увеличенные въ объемѣ и отечные выводные протоки слизистыхъ железъ получаютъ опредѣленную форму. Подобныя железки все болѣе и болѣе увеличиваются въ объемѣ и, наконецъ, образуютъ слѣпо оканчивающійся вверху мѣшочекъ, который отъ насильственного проталкиванія воздуха получаетъ колбовидную форму. Это приводитъ къ тому, что полипы вдаются въ полость носа и выполняютъ носовые ходы. Въ концѣ концовъ дѣло можетъ дойти до того, что вслѣдствіе постоянной задержки доступа воздуха снизу они цѣлыми группами наполняютъ носовую полость, или же одинъ, либо нѣсколько полиповъ занимаютъ всю полость носа до наружныхъ отверстій его. Иногда можно даже видѣть полипы въ ноздряхъ. Въ этомъ состояніи больные нерѣдко впервые обращаются къ врачу, и приходится только удивляться тому, что люди такъ равнодушно относятся къ существующей годами непроходимости носа.

## IV.

Острый катарръ носа. *Rhinitis acuta.*

**Острое натарральное припуханіе носовой слизистой оболочки; насморкъ.**

## Сущность и теченіе.

Это заболѣваніе является наиболѣе острымъ изъ всѣхъ извѣстныхъ болѣзней. Тогда какъ острый конъюнктивитъ нерѣдко обусловливается механическимъ инсультомъ, внѣдреніемъ инороднаго тѣла, острый ринитъ чрезвычайно часто появляется безъ всякихъ видимыхъ внѣшнихъ вліяній. Это заболѣваніе имѣетъ относительно очень легкое и быстрое теченіе безъ особенныхъ нарушеній общаго состоянія и тяжелыхъ послѣдствій. Относительно происхожденія страданія мы пока не имѣемъ никакихъ данныхъ.

## Этіологія.

Какъ извѣстно, вспомогательными моментами являются раздраженія носовой слизистой оболочки. Эти раздраженія, однако, бываютъ столь различными и у многихъ субъектовъ столь своеобразными, что здѣсь нельзя установить нормы.

Къ этимъ вспомогательнымъ моментамъ относятся:

а) Прямая раздраженія, какъ напр., внезапныя колебанія температуры, сильный запахъ и пр. На нѣкоторыхъ субъектовъ извѣстный запахъ оказываетъ особенно сильное вліяніе. Надо замѣтить при этомъ, что воспримчивость къ запаху слѣдуетъ отличать отъ чувствительности носовой слизистой оболочки. У одного субъекта всякій запахъ, всякое обонятельное ощущеніе, вызываетъ уже значительное раздраженіе, тогда какъ для другихъ подобныя раздраженія обонятельныхъ нервовъ не играютъ никакой роли. Наконецъ, на нѣкоторыхъ дѣйствуютъ раздражающимъ образомъ возбужденія чувствительныхъ носовыхъ вѣтвей тройничнаго нерва. Существуетъ, напр., множество людей, которые не переносятъ запаха извѣстныхъ цвѣтовъ, но не чувствуютъ запаха амміачныхъ паровъ, и наоборотъ, у иныхъ подобныя чувствительныя возбужденія химіотактического характера вызываютъ сильное раздраженіе носовой слизистой оболочки, обнаруживающееся рѣзкой гипереміей ея.

Такихъ веществъ, которыя при введеніи въ полость носа раздражаютъ нервы слизистой оболочки и вызываютъ такимъ образомъ гиперемію ея, существуетъ множество.

б) Непрямая раздраженія. Изъ другихъ моментовъ, вызывающихъ раздраженіе носовой слизистой оболочки, мы можемъ назвать охлажденіе отдѣльныхъ частей на поверхности тѣла, въ особенности кожи головы. Мы произвели опытъ, который показалъ, что, напр., у нѣкоторыхъ астматиковъ достаточно небольшого охлаждения кожи головы, чтобы тотчасъ же наступилъ острый насморкъ. Такимъ образомъ,

гиперемія и припуханіе слизистой оболочки носа могутъ быть вызваны какъ прямымъ раздраженіемъ ея, такъ и рефлекторными раздраженіями, исходящими изъ другихъ областей.

с) Инфекція. При остромъ насморкѣ, наступившемъ безъ всякихъ видимыхъ причинъ, появляется перѣдко профузное отдѣленіе, смотря по степени чувствительности субъекта. Благодаря такой обильной секретіи края ноздрей часто краснѣютъ и припухаютъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже кожа на верхней губѣ раздражается, и на ней появляется экзема. По словамъ *Friedreich'a*, прививка этого отдѣленія не можетъ вызвать катарра. Однако, подобное заявленіе противорѣчитъ опыту, который говоритъ намъ, что перѣдко субъектъ, одержимый сильнымъ насморкомъ, заражаетъ то общество, среди котораго вращается; мы знаемъ также, что одинъ членъ семейства переноситъ насморкъ на всѣхъ остальныхъ.

Какимъ образомъ это случается, мы, какъ это уже было упомянуто, не знаемъ, хотя въ высокой степени вѣроятно, что выдыхаемый воздухъ можетъ перенести насморкъ отъ одного лица къ другому.

### Симптомы и осложненія.

Подъ острымъ ринитомъ мы разумѣемъ прежде всего припуханіе и обильное выдѣленіе на слизистой оболочкѣ носа, которыя наступаютъ очень часто подъ вліяніемъ простуды; о тѣхъ острыхъ ринитахъ, которые вызываются ясными для насъ причинами, мы скажемъ ниже.

Непріятное осложненіе при сильныхъ формахъ такого катарра заключается въ закладываніи носа. Кромѣ непроходимости носа, которая вызывается значительнымъ припуханіемъ слизистой оболочки, наступаютъ побочныя явленія, оказывающія иногда вліяніе на общее состояніе. Появляется лихорадка, головная боль и слезотеченіе. Въ подобныхъ болѣе тяжелыхъ случаяхъ припухлость можетъ распространиться также кзади вплоть до мягкаго нѣба. Послѣднее, равно какъ заднія стѣнки глотки тогда сильно высыхаютъ, иногда даже растрескиваются и становятся гиперестезированными, при чемъ вслѣдствіе нарушенія координированныхъ движеній поднимателей и сжимателей мягкаго нѣба дѣло доходитъ до кратковременной одышки. Въ какой бы ничтожной степени это послѣднее осложненіе ни наступало, оно сильно беспокоитъ пациента.

Извѣстно, что подобное острое воспаленіе носоглоточнаго пространства можетъ перейти въ гортань и вызвать катарръ гортани и бронховъ. Можетъ ли носовой секретъ, или то вредное начало, которое вызвало острый насморкъ, повліять на гортань или дыхательное горло,—это не доказано, но весьма вѣроятно, что затекающій или присасываемый секретъ передаетъ это заболѣваніе *per continuitatem*. Въ пользу этого говорятъ также упомянутыя выше воспалительныя явленія на ноздряхъ и на верхней губѣ.

Благодаря существованію сообщенія между носовой и придаточными полостями, главнымъ образомъ лобной и челюстной, патологическій процессъ можетъ, какъ это понятно, перейти на указанные полости.

Если острый катарръ носа оканчивается, то прекращаются обыкновенно и заболѣванія придаточныхъ полостей. Но это бываетъ не всегда. Во многихъ случаяхъ,—хотя нерѣдко по чисто случайнымъ обстоятельствамъ,—патологическое состояніе въ затронутыхъ придаточныхъ полостяхъ остается надолго. Мы изложимъ подробнѣе эти формы заболѣваній въ соответственномъ мѣстѣ.

### Терапія.

Попытки подвергнуть лѣченію острый насморкъ, собственно говоря, излишни, бесполезны и, можетъ быть, не ведутъ къ цѣли; въ большинствѣ случаевъ выздоровленіе наступаетъ въ такое короткое время, что совершенно не требуется терапевтическаго вмѣшательства. Для излѣченія остраго ринита предложено было множество средствъ. На основаніи опыта можно, однако, сказать, что лѣченіе остраго насморка во многихъ случаяхъ положительно вредно.

### Мѣстное лѣченіе.

а) Впрыскиванія. На первомъ мѣстѣ здѣсь стоитъ примѣненіе вязущихъ средствъ въ видѣ впрыскиваній. Однако, вязущее средство можетъ оказать вліяніе только на ту слизистую оболочку, съ поверхностью которой оно приходитъ въ соприкосновеніе, а при остромъ ринитѣ, само собою разумѣется, это невозможно. Вслѣдствіе припуханія слизистой оболочки покровъ раковинъ и перегородки такъ тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, что дѣлаетъ совершенно невозможнымъ впрыскиваніе лѣкарства.

Впрыскиваніе непримѣнимо не только по этой причинѣ, но и по нѣкоторымъ другимъ основаніямъ. Если, несмотря на припуханіе слизистой оболочки, производятъ впрыскиваніе, то иногда появляются совершенно неожиданныя и нежелательныя послѣдствія. При нѣсколько большемъ давленіи впрыскиваемой жидкости она попадаетъ въ слезноносовую каналъ и вызываетъ такую гиперемію конъюнктивы, что приходится тотчасъ же отказаться отъ дальнѣйшихъ впрыскиваній. Вторымъ неудобствомъ при впрыскиваніи является то обстоятельство, что движеніе мягкаго нѣба отчасти задерживается или, по крайней мѣрѣ, совершается неполнѣ, такъ что входъ въ Евстахіеву трубу остается открытымъ и жидкость можетъ легко туда проникнуть.

б) Вдуванія. Тѣ же причины, которыя являются противопоказаніемъ для впрыскиванія жидкихъ лѣкарственныхъ средствъ, заставляютъ отвергнуть также вдуванія порошкообразныхъ веществъ. Вдунутое порошкообразное вещество столь же мало приходитъ въ соприкосновеніе со всей слизистой оболочкой носа, какъ и впрыснутая жидкость, такъ что, помимо остраго ринита, получается новое раздраженіе, которое лѣкарственное вещество оказываетъ на измѣненную слизистую оболочку.

в) Смазыванія. Остается теперь сказать еще о смазываніяхъ слизистой оболочкой кисточкой. Это опять-таки возможно лишь



тамъ, куда можно проникнуть кистью; такимъ образомъ мы не въ состояніи смазать всю слизистую оболочку и, слѣдовательно, — достигнуть цѣли.

д) Ингаляціи. Пытались также посредствомъ ингаляціи различныхъ пахучихъ солей добиться уменьшенія припухлости слизистой оболочки. Пѣвцамъ, актерамъ и проч. думали оказать весьма значительныя услуги, давая подобныя пахучія соли, и надѣялись, что при такомъ лѣченіи они могутъ скорѣе вернуться къ исполненію своихъ обязанностей. Опытъ, однако, учитъ, что всѣ пахучія соли (Liqu. Ammonii caust., Acidi carbolicі aa. 5,0; Spir. vini, Aquae dest. aa 15,0 или Acid. acet. glac., карболовая кислота, бальзамическія масла, мускусъ и пр.) терпятъ крушеніе по той же причинѣ, по какой остаются безъ эффекта впрыскиванія и смазыванія, а именно, въ слѣдствіе непроницаемости носа и невозможности привести лѣкарственное вещество въ соприкосновеніе со всей слизистой оболочкой.

е) Кокаинъ. Само собою разумѣется, что при попыткахъ лѣчить насморкъ прибѣгали также и къ кокаину. Послѣдній дѣйствительно имѣетъ свойство уменьшать интензивность отдѣленія слизистыхъ оболочекъ, дѣлаетъ ихъ нечувствительными и вызываетъ сокращеніе сосудовъ. На этомъ и основана была надежда уменьшить катарръ примѣненіемъ кокаина. Однако, эта надежда не оправдалась, и насколько упомянутое средство полезно и благотвительно при маленькихъ операціяхъ, настолько же мало существуетъ шансовъ излѣчить имъ острый ринитъ. Этому препятствуютъ два обстоятельства, если уже не считать того, что примѣненіе указанного лѣкарства по упомянутымъ выше причинамъ (непроницаемость носа) невоплѣтимо. Дѣйствіе кокаина на самомъ дѣлѣ продолжается лишь нѣсколько минутъ, во всякомъ случаѣ — не болѣе  $\frac{1}{4}$  часа, а съ другой стороны, никогда нельзя знать, какъ данный субъектъ будетъ реагировать на кокаинъ. Глава о побочномъ дѣйствіи лѣкарствъ, какъ извѣстно, особенно обогатилась данными относительно примѣненія кокаина. Если мы знаемъ, что конъюнктивальный мѣшокъ переноситъ довольно значительную дозу этого средства, и если мы знаемъ также, что подкожныя впрыскиванія кокаина даютъ нерѣдко блестящій успѣхъ при маленькихъ операціяхъ, то, съ другой стороны, нельзя отрицать, что примѣненіе кокаина въ носовой полости излишне и даже прямо вредно. Я наблюдалъ появленіе очень непріятныхъ побочныхъ явленій послѣ употребленія кокаина. Такъ, я встрѣчалъ эпилептовидныя припадки, потерю сознанія, рвоты, словомъ — настоящія явленія интоксикаціи, послѣ кокаина, примѣненнаго съ цѣлью вызвать анестезію при маленькихъ операціяхъ въ носу; для практическаго врача уже этого одного достаточно, чтобы онъ совершенно отказался отъ примѣненія этого средства. Принципъ „*nil nocere*“ имѣетъ особенное значеніе въ терапіи легкихъ заболѣваній.

Въ заключеніе мы упомянемъ о терапіи, принимаемой профессоромъ *Schech*'омъ <sup>1)</sup> (Мюнхень) при остромъ катарральномъ ринитѣ. *Schech* говоритъ: „Лѣченіе состоитъ отчасти въ профилактикѣ. Рабочіе,

<sup>1)</sup> *Schech*. Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.

которые имѣютъ дѣло съ пылью, особенно съ упомянутыми (*Schech'*омъ) химическими веществами, должны защищать свою слизистую оболочку носа посредствомъ вкладыванія ватнаго тампона. Сифилитики, или лица, страдающія зубомъ, должны прекращать употребленіе іодистаго калия, какъ только обнаружатся симптомы іоднаго насморка“. Абортивныя средства многочисленны и находятся въ большомъ употребленіи. Сюда относятся: патогенное лѣченіе, паровыя ванны и нюхательное средство *Hager-Brand'a*, состоящее изъ Acid. carbol., Liq. Ammon. caust. aa 5,0, Spir. vini 15,0, Aq. dest. 10,0. Нѣсколько капель микстуры наливаютъ на воронку изъ пропускной бумаги и вдыхаютъ пары черезъ каждые два часа по нѣсколько минутъ. Теченіе болѣзни значительно укорачивается, по *Unna*, также отъ ингаляцій хлороформа (*Solis, Cohen*), а также отъ примѣненія въ теченіе 15 минутъ при помощи разпылителя слѣдующей смѣси:

Rp. Ichthyoli 0,5  
Aetheris  
Spir. vini aa. 50,0.

*Lower* и *Williams* рекомендуютъ немедленное воздержаніе отъ всякой жидкой пищи, а *Bresgen*—апоморфинъ въ пилюляхъ по 0,005—0,01 три или четыре раза въ день. Говорятъ также, что насморкъ уменьшается и скорѣе проходитъ отъ примѣненія сѣрнокислаго атропина по 0,0015 два или три раза въ день въ пилюляхъ. Мѣстно назначаются слабыя растворы марганцовокислаго калия, вдыханія терпентиннаго масла или 3,0—4,0 порошка камфоры (*Dobson*) въ горячей водѣ, вдуханія салициловой кислоты, въ особенности же—морфій, въ количествѣ 0,01 pro dosi, или, какъ совѣтуетъ *Michel*, примѣненіе со стороны хоанъ смѣси ляписа съ талькомъ (1:20). Носовыя души обыкновенно переносятся дурно или ухудшаютъ болѣзненное состояніе. При участіи въ процессѣ придаточныхъ полостей назначаются ледяныя примочки на лобъ или носъ, пиявки у наружнаго отверстія носа или на спинкѣ его, постельный режимъ, діета, отвлеченіе на кишечникъ, иногда производится вскрытіе абсцесса; при сильномъ конъюнктивитѣ накладывается повязка и впускаются капли изъ раствора сѣрнокислаго цинка (0,1:15,0); при пораженіяхъ уха—дѣлается продуваніе, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ прободеніе барабанной перепонки. Грудныхъ дѣтей слѣдуетъ кормить съ ложки, а иногда при помощи зонда; здѣсь показано также примѣненіе указанныхъ выше средствъ in refracta dosi.

Къ этимъ легкимъ скоропреходящимъ формамъ примыкаютъ двѣ другихъ формы остраго катарра носовой слизистой оболочки, а именно, сѣнная лихорадка и гриппозный насморкъ.

### Сѣнная лихорадка.

Географическое распредѣленіе и этиологія.

Такъ какъ сѣнная лихорадка часто свирѣпствуетъ въ Англіи во время уборки сѣна, то причиной заболѣванія считали оболочки травъ и пыль полевыхъ цвѣтовъ. Сѣнная лихорадка въ Германіи наблю-

дается рѣже, тогда какъ въ Англіи нерѣдко подвергаются заболѣванію всѣ жители данной мѣстности. Это массовое заболѣваніе напоминаетъ эпидемическое появленіе ниже описанной инфлюэнцы. Судя по описаніямъ, которыя указываютъ на существованіе общихъ явленій при стѣнной лихорадкѣ, слѣдуетъ предположить сильное раздраженіе слизистой оболочки.

### Симптомы.

Главными симптомами служатъ: разлитой катарръ, профузное отдѣленіе, потеря сознанія, лихорадочныя движенія, общее недомоганіе и характерный типъ лихорадки, всегда наблюдающейся при этой болѣзни.

### Терапія.

Специфической терапіи при этомъ страданіи не существуетъ даже у англичанъ, которые примѣняютъ только средства, вліяющія благоприятно на общее состояніе. Изъ употребительныхъ лѣкарственныхъ веществъ укажемъ на вдыханія теплыхъ паровъ, на жаропонижающія средства, какъ напр., хининъ, антипиринъ и проч.

### Гриппъ.

#### Распространеніе и симптомы.

Къ описанному катарральному пораженію непосредственно примыкаетъ та форма катарра, которая болѣе обстоятельно наблюдалась въ послѣдніе годы; она вызывается инфлюэнцей и въ началѣ появлялась эпидемически, а теперь, повидимому, приняла у насъ эндемическій характеръ. Гриппъ, выйдя изъ Россіи, прошелъ почти по всей Европѣ и по обширнымъ областямъ Америки, проявляясь чрезвычайно различнымъ образомъ; тогда какъ при своемъ возникновеніи въ Германіи онъ осложнялся бронхитомъ и пневмоніей, во второй разъ болѣзнь сопровождалась въ большей мѣрѣ пораженіями слизистой оболочки и пищеварительнаго тракта, а также тяжелыми заболѣваніями нервной системы. Въ городахъ заболѣвали тысячи людей, и если вначалѣ это заболѣваніе было загадочно, то теперь этиология и патология его вполне выяснились.

Въ носу вначалѣ наступаетъ острый насморкъ со всеми своими обычными спутниками; къ этому присоединяются потрясающій ознобъ, ноющія боли въ членахъ, встрѣчающіяся очень часто, колотье въ груди, кашель, одышка и общая разбитость. При изслѣдованіи носа находятъ, какъ при обыкновенномъ ринитѣ, острое припуханіе слизистой оболочки.

Въ виду массоваго заболѣванія и выраженныхъ сопутствующихъ явленій, пришлось прийти къ убѣжденію, что мы имѣемъ здѣсь дѣло не съ обыкновеннымъ катарромъ; кромѣ того, Pfeifferу удалось своими изслѣдованіями изолировать и культивировать возбудителя болѣзни изъ секрета дыхательнаго аппарата, а именно, — гриппозную палочку.

Если мы еще не имѣемъ положительныхъ свѣдѣній относительно способа распространения гриппозной бациллы, то мы зато знаемъ довольно точно различные клиническіе типы тѣхъ заболѣваній, которыя вызываются этой палочкой.

### Течение и послѣдствія.

Картина зараженія гриппозными палочками отчасти близко напоминаетъ картину дифтерита. И дѣйствительно, мы знаемъ, что тяжелое состояніе организма наступаетъ тогда, когда уже исчезли всѣ мѣстные проявленія дифтерита въ гортани и въ глоткѣ; точно такъ же бываетъ при гриппѣ: послѣ того какъ всѣ катарральныя явленія въ носу, зѣвѣ, гортани и глоткѣ прошли, наступаютъ тяжелыя пораженія то нервнаго, то мышечнаго характера, въ особенности въ груди и на конечностяхъ. Пациентъ не въ состояніи ходить и поднимать руки, и чувствуетъ усталость и разбитость; словомъ, гриппъ представляетъ собою не только мѣстное, но и общее заболѣваніе. Въ виду частаго появленія его, справедливо утверждали, что гриппъ имѣетъ эпидемическій характеръ; возможно, что вѣтеръ, приносящій съ собою бактеріи изъ нѣкоторыхъ эндемическихъ мѣстностей, заноситъ ихъ вмѣстѣ съ воздухомъ къ намъ въ организмъ. Извѣстно, что бацилла *Pfeiffer*'а скопляется въ громадныхъ количествахъ въ организмѣ, что миллиарды этихъ бактерій наполняютъ грудную клѣтку, такъ что уже въ силу ихъ массоваго скопленія больной получаетъ тяжелый видъ заболѣванія. Точно также изслѣдованіями послѣднихъ лѣтъ установлено, что въ особенности пожилые люди, обладающіе ничтожной способностью къ сопротивленію, послѣ перенесеннаго ринита очень легко получаютъ пневмонію вслѣдствіе пораженія дыхательнаго горла и бронховъ, т. е. послѣ бронхитовъ; во время эпидеміи гриппа подобныя пневмоніи у старыхъ людей вызываютъ почти молниеносную смерть. *Pal* и *Kundrat* опубликовали на этотъ счетъ въ послѣдніе годы рядъ наблюденій; особенно второй изъ этихъ авторовъ указалъ на частое осложненіе бронхитами съ дольчатой пневмоніей, чистыми формами бронхитовъ и пневмоніями, которыя обусловливаются катарральнымъ процессомъ.

*Althaus* для объясненія подобныхъ послѣдствій ссылается на вліяніе гриппознаго токсина <sup>1)</sup>.

Многіе авторы наблюдали послѣ гриппа заболѣванія въ области центральной и периферической нервной системы <sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Med. Soc. of London. 2 ноября 1891. (Brit. med. J. 1891, 7 ноября).

Тамъ говорится: „гриппозный катарръ и пневмонію онъ (*Althaus*) приписывалъ гипереміи или въ тяжелыхъ случаяхъ воспаленію ядеръ пятой пары и блуждающаго нерва въ продолговатомъ мозгу“.

<sup>2)</sup> *Brosset* (Sur un cas de névrite périphérique consécutive à l'infl. Lyon méd., 1891, № 11).

34-лѣтняя женщина. Черезъ двѣ недѣли появились колющія боли въ лѣвой рукѣ, а черезъ полгода также въ правой. По истеченіи года наступила слабость и атрофія мышцъ въ области локтевого нерва на обѣихъ сторонахъ, истонченіе кожи, уменьшеніе сухожильныхъ рефлексовъ и невралгіи въ рукахъ

## Этіологія.

При первомъ возникновеніи большой эпидеміи гриппа мы оставались въ полной неизвѣстности относительно этиологіи заболѣванія. Въ виду пандемическаго распространенія ея, такъ какъ эпидемія прошла

и ногахъ.—Все это—послѣдствія множественнаго периферическаго неврита.

*Bidon* (Etude clinique de l'action exercée par la grippe de 1889 à 1890 sur le système nerveux. Revue de Méd., 1890, 8 и 9).

Двѣ женщины съ двусторонней межреберной невралгіей, припуханіемъ грудной железы и болѣзненностью при давленіи, но безъ воспалительныхъ явленій.

*Homén* (въ *Smidt's Jahrbuch*, 1891, т. 231, стр. 260).

Онъ указываетъ на существованіе множественнаго неврита (этотъ невритъ развивается медленно послѣ выздоровленія).

*Leyden* (Ueber multiple Neuritis und acute aufsteigende Paralyse nach Influenza.—*Zeitschr. f. klin. Med.*, XXIV, 1894).

1. 46-лѣтняя женщина. Головная боль, разбитость, нарушенія зрѣнія, боль въ суставахъ съ припуханіемъ ихъ. Альбуминурія и геморрагическій ретинитъ. Ясные параличи.—*L.* считаетъ отекъ послѣдствіемъ неврита (не нефрита).

2. 27-лѣтняя дѣвушка. Инфлюэнца съ послѣдовательнымъ параличемъ всѣхъ конечностей, афонія, потеря сухожильныхъ рефлексовъ, параличъ мочевого пузыря и кишечника, параличъ лѣвой и парезъ правой голосовой связки.—Микроскопическое изслѣдованіе показало: перерожденіе n. peronei, radiales и recurrentes. Измѣненія въ спинномъ мозгу, которыя преимущественно заключались въ частичномъ припуханіи осевого цилиндра и мѣлиновыхъ оболочекъ. Эти измѣненія сильнѣе всего были выражены въ боковыхъ пучкахъ грудной части спинного мозга, слабѣе всего—въ шейномъ мозгу и совершенно отсутствовали въ продолговатомъ мозгу. Гангліозныя кѣтки переднихъ роговъ были вздуты, имѣли кругловатую форму и мутный видъ.

*Pavet* (Mélancholie avec stupeur, suite d'infl. hypothermie. Autopsie Méningo-encéphalite infectieuse.—*Lyon méd.* XXIV, 41, 1892).

20-лѣтняя дѣвушка. Измѣненіе характера, апатія; искусственное питаніе. Пульсъ=100—160; впослѣдствіи субнормальная температура. Контрактура на ногахъ. Смерть черезъ два года.—Мозговые оболочки надъ лобной и височной долей утолщены и помутнѣны. На разрѣзѣ въ лобной, височной и затылочной доляхъ найдена мелкокѣлочная инфильтрація, сильнѣе выраженная въ бѣломъ, чѣмъ въ сѣромъ веществѣ.

*Putnam* (On multiple neuritis, encephalitis and meningitis after infl. Boston med. and surg. J., 1892, октябрь).

48-лѣтній мужчина. Головная боль, потеря слуха и зрѣнія; слухъ впослѣдствіи возвратился. Лѣвосторонняя гемиплегія, затрудненіе рѣчи, исчезнувшее впослѣдствіи. Причина разстройства зрѣнія: двусторонній невритъ зрительнаго нерва съ припухлостью и легкими геморрагіями.

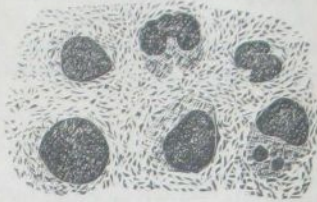
*Rosenthal* (Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenraumes. 1891, стр. 90).

„Болѣзненные приступы периферическаго характера въ области тройничнаго, сѣдалищнаго и другихъ нервовъ. Эти боли, по всей вѣроятности, имѣли невритическое происхожденіе“.

*Suckling* (Clinical notes on paralysis of the diaphragm. Brit. med. J., 1892, 28 мая).

Молодая дѣвушка. Послѣ инфлюэнцы появились сильная невралгія въ правой ногѣ, внезапный параличъ правой половины грудобрюшной преграды безъ стѣсненія дыханія и рѣчи; постепенное улучшеніе; внезапная смерть. *S.* считаетъ это заболѣваніе острымъ множественнымъ невритомъ, при чемъ раньше былъ пораженъ правый грудобрюшный нервъ, а затѣмъ процессъ внезапно распространился на лѣвый грудобрюшный нервъ и вызвалъ смерть.

черезъ Россію и всю Европу и проникла даже черезъ океанъ въ Америку, приходилось допустить существованіе патогеннаго начала въ воздухѣ, водѣ или пищѣ, чтобы объяснить себѣ такое множество заболѣваній. Однако, мы не имѣли никакихъ данныхъ для доказательства этого. Только съ появленіемъ работъ *Pfeiffer*'а и съ открытіемъ имъ метода изслѣдованія мокроты и экскретовъ, трудный вопросъ объ этиологіи этой инфекции сразу разъяснился для всѣхъ. *Pfeiffer* указалъ еще въ 1889—1890 гг. на существованіе въ мокротѣ заболѣвшихъ грип-



Фиг. 18.—Мокрота съ гриппозными бациллами, окрашенная карболовымъ фуксиномъ. Все поле зрѣнія усыяно маленькими палочками, бациллами инфлюэнцы. Окрашенная (къ сожалѣнію, слишкомъ) въ темный цвѣтъ соответствуютъ лейкоцитамъ, которые при инфлюэнцѣ (бронхитъ) содержатся въ мокротѣ въ большомъ количествѣ. Въ самихъ лейкоцитахъ находится небольшое количество бациллъ. *Zeiss*; гомог. иммерз.  $\frac{1}{12}$ ; ок. 4.

помъ множества тонкихъ палочекъ, значенія которыхъ не удалось ему выяснитъ. Лишь въ ноябрѣ 1891 г. онъ сдѣлалъ препараты изъ мокроты и окрасилъ ихъ *Löffler*овой метиленовой синью, а въ послѣдствіи съ гораздо большимъ успѣхомъ — карболовымъ фуксиномъ, при чемъ тогда выяснилось, что эти палочки представляютъ собой контактіи инфлюэнцы. Эти палочки имѣютъ очень маленькую величину, при чемъ длина почти вдвое толщины, такъ что возбудитель инфлюэнцы принадлежитъ къ числу бациллъ. Въ настоящее время указано много способовъ для культивированія этихъ палочекъ; легче всего это удастся, повидимому, на агарѣ съ примѣсью крови. Далѣе выяснилась та особенность бациллъ, что онѣ представляютъ собой строго аэробный видъ бактерій, т. е. что для своего размноженія онѣ безусловно требуютъ надлежащаго притока кислорода. Несмотря на то, что эпидемія инфлюэнцы послѣдовательно обошла

всю Европу, *Pfeiffer* пришелъ относительно заразительныхъ свойствъ гриппозныхъ палочекъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) размноженіе палочекъ инфлюэнцы внѣ человѣческаго тѣла, въ почвѣ или водѣ, невозможно; 2) высушенная и распыленная мокрота можетъ передавать инфекцію лишь въ ограниченныхъ размѣрахъ; 3) заразительными свойствами обладаетъ преимущественно свѣжій секретъ полости носа и слизистой оболочки бронховъ у гриппозныхъ больныхъ.

До настоящаго времени бациллъ *Pfeiffer*'а въ воздухѣ открытъ не удалось. Это, однако, ничего не доказываетъ, такъ какъ изъ распространенія эпидеміи по Европѣ уже ясно вытекаетъ, что палочки носятъ въ воздухѣ. Передача заразы на ограниченномъ пространствѣ доказана, какъ это видно изъ цѣннаго сообщенія *Richter*'а <sup>1)</sup>. Онъ опубликовалъ дальнѣйшія изслѣдованія относительно гриппозной палочки, и мы узнали изъ нихъ, что описываемое здѣсь заболѣваніе получило у насъ эндемическій характеръ. Онъ сообщаетъ рядъ случаевъ инфлюэнцы изъ больницы *Rudolf*'а, при которыхъ почти съ положи-

<sup>1)</sup> *Max Richter*. Zur Aetiologie der Influenza. Wiener klinische Woch., 1894, №№ 29 и 30.

тельностью было доказано, что больные, которые лежали въ больницѣ съ другими заболѣваніями, заразились отъ сосѣднихъ гриппозныхъ больныхъ. Онъ приходитъ такимъ образомъ къ заключенію, что существуетъ основаніе при отсутствіи эпидеміи признать инфлюэнцу эндемической болѣзью.

### Распознаваніе.

Воспалительные процессы на носовой слизистой оболочкѣ не дали намъ при изслѣдованіи никакихъ данныхъ, которыя бы разъяснили этиологию большихъ эпидемій гриппа въ 1889—90 и въ 1893—94 гг. Подобно тому, какъ при обыкновенномъ остромъ катаррѣ одни и тѣ же вредныя вліянія оказываютъ въ разныхъ мѣстахъ неодинаковое дѣйствіе, точно такъ же это бываетъ и съ пораженіями носа при гриппѣ. Изъ характерныхъ явленій слѣдуетъ указать лишь на тяжелые общіе симптомы. Даже непродолжительный приступъ гриппа, при которомъ субъектъ остается больнымъ лишь нѣсколько дней, протекаетъ съ такими сильными лихорадочными явленіями, что это заболѣваніе надо причислить къ категоріи тяжелыхъ. Пациентъ бываетъ такъ разбитъ, ослабленъ и совершенно не способенъ къ работѣ, что послѣ самаго обстоятельнаго изслѣдованія, въ виду отсутствія другихъ моментовъ и въ виду существованія эпидеміи, всѣ эти явленія можно отнести только на счетъ гриппа.

Въ настоящее время констатированіе гриппозныхъ бактерий производится очень легко: даже у амбулаторныхъ больныхъ мы нашли существованіе ихъ въ носовой слизи.

Въ дальнѣйшемъ теченіи, когда патологическій процессъ спускается ниже, когда поражаются бронхи, и дѣло доходитъ до появленія мокроты, — распознаваніе легко устанавливается посредствомъ бактериологическаго (микроскопическаго) изслѣдованія мокроты. Мы не станемъ входить въ дальнѣйшее обсужденіе тѣхъ методовъ, при помощи которыхъ открываются эти микроорганизмы, а скажемъ только, что въ мокротѣ при гриппозномъ бронхитѣ содержатся мерцательный эпителий, гнойныя клѣтки и такое множество гриппозныхъ бактерий, что при микроскопическомъ изслѣдованіи кажется, будто всѣ элементы лежатъ въ кучѣ пыли.

Это обильное содержаніе, это колоссальное накопленіе бактерий въ воспалительныхъ очагахъ представляетъ собой характерное явленіе, какъ это особенно вытекаетъ изъ вскрытій, произведенныхъ *Kundrat* омъ; какія губительныя разрушенія въ легкихъ вызываетъ гриппозная бактерія въ нѣкоторыхъ случаяхъ—было описано подробно *Kundrat* омъ въ его протоколахъ вскрытія. Подобныя бактеріи въ такомъ громадномъ количествѣ вмѣстѣ съ диплококками не встрѣчаются ни при какой другой формѣ бронхита или дольчатой пневмоніи. Хотя до сихъ поръ не было сдѣлано никакихъ попытокъ къ фильтраціи и къ экспериментальному изслѣдованію вырабатываемыхъ бактеріями токсиновъ, однако, уже теперь можно съ увѣренностью заявить, что тяжелые симптомы при гриппѣ вызываются не только массовымъ накопленіемъ бактерий,

но и вліяніемъ ихъ токсиновъ. Эти тяжелые симптомы проявляются весьма характерными невральгіями (невральгія верхнихъ и нижнихъ конечностей, межреберныхъ нервовъ, стѣсненіе дыханія). Особенно поразительнымъ бываетъ своеобразный упадокъ силъ, встрѣчающійся у пациентовъ и при отсутствіи пневмоническихъ инфильтрацій.

## V.

Хроническій катарръ носа. *Rhinitis chronica.*

## Этіологія.

Хроническій ринитъ вызывается столь многочисленными и разнообразными моментами, что ихъ нельзя всѣхъ изучить и перечислить, такъ что мы здѣсь ограничимся только нѣкоторыми изъ нихъ. Прежде всего мы должны указать на конституціональныя измѣненія слизистой оболочки. Хилые, слабо сложенные люди получаютъ острый катарръ отъ малѣйшихъ вредныхъ вліяній, и благодаря частому существованію подобныхъ вліяній и, слѣдовательно, частому рецидивированію остраго катарра развивается въ концѣ-концовъ такая форма катарра, которая остается постоянной.

а) Узкій носъ. Среди многихъ другихъ причинъ надо прежде всего упомянуть о внутреннемъ строеніи носа. У очень многихъ людей костный остовъ носа оказывается непропорціонально развитымъ по сравненію съ остальной частью скелета. При этомъ внѣшній видъ носа не играетъ никакой роли, такъ какъ по наружному виду далеко не всегда можно сдѣлать правильное заключеніе объ отношеніи внутреннихъ полостныхъ пространствъ. Наблюденіе показываетъ, что внутреннее строеніе носа у цѣлаго ряда членовъ одной и той же семьи бываетъ одинаковымъ, при чемъ иногда приходится констатировать наследственную передачу этого строенія отъ одного поколѣнія другому. У такихъ субъектовъ раковины, не имѣющія вовсе ненормальнаго вида, такъ тѣсно прилегаютъ къ перегородкѣ, какъ это бываетъ при патологическихъ условіяхъ. Полость носа отъ этого суживается и притомъ на самыхъ различныхъ мѣстахъ, такъ что нормальное вентилированіе носа, нормальное прохожденіе воздуха, если не совсѣмъ прекращается, то бываетъ во всякомъ случаѣ сильно стѣснено.

При такомъ узкомъ носѣ нарушается также рѣчь, и мы видѣли нѣкоторыхъ субъектовъ, которые благодаря этимъ врожденнымъ особенностямъ своего носа передавали всему своему потомству совершенно своеобразный носовой оттѣнокъ рѣчи. На лѣченіе здѣсь можно возлагать мало надежды, такъ какъ недостатокъ обусловливается своеобразнымъ развитіемъ челюстныхъ костей. Это су-



женіе или вообще узость носовыхъ ходовъ приводитъ къ постоянному раздраженію слизистой оболочки, которая остается всегда въ состояніи напряженія, такъ что у подобныхъ субъектовъ чаще бываетъ катарръ и выдѣляется относительно большее количество секрета, чѣмъ у другихъ людей, хотя они привыкають къ этому избытку секрета. Это ненормальное накопленіе секрета въ носу приводитъ, въ свою очередь, къ тому, что слизистая оболочка у нихъ сильнѣе разрыхляется, чѣмъ у другихъ людей.

б) Патологическія формы носа. Сюда относятся прямыя патологическія измѣненія, которыя обусловливаются косымъ положеніемъ сошника, искривленіемъ его и выступаніемъ въ видѣ гребешка. Какъ первая группа, такъ и анатомическія неправильности, вызванныя искривленіемъ костей и чрезмѣрнымъ развитіемъ раковинъ, въ большинствѣ случаевъ бывають связаны съ образованіемъ въ заднемъ отдѣлѣ носа аденоидныхъ разраженій. Я наблюдалъ наслѣдственную передачу подобныхъ измѣненій сыну и внуку. Подобные субъекты, у которыхъ аденоидныя разраженія существуютъ съ дѣтства, имѣють, кромѣ хроническаго носоваго катарра, также катарръ носоглоточнаго пространства. Сюда принадлежать тѣ семьи, у которыхъ тугодъ слуха и глухота передаются ряду поколѣній.

в) Химическія и механическія раздраженія. Однимъ изъ моментовъ, оказывающихъ постоянное раздраженіе на слизистую оболочку, является во многихъ случаяхъ профессія больного. Сюда слѣдуетъ отнести всѣхъ рабочихъ, имѣющихъ дѣло съ распыляющимися веществами, т. е. мельниковъ, булочниковъ, токарей, каменщиковъ, фабричныхъ рабочихъ, имѣющихъ дѣло съ известковой пылью, рабочихъ на сахарныхъ заводахъ, на табачныхъ фабрикахъ, а также рабочихъ, занимающихся приготовленіемъ сѣрной кислоты, такъ какъ на фабрикахъ не остается уголка, куда бы ни проникла сѣрнистая кислота. Далѣе сюда принадлежитъ цѣлый рядъ рабочихъ, которые постоянно вынуждены подвергаться простуднымъ вліяніямъ: дровосѣки, работающіе на водѣ, плотовщики, рабочіе на лѣсопильняхъ. Трудно перечислить здѣсь всѣхъ такихъ рабочихъ, и мы считаемъ достаточнымъ приведенное здѣсь указаніе на тѣ профессіи, которыя доставляютъ наибольшій контингентъ лицъ, одержимыхъ хроническимъ катарромъ носа.

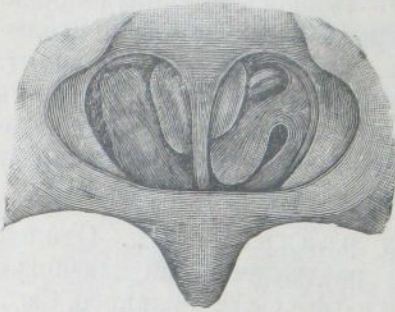
д) *Rhinitis chronica* какъ симптомъ или послѣдствіе. Мы должны здѣсь упомянуть о тѣхъ лицахъ, которыя предрасположены къ хроническому катарру вслѣдствіе конституціональныхъ заболѣваній. На первомъ мѣстѣ здѣсь надо поставить сифилисъ, при чемъ здѣсь играютъ роль не только самая болѣзнь, но и примѣняемыя противъ нея лѣкарственныя вещества: іодъ, іодистый калий и ртуть.

Далѣе дифтеритъ носа и носоглоточнаго пространства представляетъ собой заболѣваніе, свойственное дѣтскому возрасту и вызывающее нерѣдко у дѣтей хроническій катарръ носа. Сплошь и рядомъ у нихъ остаются риниты, которые продолжаются и въ болѣе позднемъ возрастѣ, такъ какъ узкіе носовые ходы у дѣтей препятствуютъ лѣченію.

## Симптомы.

При осмотрѣ слизистой оболочки при хроническомъ ринитѣ прежде всего бросается въ глаза обильное содержаніе секрета. Послѣ продолжительнаго существованія этого страданія секретъ не бываетъ болѣе чисто слизистымъ, но мѣстами вслѣдствіе примѣси распавшагося эпителия и цитобластовъ дѣлается гнойнымъ, хотя и въ ничтожной степени; кромѣ того, секретъ имѣетъ здѣсь болѣе густую консистенцію, чѣмъ на нормальной слизистой оболочкѣ.

Если слизистая оболочка, покрывающая раковины, чрезмерно припухаетъ, то при осмотрѣ спереди прежде всего бросается въ глаза



Фиг. 19. — Двустороннее гипертрофическое припуханіе слизистой оболочки на носовой перегородкѣ. Въ правой хоанѣ видна гипертрофія задняго конца средней раковины. Правый носовой ходъ совершенно заложень.

припухлости на нижней раковинѣ. Эта припухлость нерѣдко бываетъ столь велика, что нижняя раковина выдается въ видѣ шара, и между ней и носовой перегородкой не остается свободного пространства. Для осмотра не требуется вовсе введенія зеркала, такъ какъ черезъ открытую ноздрю уже виднѣется красная опухоль; при помощи зонда, который тотчасъ же наталкивается на подлежащую кость, выясняется, что мы не имѣемъ здѣсь дѣла съ полипомъ, такъ какъ онъ смѣстился бы подъ давленіемъ инструмента. При подобномъ припуханіи нижней раковины трудно, конечно, ориентироваться на счетъ состоянія средней раковины. Хотя слѣдуетъ предположить, что и она подверглась такимъ же измѣненіямъ, однако, въ этомъ нельзя убѣдиться глазомъ.

Подобное состояніе можетъ встрѣчаться въ одной половинѣ носа, или же—что бываетъ рѣже—въ обѣихъ половинахъ.

Для распознаванія прочихъ измѣненій слизистой оболочки необходимо произвести изслѣдованіе сзади, при чемъ находятъ, что въ процессъ бываетъ вовлечена вся раковина, и что задній отдѣлъ ея бываетъ также очень сильно увеличенъ въ объемѣ и выдается въ видѣ шара въ носоглоточное пространство. Поверхность при непродолжительномъ существованіи катарра имѣетъ еще красноватый цвѣтъ, но съ теченіемъ времени получаетъ голубой, сѣровато-бѣлый цвѣтъ и нерѣдко железистый видъ.

Эта припухлость задняго отдѣла обусловливается уже анатомическими особенностями строенія, такъ какъ задній конецъ обѣихъ раковинъ имѣетъ рѣзко выраженное пещеристое строеніе, такъ что припуханіе задняго конца нижней и средней раковины въ острыхъ случаяхъ легко бросается въ глаза. При хроническомъ ринитѣ эта припухлость можетъ принять такіе размѣры, что выполняетъ сзади

хоаны и даже полость глотки, проходимость носа совершенно уничтожается, при чемъ это можетъ произойти на одной или обѣихъ сторонахъ.

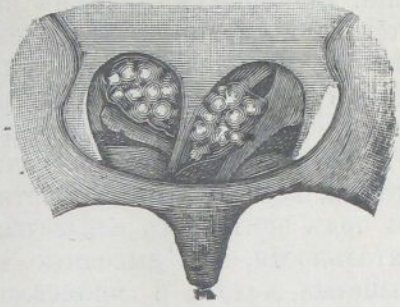
### Патолого-анатомическія измѣненія.

Мы уже говорили, что обстоятельнаго изслѣдованія всей полости носа спереди нельзя сдѣлать; только послѣ уменьшенія гипертрофическихъ частей посредствомъ операціи или инымъ лѣченіемъ убѣждаются, что гипертрофія не распространяется на всю полость носа, и что иногда за гипертрофическими мѣстами лежатъ атрофическія. Трудно объяснить, какія причины могутъ обусловливать столь противоположные другъ другу патологическіе процессы на рядомъ лежащихъ мѣстахъ. Между тѣмъ, мы нерѣдко находимъ въ одной половинѣ носа гипертрофію, въ другой—атрофію.

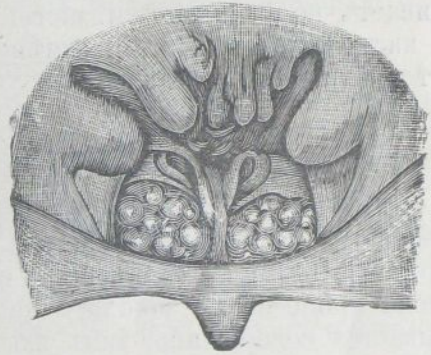
Это обстоятельство до сихъ поръ еще не было разъяснено. Я допускаю, что суженіе полости, вызываемое иногда гипертрофіей, препятствуетъ перспираціи замкнутого отдѣла слизистой оболочки, такъ какъ образуетъ плотину, преграждающую доступъ необходимаго для жизни слизистой оболочки воздуха. Возможно также, что вслѣдствіе усиленнаго питанія одной части слизистой оболочки рядомъ лежащая часть питается хуже, хотя обстоятельныхъ изслѣдованій сосудовъ мы пока не произвели.

Секреторная дѣятельность гипертрофированной слизистой оболочки носа усиливается до извѣстнаго періода, т. е. пока гипертрофія не дошла до такой степени, что препятствуетъ этой дѣятельности, иначе говоря, до тѣхъ поръ, пока слизистая оболочка еще не вся переродилась, пока существуетъ еще сильная гиперемія и сочность ткани.

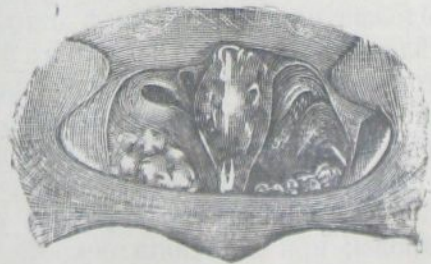
Stoerk.



Фиг. 20.— Железистое припуханіе свободного задняго конца средней раковины.



Фиг. 21.— Железистое припуханіе свободного задняго конца обѣихъ нижнихъ носовыхъ раковинъ соотвѣтственно пещеристому тѣлу ихъ. Громадныя аденоидныя разращенія, исходящія со свода глотки (глочочная миндалина Luschka).



Фиг. 22.— Утолщеніе слизистой оболочки перегородки. Железистая припухлость заднихъ отдѣловъ нижнихъ раковинъ, особенно правой.

Это усиленіе секреторной дѣятельности наступаетъ въ двойномъ направленіи. Во-первыхъ, эпителий на поверхности слизистой оболочки находится въ состояніи болѣе оживленной дѣятельности; расположенный здѣсь въ видѣ частокола цилиндрической эпителий имѣетъ очень сочный видъ, мерцательный слой мѣстами какъ бы отечно вздутъ, а клѣтки мерцательнаго эпителия толще и наполнены прозрачной слизью; словомъ, получается такая картина, какъ будто эти клѣтки превратились въ бокаловидныя. Лежащія подъ эпителиемъ слизистыя железы находятся въ разгарѣ своей дѣятельности, ихъ выводные протоки переполнены слизью; словомъ, слизистыя железы и промежуточные части, служащія для передачи нервныхъ импульсовъ и питательныхъ веществъ, функционируютъ ад шахшим, что слѣдуетъ отнести на счетъ болѣе сильнаго напряженія переполненныхъ сосудовъ. Подобное напряженіе усиливаетъ уже нормальное отдѣленіе. Къ этому присоединяется еще измѣненіе самого секрета, такъ какъ гипертрофія препятствуетъ истеченію его и задерживаетъ перспирацію слизистой оболочки. Вслѣдствіе задержки секрета и наступаетъ, вѣроятно, измѣненіе его свойствъ, такъ что онъ густѣетъ, а иногда становится даже гнойнымъ.

#### Теченіе и исходы.

Процессъ рѣдко распространяется на обѣ половины носа, а чаще встрѣчается на одной половинѣ, такъ что съ одной стороны дыханіе совершается нормально, а на другой оно стѣснено. Пока процессъ не заходитъ далѣе нижней раковины, носъ не закладывается совершенно, такъ какъ всегда остается еще свободное пространство между нижней и средней раковиной. Во многихъ случаяхъ, однако, процессъ распространяется кзади, и дѣло доходитъ благодаря раздраженію до такихъ измѣненій на заднемъ концѣ нижней носовой раковины, которыя и при нормальныхъ условіяхъ легко вызываютъ образованіе припухлости. Этотъ конецъ при подобномъ гипертрофическомъ процессѣ, нерѣдко даже независимо отъ припуханія передняго отдѣла, вслѣдствіе прилива крови въ его пещеристое тѣло, такъ утолщается и наполняется, что суживаетъ хоану сзади. При медленномъ теченіи задній конецъ остается припухшимъ въ видѣ железистой массы; при сильномъ приливѣ крови въ пещеристое тѣло и при продолжительной задержкѣ оттока весь ниже-задній отдѣлъ отекаетъ, и дѣло доходитъ до образованія полиповидныхъ опухолей, которыя выполняютъ заднюю часть носоглоточнаго пространства. Отдѣленіе при этомъ иногда бываетъ настолько обильнымъ, что дѣло доходитъ до настоящей ринорреи; секретъ можетъ быть жидкимъ, слизисто-гнойнымъ и при истеченіи вызываетъ экзему на верхней губѣ и на мѣстѣ перехода слизистой оболочки носа въ наружные покровы; при затеканіи секрета кзади онъ попадаетъ черезъ носоглоточное пространство въ гортань и даже въ бронхи. Я въ своемъ сочиненіи объ астмѣ считалъ постоянное затеканіе секрета причиной того, что въ бронхахъ на нѣкоторыхъ мѣстахъ получается подобный же хронической катарръ. Кромѣ того, я полагаю, что въ бронхахъ перваго

порядка этотъ заразительный секретъ вызываетъ хроническое воспаленіе слизистой оболочки, и что вслѣдствіе внезапнаго припуханія послѣдняя закулориваетъ лежащія позади бронхіолы и преграждаетъ, такимъ образомъ, доступъ воздуха въ болѣе глубокія части. Съ тѣхъ поръ я наблюдалъ подобныя явленія часто и поддерживаю свой взглядъ въ настоящее время, такъ какъ онъ подтвердился многолѣтнимъ опытомъ; ниже я приведу существующія въ пользу подобнаго воззрѣнія доказательства.

### Послѣдствія.

Само собой разумѣется, что при подобномъ состояніи иногда измѣняется **обоняніе**. Аносмію, однако, вызываетъ только полная непроходимость носа. Запахъ нерѣдко воспринимается еще, если осталась малѣйшая проходимость.

При двустороннемъ заболѣваніи рѣчь получаетъ извѣстный носовой оттѣнокъ, какъ это вызывается чаще всего аденоидными разраженіями у дѣтей.

Такъ какъ больные вынуждены при дыханіи держать ротъ открытымъ, то наступаютъ нѣкоторыя неприятыя послѣдствія со стороны слизистой оболочки рта и зѣва. Она высыхаетъ сильнѣе, чѣмъ при носовомъ дыханіи, и по этой одной уже причинѣ пациенты обращаются за врачебной помощью (а также по поводу неприятнаго вкуса во рту). Въ большинствѣ случаевъ на это жалуются виноторговцы, фабриканты ликеровъ и проч., которые по своей профессіи должны обладать тонкимъ обоняніемъ и вкусомъ; они обращаются въ подобныхъ случаяхъ къ врачу, такъ какъ вслѣдствіе непроходимости носа они постепенно теряютъ **тонко развитое ощущеніе**.

Непроходимость носа, какъ мы уже указали при описаніи острыхъ насморковъ, дѣйствуетъ весьма неблагоприятно и на **сонъ**. Вслѣдствіе того, что больной спитъ съ открытымъ ртомъ, слизистая оболочка гортани настолько высыхаетъ, что больной внезапно просыпается, испытывая безпокойное ощущеніе удушья, которое послѣ глотка жидкости, конечно, прекращается. Упорное пораженіе развивается въ большинствѣ случаевъ на задней внутренней стѣнкѣ гортани и обусловливается высыханіемъ, прохожденіемъ воздуха и раздражающимъ дѣйствіемъ на слизистую оболочку затекающаго сюда секрета.

Упомянутыя выше виды **экземы** встрѣчаются большею частью возлѣ ноздрей и на верхней губѣ у дѣтей, рѣже—у взрослыхъ. У послѣднихъ дѣло не только доходитъ до появленія экземы на хрящевой части перегородки, но вслѣдствіе постоянной мацерации образуется воспаленіе волосяныхъ фолликуловъ; волосы въ ноздряхъ въ своихъ корневыхъ мѣшечкахъ раздражаются, такъ что образуются маленькіе абсцессы, а такъ какъ послѣдніе вызываютъ постоянный зудъ, а иногда и боли, то пациенты стараются прекратить этотъ зудъковыряніемъ въ носу. Пока зудъ существуетъ только въ ноздряхъ, вредныхъ послѣдствій отъ этого не бываетъ, но если зудъ появляется на перегородкѣ, и пациентъ царапаетъ ее, то эпителий ея скорѣе погибаетъ. Секретъ засыхаетъ здѣсь въ корки, и подъ ними эпителиальный покровъ пропадаетъ. Хотя постояннымъ царапаніемъ

при помощи пальца пациентъ удаляетъ эти корки, тѣмъ не менѣе въ этомъ мѣстѣ образуется ранка. Если послѣдняя существуетъ въ теченіе нѣкотораго времени, то подѣпителиальный слой высыхаетъ настолько, что пациентъ вынужденъ безпрестанно увлажнять это мѣсто. Если онъ этого не дѣлаетъ, то подслизистая ткань и надхрящница постепенно трескаются, погибаютъ, и обнажается хрящевая стѣнка въ видѣ кругловатаго бѣлаго пятна. Съ обнаженіемъ хряща прекращается его питаніе, и тотъ же процессъ начинается развиваться на другой сторонѣ, но въ обратномъ порядкѣ, т. е. со стороны хряща. Измѣненіямъ на другой сторонѣ сперва подвергается обнаженный хрящъ, затѣмъ надхрящница, подслизистый слой и, наконецъ, эпителий; такъ что въ короткое время, безъ вѣдома самихъ пациентовъ, образуется **прободеніе** носовой перегородки. Если же процессъ въ носовыхъ волоскахъ продолжается, то волосяныя мѣшечки наполняются гноемъ, и образуется типическій **сикозъ**.

Мы уже упоминали въ другомъ мѣстѣ, что къ непроходимости носа въ большинствѣ случаевъ приводитъ искривленіе сошника въ одну сторону. Эта аномалія можетъ вызвать полную непроходимость, и многие наблюдатели показали, что не только сама кость препятствуетъ дыханію пациентовъ, но что влеченію искривленнаго сошника поддается также *cartilago quadrangularis*; чѣмъ далѣе это измѣненіе распространяется кпереди, тѣмъ сильнѣе искривляется также хрящъ, такъ что крыло носа на пораженной сторонѣ прилежитъ уже непосредственно къ перегородкѣ. Чтобы дышать суженной стороной, пациентъ приподнимаетъ крыло носа. Само собой разумѣется, что этотъ пріемъ восстанавливаетъ проходимость носа только на короткое время. Подобное искривленіе хряща причиняетъ больному гораздо болѣе непріятностей, чѣмъ искривленіе кости. Лѣченіе искривленія, прободенія и сикоза будетъ описано въ главѣ о „терапии“.

### Лѣченіе.

Предсказаніе при хроническомъ катаррѣ тѣсно связано съ примѣняемой терапіей, а потому мы начнемъ съ описанія лѣченія.

Лѣченіе должно соответствовать постепенности симптомовъ. При простомъ хроническомъ катаррѣ носа прежде всего необходимо избѣгать перечисленныхъ выше вредныхъ вліяній. Сдѣлавъ эту оговорку, мы переходимъ непосредственно къ описанію терапіи слизистой оболочки.

### Мѣстное лѣченіе.

Больного при этомъ страданіи прежде всего беспокоитъ обильное выдѣленіе секрета. Для устраненія этого симптома мы прибѣгаемъ къ общимъ средствамъ, а если это не помогаетъ,—къ мѣстному лѣченію. Такъ какъ мы выше упомянули, что сильный притокъ крови и возбужденіе нервовъ вызываетъ отдѣленіе на слизистой оболочкѣ

(въ эпителии и въ железахъ), то мы должны обратиться къ средствамъ, которыя уменьшаютъ подобную чрезмѣрную инъекцію. Въ виду того, что мы не можемъ оказать никакого вліянія на вазомоторныя возбужденія, мы должны обратить все наше вниманіе на послѣдствія этого и прежде всего попытаться посредствомъ мѣстнаго лѣченія уменьшить чрезмѣрное отдѣленіе: мы должны уменьшить секреторную дѣятельность поверхности слизистой оболочки. Какъ это происходитъ при естественныхъ условіяхъ? Значительное уменьшеніе отдѣленія наступаетъ вслѣдствіе ороговѣнія верхнихъ слоевъ. Пока эпителиальный слой (роговой слой) достаточно плотенъ, онъ ограничиваетъ секреторную дѣятельность подлежащихъ слоевъ, и наоборотъ, какъ только роговой слой пропадаетъ, секреторная дѣятельность подлежащаго слоя происходитъ безпрепятственно. Слѣдую этому естественному ходу вещей, мы должны попытаться посредствомъ примѣненія вяжущихъ средствъ сдѣлать болѣе стойкими верхніе слои эпителия; лучше всего это достигается тѣмъ, что мы на поверхности образуемъ свернутый слой. Степень свертыванія бываетъ чрезвычайно разнообразна и должна быть пропорціональной существующему болѣзненному процессу. Для примѣра скажемъ вообще, что поверхностный струпъ представляетъ собою лучшую преграду для чрезмѣрнаго отдѣленія и приводитъ къ этому двоякимъ путемъ. Съ одной стороны, благодаря ороговѣнію поверхностнаго эпителия этотъ струпъ предупреждаетъ обильное отдѣленіе болѣе глубокихъ слоевъ и быстрое воспроизведеніе ихъ, а съ другой стороны, устраняетъ на нѣкоторое время то раздраженіе, которое производитъ сверху вдыхаемый воздухъ или другіе вредные моменты. Итакъ, образованіе искусственнаго покрова приводитъ къ уменьшенію раздраженія, а слѣдовательно, и къ уменьшенію секреторной дѣятельности.

Этими данными мы обязаны дерматологіи. Если провести параллель между катарромъ слизистой оболочки и экземой съ ея отдѣленіемъ, какъ это дѣлаютъ многіе авторы, то мы увидимъ, что, какъ при экземѣ, такъ и здѣсь поверхность должна быть прикрыта. Накладывается ли высушивающій пластырь, или поверхность смазывается ѣдкимъ кали, либо растворомъ ляписа (напр., при ожогахъ), во всѣхъ этихъ случаяхъ процессъ бываетъ одинаковымъ: ткани защищены отъ наружныхъ раздраженій, такъ что железы и эпидерма имѣютъ возможность регенерироваться.

Возникаетъ теперь вопросъ, какія вяжущія средства примѣнимы къ слизистой оболочкѣ носа? Ихъ существуетъ множество, а развившаяся въ послѣднее время фабрикація новыхъ химическихъ продуктовъ значительно увеличила количество этихъ средствъ. Мы ограничимся только указаніемъ на самыя главныя изъ нихъ. Прежде всего дѣло идетъ здѣсь о томъ, въ какой формѣ и какъ часто должны примѣняться вяжущія средства.

#### Впрыскиванія.

Наиболѣе удобной формой примѣненія лѣкарства является та, при которой даннымъ средствомъ можетъ пользоваться не только врачъ,

но и самъ пациентъ. Главную роль здѣсь играетъ и прежде всего, слѣдовательно, долженъ быть рассмотрѣнъ методъ впрыскиванія, такъ какъ немислимо, чтобы врачъ посѣщалъ пациента ежедневно одинъ или даже нѣсколько разъ. Наиболѣе старинной формой примѣненія вязущихъ средствъ являются впрыскиванія посредствомъ носового шприца, орошенія посредствомъ ирригатора, вливанія изъ маленькихъ сосудовъ и увлажненіе слизистой оболочки при помощи *sprau*.

а) Впрыскиванія (орошеніе). Примѣненіе носового шприца требуетъ извѣстной ловкости со стороны пациента. Если шприцъ впереди оканчивается тупымъ концомъ, который закупориваетъ носовое отверстіе, то это можетъ повлечь за собой вредныя послѣдствія, какъ это мы укажемъ ниже; если шприцъ оканчивается острымъ концомъ, то пациентъ можетъ повредить себѣ слизистую оболочку. Въ виду этого я заставляю больныхъ надѣвать на острый конецъ шприца тонкую дренажную трубку, чтобы избѣгнуть подобныхъ поврежденій. То же самое я дѣлаю при употребленіи ирригаторовъ, такъ что пациенту остается только регулировать токъ жидкости при посредствѣ крана.

б) Вливанія. Вливаніе изъ маленькихъ сосудовъ представляетъ собой относительно безвредный приемъ, но долженъ быть слишкомъ часто повторяемъ. Если хотять отдѣлать корки, то надо вливать очень значительное количество жидкости, что при данномъ методѣ оказывается уже невозможнымъ.

в) *Sprau*. Всѣ эти способы представляютъ иногда то большое неудобство, что жидкость проникаетъ въ Евстахіеву трубу и нерѣдко приводитъ къ появленію воспаленія въ среднемъ ухѣ. Нельзя отрицать, что это иногда, дѣйствительно, случается, но подобныя впрыскиванія производятся ежегодно сотни тысячъ разъ, а между тѣмъ указанное осложненіе встрѣчается чрезвычайно рѣдко. Проникновеніе жидкости въ Евстахіеву трубу можетъ случиться лишь тогда, когда впрыскиваніе производится подъ высокимъ давленіемъ, чего, конечно, надо избѣгать. Однако, попадаютъ пациенты, у которыхъ даже при низкомъ давленіи, при простомъ вливаніи, наступаетъ эта роковая случайность. Опытъ показалъ, что это случается благодаря непроизвольному и неловкому глотательному акту. Тогда какъ при нормальномъ глотаніи мягкое небо закрываетъ собою трубу, у подобныхъ субъектовъ это происходитъ такъ несовершенно, что жидкость во время глотанія попадаетъ въ трубу. Въ такихъ случаяхъ этого можно избѣгать, какъ показалъ уже *Türck*, только при помощи впрыскиваній, сдѣланныхъ со стороны хоанъ.

Въ виду того, что пациенты могутъ выполнить подобныя впрыскиванія только съ трудомъ, пытались совершенно обойтись безъ этихъ впрыскиваній, и *Troeltsch* придумалъ съ этой цѣлью *sprau*, который вкладывается въ носъ спереди и даетъ возможность жидкости въ видѣ паровъ или пыли проникнуть въ носъ, не заходя въ трубу.

Такъ какъ жидкія и порошкообразныя лѣкарства наносятся на всю поверхность слизистой оболочки сразу, то не слѣдуетъ примѣнять слишкомъ концентрированныхъ лѣкарствъ, иначе раздраженіе наступитъ въ такой мѣрѣ, что больной едва перенесетъ его.



## Лѣкарства.

Изъ жидкихъ лѣкарственныхъ веществъ мы на первомъ мѣстѣ упомянемъ объ 1%-омъ растворѣ квасцовъ. Этотъ растворъ практиченъ, но дѣйствуетъ довольно слабо; концентрированные же растворы разъѣдаютъ слизистую оболочку. Само собой разумѣется, что слѣдуетъ брать здѣсь *Alumen crudum*, а не *Alumenustum*, который въ половинной концентраціи разъѣдаетъ большую поверхность. Однако, въ виду незначительнаго дѣйствія квасцовъ отъ употребленія ихъ отказались. Противъ слишкомъ обильнаго отдѣленія стали примѣнять сѣрно кислую мѣдь, но въ слабomъ растворѣ она не даетъ успѣха, а въ болѣе крѣпкомъ вызываетъ разъѣданіе слизистой оболочки и боли. Лучшимъ средствомъ, дающимъ успѣхъ въ любой концентраціи, является **сѣрноокислый цинкъ**. Въ 1—2—3%-омъ растворѣ онъ представляетъ собою очень полезное средство противъ обильнаго отдѣленія и нагноенія и можетъ быть примѣняемъ въ теченіе долгаго времени. Его побочное дѣйствіе касается акта глотанія, такъ какъ онъ легко вызываетъ позывъ на рвоту, а еще вреднѣе онъ дѣйствуетъ на обонаніе. Въ короткое время сѣрноокислый цинкъ можетъ надолго уничтожить воспріятіе обонятельныхъ ощущеній. Въ виду этого я примѣняю его лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда пациенты заявляютъ, что они никогда не ощущали запаха или давно уже потеряли эту способность.

Затѣмъ слѣдуетъ танинъ. Какъ извѣстно, онъ не растворяется и остается въ жидкости во взвѣшенномъ состояніи; онъ представляетъ собой, слѣдовательно, очень хорошее средство, если желаютъ примѣнить его на всей поверхности слизистой оболочки. Однако, даже при болѣе сильной концентраціи (болѣе крѣпкаго раствора, чѣмъ насыщенный, нельзя приготовить, такъ какъ излишекъ падаетъ на дно) не получается продолжительнаго успѣха. Насколько это средство оказываетъ хорошее дѣйствіе въ теченіе короткаго времени, настолько же оно непригодно для болѣе продолжительнаго лѣченія.

Растворъ ляписа для впрыскиванія представляетъ, собственно говоря, наиболѣе цѣлесообразное средство. Онъ лучше удовлетворяетъ всѣмъ условіямъ, чѣмъ указанные выше средства, и благодаря возможности точной дозировки удается нерѣдко  $\frac{1}{2}$ —1%-нымъ растворомъ достигнуть большаго эффекта, чѣмъ при помощи другихъ средствъ. Однако, и это лѣкарственное вещество имѣетъ двоякаго рода неудобства: первое и самое главное неудобство заключается въ кумулятивномъ дѣйствіи его; при рѣдкомъ употребленіи оно не достигаетъ цѣли, а при частомъ обнаруживается побочное дѣйствіе. Другой очень важный недостатокъ раствора ляписа заключается въ томъ, что у женщинъ его почти вовсе нельзя примѣнять, а у мужчинъ—въ рѣдкихъ случаяхъ, вслѣдствіе вытеканія его назадъ: если растворъ ляписа вытекаетъ изъ носа назадъ, то онъ измѣняетъ цвѣтъ верхней губы и подбородка; даже въ тѣхъ случаяхъ, когда эти наружныя части смачиваются растворомъ поваренной соли, что слѣдуетъ дѣлать всегда, неудобство заключается въ томъ, что больные при впрыскиваніи проглатываютъ часть

раствора, попавшаго въ зѣвъ. Само собой разумѣется, что частое проглатываніе раствора ляписа нарушаетъ пищевареніе, разъѣдаетъ слизистую оболочку глотки и пищевода, что совершенно нежелательно.

Лѣченіе бужами. Описавъ выгоды всѣхъ методовъ впрыскиванія и примѣняемыхъ съ этой цѣлью лѣкарственныхъ веществъ, мы переходимъ теперь къ тѣмъ терапевтическимъ мѣрамъ, которыя въ послѣднее время стали практиковаться гораздо чаще, чѣмъ впрыскиванія.

Для лѣкарствъ стали избирать такую среду, которую бы можно было непосредственно ввести въ носъ и оставить ее тамъ для постепеннаго растворенія. Сюда относятся желатиновые бужи, которые, смотря по случаю, пропитываются различными лѣкарственными составами. Эти бужи приготовляются такимъ образомъ, чтобъ они соответствовали по формѣ и длинѣ полости носа. Если бужъ находится уже въ носу, то онъ постепенно растворяется секретомъ и уменьшается, а лѣкарство остается въ носовой полости. На первый взглядъ казалось бы, что подобная форма примѣненія лѣкарства наиболѣе удачна, но послѣ продолжительнаго опыта выяснилось, что и этотъ методъ лѣченія не годится для продолжительнаго примѣненія. Еще до полнаго растворенія бужа и прежде чѣмъ все лѣкарственное вещество повліяетъ на слизистую оболочку, бужъ частью выпадаетъ изъ носа, частью проникаетъ въ глотку, при чемъ этого почти совершенно нельзя предупредить. Даже при повторномъ употребленіи (нѣсколько разъ въ день) наблюдается то же неудобство.

Тогда перешли къ лѣченію при помощи смазываній, при чемъ вначалѣ для этой цѣли примѣняли очень тонкія волосяныя кисточки, чтобы смазать по возможности всѣ части носовой слизистой оболочки. Однако, этотъ методъ, въ свою очередь, черезъ нѣкоторое время былъ преданъ забвенію, какъ вызывающій сильное раздраженіе и щекотаніе въ носу.

Затѣмъ появились на сцену ватные тампоны, укрѣпленные на металлической проволокѣ. Ватѣ придавали форму, соответствующую носовымъ ходамъ, и наворачивали ее на тоненькую металлическую проволоку, которая была лишь настолько прочна, чтобы удержать вату. Этотъ методъ получилъ большее распространеніе, такъ какъ проволоку можно придавать различную длину, изогнутость и мягкость, что допускало смазываніе всѣхъ уголковъ слизистой оболочки. Однако, вскорѣ обнаружилось то неудобство, что подобный зондъ не можетъ быть данъ на руки больному; при продолжительномъ лѣченіи необходимо было подумать объ улучшеніи этого превосходнаго способа, что мнѣ и удалось посредствомъ **бужей изъ обезжиренной ваты**. Эти бужи можетъ всякій приготовить самъ слѣдующимъ образомъ: кусокъ ваты, шириною въ ладонь, скатываютъ руками въ одномъ направленіи до тѣхъ поръ, пока вата не пріобрѣтетъ извѣстной плотности и твердости. Образуется такимъ образомъ бужъ, который по длинѣ долженъ соответствовать носу, и который можно по желанію сдѣлать болѣе или менѣе толстымъ и плотнымъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ я смазываю ладонь аравійской камедью, чтобы сдѣлать бужъ крѣпче. Съ цѣлью упрощенія этой процедуры фабриканты перевязочныхъ мате-

ріаловъ, аптекари и сидѣлки въ клиникахъ употребляютъ двѣ плоскія доски, между которыми они прокатываютъ вату. Эти бужы приготовляются тройкой толщины (I, II, III).

Примѣняютъ ихъ слѣдующимъ образомъ: бужъ смачиваютъ въ 1—2—3%-омъ растворѣ ляписа и научаютъ пациента самому вводить его въ носъ въ горизонтальномъ направленіи.

Смотря по показанію, можно ввести одновременно или послѣдовательно другъ за другомъ 1, 2, или 3 бужа. Въ растворѣ ляписа бужъ оставляется на такое время, чтобы онъ впиталъ въ себя известное количество жидкости, не размягчившись. Совершенно мягкимъ долженъ быть только задній конецъ, чтобы не повредить слизистой оболочки при введеніи; благодаря незначительной толщинѣ и упругости бужа, можно вполне спокойно довѣрить этотъ способъ лѣченія самому больному. Бужы слѣдуетъ вводить 1—2 раза въ день и оставлять ихъ въ носу на 1—2 минуты. Такъ какъ они прикасаются почти ко всѣмъ частямъ слизистой оболочки и приводятъ съ ними въ соприкосновеніе содержащейся въ нихъ растворъ, то этотъ методъ осуществляетъ собою все, что можно требовать отъ продолжительно примѣняемаго лѣченія. Излишне упоминать, что дозировка раствора въ предѣлахъ отъ 1 до 10% можетъ быть измѣняема, смотря по показаніямъ, по степени припухлости и по продолжительности страданія.

Всѣ врачи, посѣщающіе мою клинику, признаютъ, что я совершенно справедливо отдаю этому методу предпочтеніе предъ всѣми остальными. При помощи подобнаго лѣченія, которое можно продолжать недѣлями, достигается то, чего домогались достигнуть упомянутыми выше методами, т. е. медленное уменьшеніе припухлости и ограниченіе секрета безъ рѣзкаго побочнаго дѣйствія. Лежащій въ носовомъ ходѣ бужъ прижигаетъ въ такой степени, какъ это намъ желательно, смотря по концентраціи примѣннаго раствора.

### Инструменты для прижиганія.

Если, какъ это требуется въ иныхъ случаяхъ, надо добиться болѣе сильнаго эффекта, прибѣгаютъ къ примѣненію ляписа *in substantia*. Если необходимо произвести обширное разрушеніе, то можно прибѣгнуть къ *Kali caust. pur.* или *mitig.* Однако, расплываніе этого средства, какъ было упомянуто выше, несмотря на весьма полезное дѣйствіе дѣлаетъ его непригоднымъ. Чтобы предупредить нежелательное прижиганіе, приходится окружающія части защищать посредствомъ смазыванія жиромъ или масломъ. Само собой разумѣется, что подобное прижиганіе можно производить при помощи особаго аппарата, т. е. закрытаго прижигателя, въ которомъ ѣдкое кали расплавлено. Для прижиганія также весьма употребительна хромовая кислота. Подобно ѣдкому кали, эта кислота вплавляется въ инструментъ и наносится на соответственное мѣсто. Я оказываю нѣкоторое предпочтеніе прижиганію хромовой кислотой въ виду получающихся этимъ путемъ хорошихъ результатовъ, но для больныхъ она является самымъ неприятнымъ средствомъ. Хромовая кислота оставляетъ послѣ

себя отвратительный упорный вкус, который остается во рту у больных цѣлыми часами.

Мы переходимъ теперь къ описанію примѣненія ляписа in substantia. Такъ какъ прижиганіе большею частью должно быть произведено на большой глубинѣ или по всему протяженію раковины, то инструменты должны обладать соответствующимъ устройствомъ: изъ нихъ лучшимъ является аппаратъ *Schrötter's*. Онъ состоитъ изъ двухъ, вдвинутыхъ другъ въ друга, трубокъ, изъ которыхъ внутренняя вращается. Инструментъ вводится въ закрытомъ видѣ, т. е. такимъ образомъ, чтобы обѣ металлическія поверхности были обращены къ носовымъ стѣнкамъ, и когда доходятъ до мѣста, на которомъ желательно сдѣлать прижиганіе, поворачиваютъ внутреннюю трубку, обнажая вплавленный ляписъ, и прижимаютъ послѣдній къ данному мѣсту; затѣмъ трубку поворачиваютъ обратно и извлекаютъ инструментъ изъ носа.

Профессоръ *Gottstein* съ той же цѣлью нѣсколько лѣтъ тому назадъ рекомендовалъ тампонированіе носа пропитанной лѣкарственнымъ веществомъ ватой и опубликовалъ этотъ способъ. Мы считаемъ возможнымъ признать пользу тампонады, но полагаемъ, что она менѣе удобна, чѣмъ бужированіе.

#### Гальванокаустика.

Гальванокаустика со времени открытія *Middeldorpff'a* <sup>1)</sup> и горячей пропаганды *Voltolini* получила сильное распространеніе между врачами. Для прижиганія въ гортани и въ носу существуетъ множество гальванокаустическихъ аппаратовъ и инструментовъ, и мы можемъ съ самаго начала заявить, что изъ всѣхъ прижигателей, примѣняемыхъ на опредѣленномъ мѣстѣ, гальванокаутеръ представляетъ собой лучшій прижигатель, такъ что примѣненіе его является, слѣдовательно, превосходнымъ методомъ лѣченія.

При помощи гальванокаутера можно сдѣлать различныя прижиганія, начиная отъ точечныхъ и оканчивая прижиганіемъ обширныхъ поверхностей, а также точно локализовать его дѣйствіе; послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго примѣненія получается желаемый эффектъ. Нѣтъ сомнѣнія, что ни одинъ методъ не далъ такихъ результатовъ, и такъ какъ для примѣненія его требуется только нѣсколько большихъ элементовъ съ хромовой кислотой или селитрой, то гальванокаустическій методъ лѣченія носовой слизистой оболочки сдѣлался всеобщимъ. Хорошимъ результатамъ можно противопоставить только одинъ упрекъ: этимъ лѣченіемъ сильно злоупотребляютъ. Этотъ методъ лѣченія перешелъ скорѣ въ руки тѣхъ врачей, которые не позаботились приобрести необходимый навыкъ, и которые не знаютъ точно, что и какъ слѣдуетъ прижигать гальванокаутеромъ. Въ качествѣ клинициста на мнѣ лежитъ обязанность предостеречь отъ злоупотребленія гальванокаустикой. Подобному лѣченію подвергаются столь разнообразныя заболѣванія, что приходится

<sup>1)</sup> Die Galvanokaustik, 1854. Бреславль.

удивляться, какъ это врачи почти съ наивнымъ невѣденіемъ практикуютъ столь энергически дѣйствующій методъ лѣченія. Носовые катарры, гдѣ совершенно нечего жечь, прижигаются гальванокаутеромъ только потому, что сосѣдній врачъ также лѣчитъ гальванокаустикой. Какія же послѣдствія влечетъ подобное лѣченіе при простомъ катаррѣ носа? Къ существующему маленькому страданію прибавляютъ гораздо большее и болѣе непріятное: слизистая оболочка повсюду оказывается выжженной. Какой успѣхъ даетъ подобное лѣченіе, — само собой понятно, и если бы вообще можно было запрещать какое-нибудь средство, то я былъ бы первымъ, который высказался бы въ этомъ смыслѣ относительно гальванокаустики. Врачи, никогда не дѣлавшіе передней и задней риноскопій, никогда не изучавшіе нормальнаго и болѣзненнаго вида слизистой оболочки носа, при медленномъ улучшеніи у больного естественно приходятъ къ мысли, что надо сдѣлать прижиганіе. Положительно невѣроятно, сколько такихъ случаевъ поступаетъ къ специалисту изъ рукъ подобныхъ врачей. Если вообще требуется прижиганіе гальванокаутеромъ, то надо точно опредѣлить мѣсто прижиганія и ограничить послѣднее исключительно этимъ мѣстомъ. Если *Voitolini* въ свое время высказалъ нелѣпое предположеніе, что гальванокаутеръ разрушаетъ только заболѣвшую ткань и щадитъ здоровую, то уже давно смѣются надъ изреченіемъ этого апостола. Однако, смѣхъ не устраняетъ вреда, и всякій врачъ, работающій гальванокаутеромъ, долженъ знать, что при ракаливаніи платиновой проволоки лучистая теплота вредитъ сосѣднимъ органамъ, и что поэтому при всякомъ прижиганіи необходимо самымъ тщательнымъ образомъ предохранить окружающія части. Къ сожалѣнію, это упускаютъ изъ виду тѣ неопытные врачи, которые считаютъ нужнымъ лишь ввести въ носъ гальванокаутеръ и только случайно попадаютъ на больное мѣсто, въ большинствѣ же случаевъ выжигаютъ позади, впереди, справа и слѣва, выше и ниже этого мѣста вслѣдствіе дрожанія руки или же по неловкости пациента.

Къ какимъ послѣдствіямъ приводитъ подобная гальванокаустика? Прежде всего получается разрушеніе слизистой оболочки на большомъ протяженіи, отъ чего, конечно, нельзя ждать никакихъ цѣлебныхъ результатовъ; наоборотъ, это ведетъ къ усиленію заболѣванія слизистой оболочки. Самымъ непріятнымъ послѣдствіемъ является то обстоятельство, что черезъ нѣсколько недѣль получается совершенно непредвидѣнное излѣченіе: полное сращеніе носовой слизистой оболочки, между раковиной и перегородкой образуется так. наз. **синехія**, приводящая къ полной непроходимости носа. Если пациентъ раньше имѣлъ хроническій катарръ носа, то теперь у него наступаетъ заросленіе носа, отравляющее ему жизнь. Пациенты, подвергшіеся подобному неудачному лѣченію, сотнями являются къ специалистамъ. Я описалъ эти послѣдствія въ столь яркихъ краскахъ, такъ какъ хотѣлъ бы обратить вниманіе врачей на существующія предохранительныя приспособленія; изображеніе этихъ аппаратовъ я для общей пользы здѣсь привожу.

## Оперативное лѣченіе.

Иногда гипертрофія нижней раковины у начала носового входа бываетъ такъ сильно выражена, что дѣлаетъ невозможнымъ осмотръ средней и верхней раковинъ, лежащихъ за этимъ мѣстомъ. Въ подобныхъ случаяхъ является мысль объ устраненіи препятствія, при чемъ рекомендуется воспользоваться либо обезкровляющимъ дѣйствіемъ кокаина, либо введеніемъ прессованной губки, которая дѣлаетъ возможнымъ, хотя бы на короткое время, осмотръ полости, благодаря давленію, оказываемому губкой на слизистую оболочку. Если затѣмъ приходять къ убѣжденію, что только эта часть составляетъ препятствіе для дыханія (передняя верхняя часть припухшей раковины), то можно, вмѣсто прижиганія ляписомъ или гальванокаутеромъ, получить хорошіе результаты отъ примѣненія прямой стальной петли или прямого кольцевиднаго ножа *Hartmann'a*. Гипертрофическую часть слизистой оболочки ущемляютъ или отщемляютъ. Послѣ удаленія этой маленькой части гипертрофированная слизистая оболочка сморщивается и рубцуется. *Hartmann* для этой же цѣли устроилъ прямыя кольцевидныя щипцы, кольцевидный пинцетъ, на подобіе острой ложечки, которая при замыканіи кольца отщемляетъ лежащій внутри инструмента гипертрофическій кусокъ слизистой оболочки. Посредствомъ такого же, но болѣе крѣпкаго инструмента, по его словамъ, удавалось даже отщемлять кусочки кости. Его инструменты оказываютъ довольно большія услуги, во-первыхъ, въ виду легкости примѣненія, а во-вторыхъ, въ виду ничтожной болѣзненности, такъ какъ операція продолжается очень короткое время.

Вылущеніе полиповъ. Мы переходимъ теперь къ разсмотрѣнію чаще всего предпринимаемыхъ въ носу операций, а именно,—удаленія полипнозно перерожденной слизистой оболочки. Удаленіе носовыхъ полиповъ производилось еще до изобрѣтенія ларингоскопа. Посредствомъ корнцанга, введеннаго въ полость носа, захватывали сидящій на раковинѣ полипъ и откручивали его или просто вырывали. Этотъ способъ и теперь еще неоднократно практикуется, но я лично рекомендую какъ болѣе тонкую и нѣжную операцію,—удаленія полипа **стальной петлей**. Я устроилъ такую петлю еще 20—25 лѣтъ тому назадъ; съ тѣхъ поръ она вошла во всеобщее употребленіе и была различнымъ образомъ видоизмѣнена. Она свободно выдается изъ трубки инструмента и устроена такимъ образомъ, что благодаря своей эластичности захватываетъ кругомъ полипъ. Если петлю постепенно затягивать, то можно достигнуть до мѣста происхожденія полипа и посредствомъ легкаго влеченія отщемить послѣдній у основанія. При помощи этой простой операціи удается съ поразительной легкостью излѣчить заболѣваніе или улучшить состояніе больного, такъ какъ мы все же не въ состояніи предупредить столь часто появляющіеся рецидивы. Пока противъ этого у насъ нѣтъ никакихъ средствъ, и никто не станетъ рекомендовать въ высшей степени грубый пріемъ старыхъ хирурговъ, которые предлагали отламывать раковину, такъ какъ извѣстно, какія печальныя послѣдствія могутъ повлечь за собою костные пере-

домы въ носу. Въ сравненіи съ этими послѣдствіями существованіе полипа представляетъ собой ничтожное страданіе. ¶

Въ заключеніе мы должны упомянуть, что для пониженія чувствительности при всѣхъ этихъ операціяхъ производится смазываніе кокаиномъ. Какъ извѣстно, для операцій въ носу достаточно 5—6—10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ыхъ растворовъ; здѣсь не употребляютъ столь концентрированныхъ растворовъ, какъ при операціяхъ въ гортани, тѣмъ болѣе, что примѣненіе даже некрѣпкихъ растворовъ кокаина нерѣдко вызываетъ непріятныя побочныя явленія. Между тѣмъ какъ я при операціяхъ въ гортани множество разъ примѣнялъ 1,0—2,0 солянокислаго кокаина безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій, отъ примѣненія кокаина въ носу у нервно предрасположенныхъ субъектовъ наблюдалъ обмороки, эпилептовидныя судороги и проч., такъ что мнѣ съ трудомъ только при помощи возбуждающихъ средствъ удавалось привести ихъ въ чувство. Здѣсь нельзя дать никакого критерія, такъ какъ нельзя знать заранѣе, какъ реагируетъ данный субъектъ на кокаинъ.

Изъ гипертрофій нижней и средней раковины чаще всего встрѣчается та, которая развивается на заднемъ концѣ, при чемъ причина этого явленія лежитъ въ строеніи раковинъ. Какъ извѣстно, ихъ задній конецъ имѣетъ большія и богатыя сосудами полости, которыя даже у здороваго при малѣйшемъ раздраженіи быстро увеличиваются въ объемъ, такъ что этотъ конецъ, собственно говоря, напоминаетъ пещеристую ткань. Если при помощи простого раздраженія можно вызвать припухлость, то понятно, что при болѣе сильныхъ гипереміяхъ, продолжительныхъ раздраженіяхъ, повторныхъ катаррахъ и длительномъ вліяніи вредныхъ моментовъ наступаетъ стойкое припуханіе этихъ пещеристыхъ тѣлъ; это приводитъ къ различнымъ непріятнымъ послѣдствіямъ, какъ это бываетъ всегда отъ припуханія слизистой носовой оболочки на любомъ мѣстѣ ея. Прежде всего задерживается дыханіе. Вслѣдствіе скопленія секрета между переднимъ отверстіемъ и хоанами, вслѣдствіе разрыхленія и мацерации слизистой оболочки и, наконецъ, вслѣдствіе продолжительныхъ гиперемій дѣло доходитъ до появленія обильнаго секрета, что составляетъ собой второе непріятное послѣдствіе гипертрофіи. Обильное выдѣленіе секрета проявляется въ двоякомъ видѣ: во-первыхъ, задержкой стока кпереди и, во-вторыхъ, затеканіемъ секрета въ зѣвъ, гортань, дыхательное горло и даже въ желудокъ. Подобныя больныя почти постоянно имѣютъ пораженіе зѣва. Даже слизистая оболочка желудка, по всей вѣроятности, терпитъ ущербъ отъ большихъ количествъ попадающаго туда секрета. Гораздо важнѣе послѣдствія затеканія секрета въ гортань, дыхательное горло и бронхи. Пациенты, у которыхъ бываетъ такая сильная гипертрофія на заднемъ концѣ раковины, почти всегда страдаютъ бронхіальнымъ катарромъ. Уже вслѣдствіе непроходимости носа воздухъ, попадающій непосредственно на слизистую оболочку гортани, дыхательнаго горла и бронховъ, оказываетъ вредное вліяніе. Еще болѣе вредное дѣйствіе оказываетъ на слизистую оболочку дыхательныхъ путей слизисто-гноинный секретъ. При подобномъ состояніи я въ теченіе 10 лѣтъ тщетно примѣнялъ различные методы лѣченія. Если сли-

зистая оболочка настолько припухла, что образует шаровидный выступъ изъ хоанъ, то отъ мѣстнаго лѣченія нельзя ничего ожидать, и надо обратиться къ оперативному пособію. Операции, производящіяся для удаленія опухоли, я подробно описалъ въ моемъ руководствѣ о болѣзняхъ гортани, и поэтому упомяну здѣсь только вкратцѣ о самыхъ необходимыхъ оперативныхъ приемахъ.

Операция можетъ быть предпринята со стороны носоглоточной полости, а именно, туда вводятъ искривленную проволочную петлю и стараются захватить ею опухоль, послѣднюю отщемляютъ и, если это сдѣлано хорошо, то окончательное удаленіе ея достигается въ одинъ сеансъ. Другой приемъ, который принять особенно при объемистыхъ опухоляхъ и всегда ведетъ къ цѣли, заключается въ отщемленія прямой стальной петлей, какъ это практикуется при удаленіи носовыхъ полиповъ. Эту петлю вводятъ спереди, пока не почувствуютъ, что она зашла въ носоглоточное пространство, и затѣмъ поворачиваютъ стоящую въ сагиттальномъ направленіи петлю въ сторону и книзу, стараясь захватить въ петлю выступающую въ видѣ головки нижнюю раковину, что обыкновенно удается не сразу, а послѣ 2—3 попытокъ, при чемъ тогда получается ощущеніе, что петля какъ-бы виситъ на этой головкѣ. Тогда постепеннымъ влеченіемъ затягиваютъ петлю, пока не отдѣлится гинертрофическая часть. При медленномъ осторожномъ затягиваніи, когда не дѣлаютъ насильственныхъ разрывовъ, кровотеченіе бываетъ очень ничтожнымъ. Риноскопія показываетъ тогда, что на мѣстѣ головчатой опухоли задній конецъ обрѣзанъ какъ ножомъ. Эта операция даетъ довольно хорошіе результаты. Если опухоли имѣютъ большой объемъ и недоступны спереди, то надо примѣнить экразеры большей величины или щипцы, или, наконецъ, гальванокаустіку. Во всѣхъ этихъ случаяхъ получается хорошій результатъ, такъ что эта операция въ носоглоточной полости принадлежитъ къ самымъ благодарнымъ. Упомяну здѣсь же, что послѣ операции легко и быстро можно устранить носовой катарръ, такъ какъ проходимость носа восстанавливается и оказывается возможнымъ примѣнить лѣкарственные вещества на всей слизистой оболочкѣ.

Наиболѣе важный и полезный результатъ операции заключается въ томъ, что съ прекращеніемъ обильнаго накопленія секрета постепенно уменьшается также катарръ бронхіальной слизистой оболочки; еще важнѣе то обстоятельство, что эмфизема и астма, обусловленные частыми рецидивами катарра въ бронхахъ, теперь легко могутъ быть излѣчены, или же прекращаются самопроизвольно. Не безинтересно будетъ привести здѣсь одно изъ многочисленныхъ моихъ личныхъ наблюденій:

Графъ Georg M. изъ Кракова, 28 лѣтъ, даровитый человѣкъ, посвятившій себя академической дѣятельности, годами совѣщался со мною по поводу обширнаго катарра бронховъ и жестокихъ приступовъ астмы, вынуждавшихъ его на бездѣйствіе по цѣлымъ недѣлямъ. Симптоматическое лѣченіе приносило только временный успѣхъ. Полнаго излѣченія мы достигли тогда только, когда я предложилъ ему и съ его согласія выполнилъ указанную выше операцию. Въ короткое время носовой и бронхіальный катарры значительно улучшились, и астма исчезла. Я видѣлъ его неоднократно впослѣдствіи, при чемъ рецидивовъ болѣе не наступало.



По описанію этого случая можно судить о многихъ другихъ, гдѣ результатъ получился такой же.

*Hack* (Freiburg im Breisgau) очень много писалъ о нервныхъ страданіяхъ, обусловливаемыхъ поражениемъ носа, и даже объ эпилептовидныхъ приступахъ. Если я нѣсколько скептически отношусь къ такому слишкомъ широкому обобщенію, то все же несомнѣннымъ остается тотъ фактъ, что гипертрофія задней носовой раковины является сплошь и рядомъ причиной астматическихъ приступовъ. Для излѣченія астмы безусловно необходимо удаленіе задняго конца раковины.

### Искривленіе сошника.

Какъ уже было упомянуто, изъ 100 случаевъ въ 99-ти сошникъ раздѣляетъ хоаны на 2 неравныя половины. Если не всегда, то во всякомъ случаѣ очень часто находятъ, что сошникъ не только искривленъ въ одну сторону, но при очень большой длинѣ сгибается и образуетъ выступающій гребень. Само собой разумѣется, что на сторонѣ, противоположной этому выступу, образуется соответственное углубленіе. Если полость отъ этого бываетъ закрыта не вполне, то все же на одной сторонѣ препятствіе для дыханія бываетъ довольно значительнымъ. Самъ сошникъ не составляетъ препятствія для прохожденія воздуха, но такимъ препятствіемъ является *cartilago quadrangularia* на переднемъ концѣ сошника. Искривленіе въ большинствѣ случаевъ выражается удлинениемъ оси косо стоящаго сошника и, слѣдовательно, *cartilago quadrangularia*, такъ что хрящевой конецъ сошника выпячивается на искривленной сторонѣ, и хрящевая перегородка примыкаетъ непосредственно къ носовому крылу; это и служитъ, какъ выше было упомянуто, самымъ неприятнымъ послѣдствіемъ для пациента.

### Операциі на костной части перегородки.

Уже давно пытались выпрямить сошникъ, но мы не имѣемъ для этого никакихъ средствъ, такъ что пришли къ мысли, что слѣдуетъ удалить часть кости и этимъ создать большій просторъ для прохожденія воздуха. Примѣняющіеся здѣсь способы разнообразны. Въ большинствѣ случаевъ, этого достигаютъ тѣмъ, что при помощи молотка и долота отбиваютъ гребень; другой способъ заключается въ томъ, что при помощи щипцовъ откусываютъ кусокъ выдающагося гребешка, и, наконецъ, третій способъ состоитъ въ отпиливаніи гребня посредствомъ пилки, имѣющей длину, приблизительно равную полости носа. Въ послѣднее время я видѣлъ у усердно оперирующихъ американскихъ товарищей, что они пробуравливаютъ гребешокъ боромъ и этимъ уменьшаютъ выступъ. Эта операциа, нерѣдко производящаяся въ Америкѣ, въ  $\frac{9}{10}$  всѣхъ случаевъ бываетъ совершенно излишней, такъ какъ искривленіе кости не ощущается пациентомъ, не мѣшая дыханію и произношенію. Если я не могу категорически высказаться противъ этого способа, ибо онъ бываетъ иногда умѣстенъ, то все же я собралъ достаточное число наблюденій, показывающихъ, что той же самой

цѣли можно въ большинствѣ случаевъ достигнуть при помощи менѣе насильственныхъ приѣмовъ. Мы укажемъ сначала недостатки операциі, а затѣмъ перейдемъ къ разсмотрѣнію болѣе простыхъ оперативныхъ способовъ.

Отщипываніе или отрѣзываніе искривленной костной пластинки дѣлаетъ пациента надолго больнымъ; промыванія, необходимыя въ такихъ случаяхъ для излѣченія, приводятъ уже къ тому, что слизистая оболочка и періостъ отдѣляются отъ кости. Но если даже удастся избѣжать большихъ обнаженій и разрывовъ, то все же омертвѣшіе края раны на оперированномъ мѣстѣ часто остаются обнаженными въ теченіе ряда лѣтъ. Далѣе, неизбѣжнымъ послѣдствіемъ операциі является то обстоятельство, что при отщипываніи или отрѣзываніи костнаго гребешка нерѣдко образуютъ въ то же время прободеніе. Въ послѣднее время я видѣлъ одну пациентку изъ Нью-Йорка, оперированную по новому способу (боромъ), гдѣ боръ во время операциі,—конечно, неумышленно,—вышелъ на противоположную сторону, и больная получила прободеніе сошника. Съ прободеніемъ кости постепенно разрушается и прободается хрящевая стѣнка: у пациентки образовалось нагноеніе кости и хряща, настоящая клоака, издававшая отвратительный запахъ вслѣдствіе некроза костей и хрящей,—словомъ, у нея получилась такая же картина костоѣды, какъ это бываетъ при озенѣ у сифилитиковъ. Черезъ годъ послѣ операциі американскаго врача эта пациентка явилась ко мнѣ за совѣтомъ. Я полагаю, что нѣтъ необходимости что-нибудь прибавлять еще по поводу результатовъ подобной операциі.

#### Операциія на хрящевой части перегородки.

Операциі, производившіяся мною, были основаны на томъ, что препятствіе для проходимости воздуха, на мой взглядъ, заключается не въ искривленіи кости, а въ искривленіи хряща; я обращалъ, слѣдовательно, все вниманіе на выпрямленіе хрящевой части перегородки. Эта операциія связана съ ничтожными поврежденіями, не сопровождается почти никогда никакими вредными послѣдствіями и во всѣхъ оперированныхъ случаяхъ давала хорошіе результаты. Производится она слѣдующимъ образомъ: на искривленной сторонѣ сошника, приблизительно по срединѣ его, дѣлается горизонтальный разрѣзъ черезъ слизистую оболочку, и затѣмъ послѣдняя вмѣстѣ съ надкостницей тупымъ инструментомъ отдѣляется кверху и книзу. По возможности стараются не перерѣзать хряща и не сдѣлать его болѣе тонкимъ на томъ мѣстѣ, гдѣ онъ вслѣдствіе искривленія утолщенъ; это дѣлается лишь въ томъ случаѣ, если онъ оказываетъ сильное сопротивленіе; болѣею же частью я совершенно не трогаю хряща. Затѣмъ я вхожу въ полость носа щипцами (съ крѣпкими браншами), захватываю перегородку и отодвигаю искривленную поверхность какъ можно далѣе на противоположную сторону. Я говорю: какъ можно далѣе, такъ какъ необходимо образовать теперь путемъ перегиба за среднюю линію выступъ на здоровой сторонѣ. Въ оперированную половину я ввожу затѣмъ трубку изъ твердаго каучука, кото-

рую обматываю плотно многими слоями йодоформовой марли, такъ чтобы она при насильственномъ введеніи въ носъ не смѣщалась: пациентъ дышетъ черезъ каучуковую трубку, какъ при нормальныхъ условіяхъ. Само собой разумѣется, что тщательная антисептика, resp. асептика, является здѣсь неизбѣжнымъ условіемъ, при чемъ мнѣ нерѣдко удавалось получить заживленіе раны первичнымъ натяженіемъ. Такъ какъ костный край перегородки долженъ испытывать давленіе отъ трубки изъ твердаго каучука, то случается также, что на этомъ прижатомъ мѣстѣ образуются потери вещества. Если заживленіе наступаетъ первичнымъ натяженіемъ, то послѣ перемѣны повязки трубку оставляютъ въ носу на нѣсколько дней, для того чтобы выправленная носовая перегородка снова не получила ненормальнаго положенія.

Единственное неудобство подобной операціи заключается въ томъ, что при недостаточной антисептикѣ въ носовую слизистую оболочку проникаютъ стрептококки, и наступающая рожа съ оперированнаго мѣста распространяется по лицу. Я не безъ основанія указываю на это вредное осложненіе, такъ какъ, если оно и наблюдается рѣдко, то все же я желалъ бы заранѣе избавиться отъ упрековъ со стороны тѣхъ, которые вздумали бы подражать этому способу операціи. Впрочемъ, я примѣнялъ свой способъ съ полнымъ успѣхомъ даже у амбулаторныхъ больныхъ.

### Сращенія.

Лѣченіе и отдѣленіе переднихъ сращеній, а именно, сращеній между раковиной и перегородкой, представляютъ собой чрезвычайно важный оперативный пріемъ, который, впрочемъ, выполняется очень легко. Само собой разумѣется, что сращеніе необходимо разрѣзать, что удастся нетрудно, но при этомъ главная задача заключается въ томъ, чтобы раздѣленіе ихъ осталось надолго, и чтобы не образовалось новаго сращенія полости. Этой цѣли можно достигнуть только тѣмъ, что стѣнки въ теченіе долгаго времени надо держать на извѣстномъ разстояніи другъ отъ друга.

Разрѣзъ сращеній производятъ такимъ образомъ, что вводятъ въ носъ тонкій пуговчатый скальпель, стараясь перерѣзать только сращеніе, не нанося лишнихъ раненій на стѣнкахъ обѣихъ сторонъ. Затѣмъ между обѣими слизистыми оболочками вводятъ изолирующую пластинку. Послѣдняя можетъ быть приготовлена изъ тонкаго твердаго каучука, целлюлоида, или, что еще легче, изъ тонкаго листового олова. Послѣднее я предпочитаю всѣмъ остальнымъ матеріаламъ, такъ какъ подобныя оловянные пластинки можно, по желанію, выковыривать тоньше и толще и придавать имъ, кромѣ того, любую кривизну. Однако, требуется извѣстный навыкъ со стороны пациента, чтобы онъ могъ удерживать эту пластинку въ носу, потому что она должна лежать тамъ цѣлыми днями. Этому можно содѣйствовать, введя въ ноздри ватный тампонъ; если же оставить носъ безъ пластинки, хотя бы на одинъ день, то нерѣдко этого бываетъ достаточно для новаго образованія сращенія. Изолированія двухъ бывшихъ раньше въ сращеніи стѣнокъ можно достигнуть болѣе нѣжнымъ для пациента способомъ, а именно, посредствомъ указанныхъ выше ватныхъ бужей; однако,

смотря по случаю, приходится вводить по нѣсколько штукъ одновременно или другъ за другомъ. Эти ватные бужи можно смазать жиромъ, лучше всего цинковой мазью, отчасти для того, чтобы ихъ легче было ввести, отчасти для того, чтобы способствовать заживленію раны.

У очень чувствительныхъ субъектовъ надо завернуть указанныя выше твердыя изолирующія пластинки въ слой марли, пропитанной растворомъ карболовой кислоты, сулемы или іодоформа, смотря по тому, какое изъ этихъ средствъ наиболее пригодно въ данномъ случаѣ.

Часто требуется расширеніе разрываннаго мѣста посредствомъ пресованной губки, при чемъ рекомендуется раньше кокаинизировать полость носа, такъ какъ эта процедура очень болѣзненна.

Тѣмъ не менѣе, наибольшимъ неудобствомъ этого приѣма является продолжительность заживленія, которое длится нѣрѣдко недѣлями, пока каждая стѣнка не покроется самостоятельной слизистой оболочкой, и исчезнуть всѣ эпителиальные дефекты, которые могли бы привести къ новымъ сращениямъ.

### Прободеніе сошника.

Что касается прободенія сошника при другихъ болѣзняхъ, кромѣ сифилиса, то лѣченіе этого страданія сводится къ сохраненію покрова изъ слизистой оболочки и надкостницы такъ какъ чѣмъ больше обнажена кость, тѣмъ сильнѣе будетъ потеря вещества. Если, однако, удастся удалить некротическій кусочекъ или пластинку кости, и привести въ соприкосновеніе слизистую оболочку съ обѣихъ сторонъ, то заживленіе наступаетъ съ дефектомъ въ видѣ круга или полукруга. Потерю вещества, само собой разумѣется, возмѣстить невозможно.

При лѣченіи прободенія хрящевой части перегородки мы держимся тѣхъ же самыхъ принциповъ. Вокругъ прободенія слѣдуетъ произвести только очень слабыя прижиганія краевъ, не содержащихъ хряща, при чемъ стараются только побудить слизистую оболочку къ разращенію. Если не прибѣгать къ концентрированнымъ растворамъ и не прижигать ляписомъ *in substantia*, а осторожно смазывать кисточкой, смоченной въ 5—6—10%-омъ растворѣ ляписа, то въ большинствѣ случаевъ удастся вызвать такое разращеніе слизистой оболочки, что она срастается. Благодаря этому край хрящевого дефекта получаетъ кровъ, и пациентъ имѣетъ теперь потерю вещества, которая какъ бы произведена рѣзцомъ, и которая на краю, однако, покрыта слизистой оболочкой. Въ подобныхъ случаяхъ этотъ результатъ представляетъ собой единственный успѣхъ лѣченія. Лучшаго результата достигнуть нельзя.

### Патолого-анатомическія измѣненія.

#### При атрофіи.

Чрезвычайно истонченная слизистая оболочка макроскопически представляется блѣдной, отчасти покрытой отвратительнаго вида корками, которые смываются безъ всякаго труда. Подъ корками соответственныя мѣста макроскопически не отличаются отъ другихъ частей. Блѣдность

слизистой оболочки бывает равномерною и нигдѣ не смѣняется гипереміей. Мѣстами поверхность имѣеть сѣровато-бѣлый цвѣтъ, матовый, сухой и довольно плоскій видъ; подобные островки встрѣчаются въ числѣ 2 или 3 на пространствѣ величиною въ полъ-крейцера на средней и нижней раковинѣ и соотвѣтствуютъ керотическимъ измѣненіямъ эпителия.

### Гистологическія данныя.

Кусочки для гистологическаго изслѣдованія были взяты съ задняго отдѣла средней раковины; эти кусочки были фиксированы въ сулемѣ и уплотнены въ алкоголь; послѣ этого слизистая оболочка отдѣлилась чрезвычайно легко отъ тонкой, какъ бумага, кожи.

Эпителий въ большинствѣ случаевъ имѣеть видъ вполне нормальнаго слойстаго мерцательнаго эпителия. Железистые протоки прободають его только очень рѣдко. Мѣстами существуютъ наслоенія, которыя состоятъ большею частью изъ зернистаго распада съ отдѣльными лейкоцитами, скопляющимися въ большія кучи лишь изрѣдка. Переходъ къ керотическимъ частямъ бываетъ вполне постепеннымъ, а именно, прежде всего исчезаетъ мерцательный эпителий, и затѣмъ цилиндрическія клѣтки верхняго ряда становятся короче и шире. Плоскій эпителий въ серединѣ керотическихъ мѣстъ напоминаетъ совершенно эпидерму: на поверхности находится роговой слой, въ среднихъ частяхъ существуютъ ясно замѣтныя щетинистыя клѣтки, а внизу—чрезвычайно сильно окрашивающіяся базальныя клѣтки. Въ среднихъ слояхъ клѣтки нѣсколько менѣе богаты протоплазмой, чѣмъ это бываетъ обыкновенно въ нормальномъ плоскомъ эпителии. Сходство доходитъ на нѣкоторыхъ мѣстахъ до того, что въ подслизистой ткани образуются даже сосочки.

Железы находятся въ большомъ числѣ, но при этомъ бросается въ глаза, что число выводныхъ протоковъ бываетъ относительно скуднымъ. Поперечные разрѣзы мѣшечковъ образуютъ почти непрерывный слой, который на всемъ своемъ протяженіи прилежитъ къ эпителию и отдѣленъ отъ него только небольшимъ количествомъ соединительно-тканныхъ пучковъ. Мѣшечки и выводные протоки повсюду обнаруживаютъ дегенеративныя измѣненія.

Выводные протоки кажутся высланными однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, при чемъ отдѣльныя клѣтки бываютъ сильно раздутыми, и протоплазма ихъ окрашивается гематоксилиномъ въ рѣзкій голубой цвѣтъ: это—бокаловидныя клѣтки. Повсюду почти выводные протоки образуютъ мѣстныя расширения, при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ причина такого расширенія заключается въ томъ, что въ просвѣтѣ ихъ находится совершенно ихъ выполняющее гомогенное, довольно сильно преломляющее лучи, образованіе, которое гематоксилиномъ не окрашивается подобно слизи; какъ ядро, такъ и протоплазма воспринимають красящее вещество въ меньшей степени, такъ что, по всей вѣроятности, мы имѣемъ здѣсь застоявшійся уплотненный секретъ.

Болѣе глубокія измѣненія обнаруживаются въ мѣшечкахъ. Эти измѣненія довольно разнообразны, но на мѣшечкахъ, принадлежащихъ

одной и той железѣ, обыкновенно бываютъ одинаковыми. Преобладающей формой является слизистое перерождение въ различной степени развитія; мѣнѣе распространенное измѣненіе представляетъ собой образование многочисленныхъ бокаловидныхъ клѣтокъ въ просвѣтъ мѣшечка; гораздо чаще встрѣчается сильное вздутіе протоплазмы, закупоривающей даже просвѣтъ, съ оттѣсненіемъ ядеръ къ периферіи, затѣмъ затемнѣніе контуровъ клѣтокъ; въ концѣ концовъ поперечный разрѣзъ мѣшечка представляетъ собой кругловатую полость, въ которой находятся слизистыя нити и капли, а также отдѣльныя, неправильно стоящія, мѣстами совершенно блѣдныя, ядра.

Вторая форма заключается въ томъ, что клѣтки мѣшечковъ получаютъ кубическій видъ; мы имѣемъ здѣсь маленькія ядра съ узкой каймой протоплазмы, которая очень рѣзко отграничена отъ относительно широкаго просвѣта; въ послѣднемъ находится нерѣдко только отчасти его выполняющее содержимое, которое обнаруживаетъ такія же свойства, какъ указанные выше массы, находимыя въ выводныхъ протокахъ. Нѣкоторыя изъ этихъ ядеръ окрашиваются особенно сильно тѣми веществами, которыя служатъ для окраски ядеръ, вообще мѣстами же они обнаруживаютъ даже признаки концентрической слоистости.

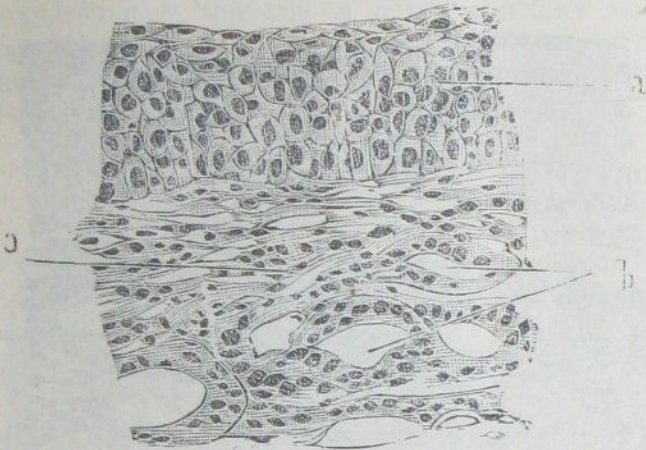
Третья форма заключается въ разращеніи этихъ маленькихъ кубическихъ эпителиальныхъ клѣтокъ. Образуются маленькія клѣточные возвышенія, которыя выдаются въ просвѣтъ мѣшечка и довольно неправильно выполняютъ его; при крайней степени развитія дѣло доходитъ до сліянія сосѣднихъ мѣшечковъ, такъ что въ скопленіи клѣтокъ только мѣстами встрѣчающіеся пучки промежуточной соединительной ткани указываютъ на железистое строеніе ткани.

Само собой разумѣется, что всѣ три указанные формы измѣненій иногда существуютъ въ одной и той железѣ, но большею частью измѣненія бываютъ распределены указаннымъ выше образомъ.

Мѣшечки и выводные протоки нормальнаго вида встрѣчаются лишь въ очень скудномъ количествѣ.

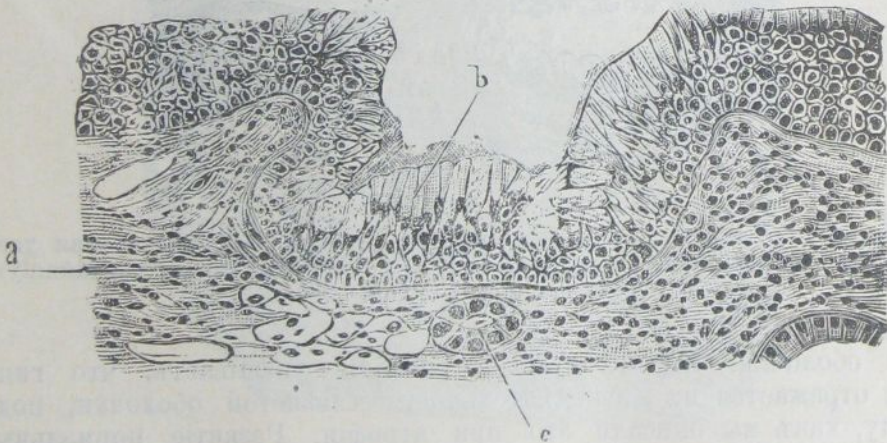
Въ соединительной ткани также существуютъ постоянныя измѣненія. Обыкновенно, и притомъ всегда въ глубокихъ слояхъ, соединительная ткань имѣетъ видъ широкихъ пучковъ, содержащихъ скудное количество ядеръ, но въ большинствѣ случаевъ представляется тонко-волокнутой. Соединительная ткань подъ эпителиемъ обнаруживаетъ во многихъ мѣстахъ такія же измѣненія. Однако, подъэпителиальная соединительная ткань часто обнаруживаетъ картину остраго или хроническаго воспаленія, которое распространяется вглубь на неодинаковомъ протяженіи. Нѣкоторыя мѣста съ острымъ воспаленіемъ—обильнымъ скопленіемъ круглыхъ клѣтокъ—находятся непосредственно подъ эпителиемъ, тогда какъ мѣста съ хроническимъ воспаленіемъ въ большинствѣ случаевъ неправильно разсѣяны на далекомъ разстояніи отъ эпителия, отчасти вокругъ железъ. Особенно сильнымъ бываетъ хроническій воспалительный процессъ на мѣстахъ загиба слизистой оболочки у края раковины. Хронически воспаленная соединительная ткань не представляетъ никакихъ особенныхъ измѣненій, при чемъ здѣсь обращаетъ на себя вниманіе

только существование довольно многочисленных гиалиновых тѣлецъ. Последнія находятся также между мѣшечками слизистыхъ железъ, причемъ на подобныхъ мѣстахъ трудно бываетъ рѣшить, не представляютъ ли они, быть можетъ, содержимаго разрушенныхъ мѣшечковъ.



Фиг. 23. *a*—эпителий, на которомъ метоплазія уже закончилась; *b*—отчасти перерожденныя железы; *c*—интерстиціальная соединительная ткань съ небольшою инфильтраціей.

Что касается сосудовъ, то здѣсь обращаетъ на себя вниманіе сильное уменьшеніе числа капилляровъ въ тѣхъ мѣстахъ соеди-

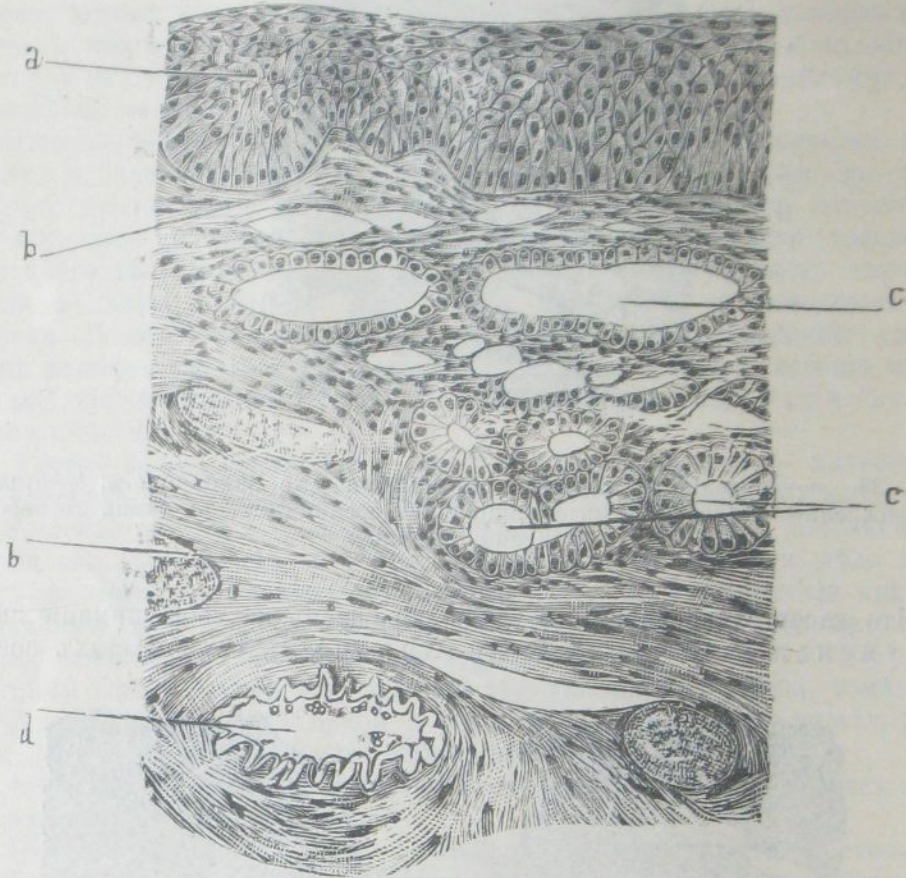


Фиг. 24. *a*—метоплазированный эпителий; *b*—сохранившійся еще цилиндрический эпителий, секреторная дѣятельность котораго нарушена; *c*—железы.

нительной ткани, гдѣ нѣтъ воспалительныхъ измѣненій. Во всѣхъ слояхъ находятся относительно крупныя вены и артеріи, стѣнки и просвѣтъ которыхъ не представляютъ ничего ненормальнаго.

Лимфатическіе сосуды не измѣнены; точно также не находятъ ничего патологическаго въ нервахъ, которые здѣсь довольно многочисленны.

Гипертрофія слизистой оболочки носа въ большинствѣ случаевъ протекаетъ рядомъ съ атрофіей. Гипертрофія, подобно атрофіи, повидимому, представляетъ собой регрессивное измѣненіе сли-



Фиг. 25. *a*—плоскій эпителий; *b*—умѣренно развитая соединительная ткань; *c*—большую частью перерожденныя железы; *d*—сосудъ съ чрезвычайно утолщенной стѣнкой.

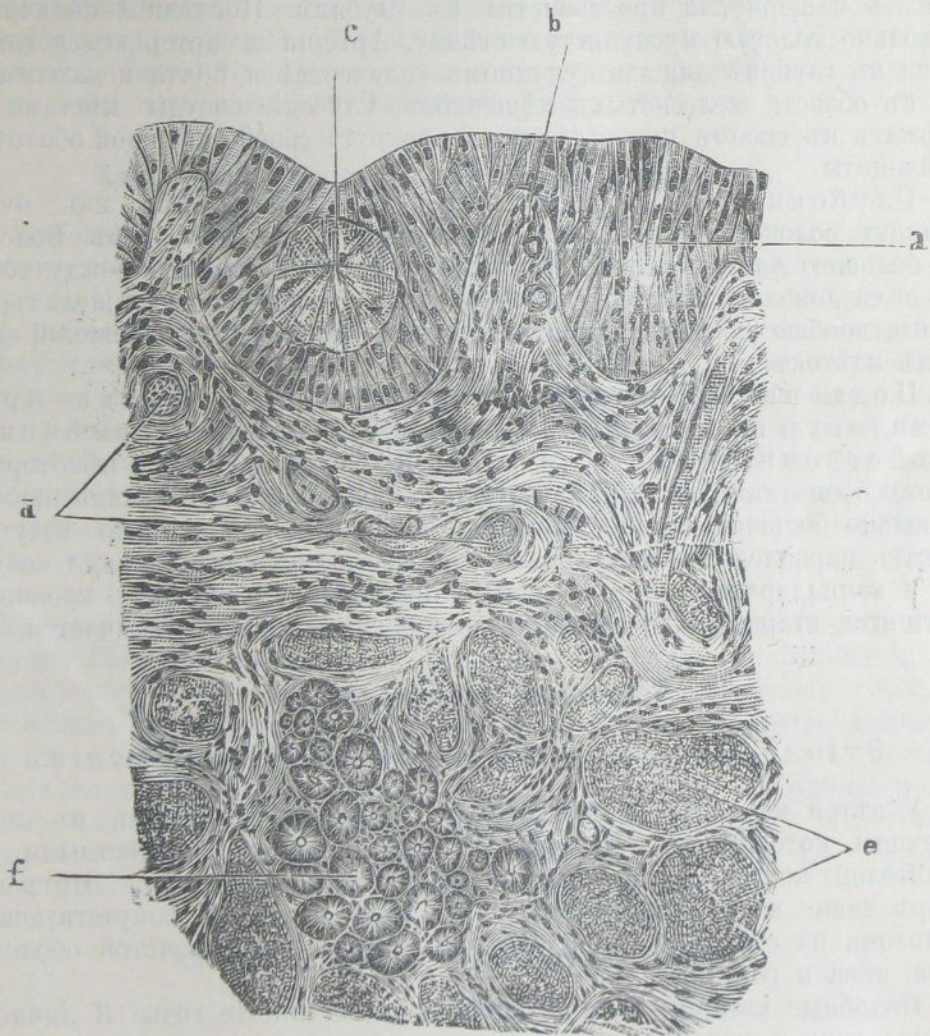
зистой оболочки. Нижеслѣдующее описаніе указываетъ, что гипертрофія отражается на жизнедѣятельности слизистой оболочки, подобно тому, какъ мы описали это при атрофіи. Развѣтіе нормальныхъ элементовъ слизистой оболочки нарушается чрезмѣрнымъ образованіемъ сосудовъ (стазъ), разращеніемъ подслизистой соединительной ткани и обильнымъ накопленіемъ секрета вслѣдствіе увеличеннаго количества сосудовъ; отсюда становится вѣроятнымъ, что гибель секреторнаго эпителия и выпячиваніе подэпителиальныхъ слизистыхъ железъ, въ формѣ гипертрофіи, представляютъ собою прелюдію послѣдующей или одновременно протекающей атрофіи.



### Гистологическія измѣненія при гипертрофіи.

(Препаратъ изъ слизистой оболочки нижней раковины при хроническомъ гипертрофическомъ ринитѣ).

Эпителій кажется повсюду сохраненнымъ. Онъ имѣетъ видъ слоистаго мерцательнаго эпителія и встрѣчается въ подобномъ неизмѣненномъ видѣ во всѣхъ складкахъ слизистой оболочки; впрочемъ, самый верхній клѣточный слой почти совершенно отсутствуетъ, а



Фиг. 26. *a*—цилиндрической эпителий; *b*—сосочекъ съ сосудомъ; *c*—косой разръзъ выводнаго протока; *d*—капилляры и *Rac sarillagca*; *e*—большія кровеносныя полости; *f*—скопленіе железъ.

вмѣстѣ съ нимъ и мерцательныя рѣснички. На нѣкоторыхъ мѣстахъ эпителий уплощенъ, и клѣтки, хотя и не превращаются въ плоскій эпителий, становятся очень низкими и образуютъ нѣсколько слоевъ

кругловатыхъ, бѣдныхъ протоплазмой клѣтокъ. На нѣкоторыхъ ограниченныхъ мѣстахъ находятся складочки на поверхности, такъ что картина нѣсколько напоминаетъ образованіе сосочковъ. Почти непосредственно подъ слоемъ эпителія видна очень широкая и сильно преломляющая свѣтъ базальная перепонка.

Въ слизистыхъ железахъ и ихъ выводныхъ протокахъ не находятъ ничего ненормальнаго. Онѣ существуютъ въ умѣренномъ числѣ и почти всѣ находятся въ состояніи усиленной дѣятельности.

Сосуды вообще кажутся сильнѣе наполненными, въ особенности вены и пещеристыя пространства въ глубинѣ. Послѣднія получаютъ довольно толстую мускулистую стѣнку. Артеріи и артеріолы встрѣчаются въ глубинѣ лишь въ скудномъ количествѣ и почти исключительно въ области железистыхъ мѣшечковъ. Глубокіе сосуды мѣстами содержатъ въ своемъ просвѣтѣ, но не вокругъ своей наружной оболочки, лейкоциты.

Глубокая соединительная ткань состоитъ изъ очень тонкихъ волоконъ и содержитъ умѣренное количество ядеръ. Волокна ея большею частью отечно разрыхлены и переплетаются между собою въ видѣ довольно широкихъ пучковъ. Въ лимфатическихъ щеляхъ, которыя вообще не уклоняются отъ нормы, не находятъ скопленій круглыхъ клѣтокъ.

Подъэпителіальная соединительная ткань представляетъ въ довольно равномерномъ слѣбизмѣненіи, свойственныя хроническому воспаленію. На нѣкоторыхъ мѣстахъ она кажется плотно инфильтрированной и содержитъ вообще довольно большое количество ядеръ. Волокна ея, нѣсколько вздутыя, лежатъ параллельно поверхности. Она изобилуетъ маленькими сосудами и капиллярами, которые сильно переполнены кровью; кровяного пигмента, старыхъ или свѣжихъ геморрагій здѣсь не встрѣчается.

### Хроническій катарръ у дѣтей.

Этіологія, продолжительность, послѣдствія.

У дѣтей мы нерѣдко наблюдаемъ хроническій катарръ въ носу, причины котораго во многихъ случаяхъ остаются неизвѣстными для родителей, пока дѣло не выяснится путемъ разспросовъ. Этотъ катарръ чаще всего встрѣчается при кори въ видѣ сопутствующаго симптома на соединительной оболочкѣ глазъ и на слизистой оболочкѣ носа, зѣва и гортани.

Подобные катарры затягиваются часто на многіе годы. Я лично не видалъ такихъ дѣтей во время кори, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ узнавалъ отъ родителей, что дѣти страдаютъ катарромъ со времени заболѣванія корью. По своему собственному опыту, однако, я могу заявить, что у дѣтей, которыхъ я лѣчилъ отъ дифтерита, спустя много лѣтъ обнаруживался катарръ носовой слизистой оболочки. Въ особенности тѣ формы дифтерита, которыя развиваются въ носу и въ носоглоточной полости, оставляютъ нерѣдко годами существующій, т. е. хроническій, катарръ носа. Въ виду этого можно принять, что

чувствительныя раздраженія носовой слизистой оболочки, наступающія при этихъ болѣзняхъ, также являются этиологическимъ моментомъ хроническаго катарра носа.

Здѣсь же умѣстно будетъ коснуться часто возникающаго вопроса о томъ, можетъ ли обыкновенный хроническій катарръ съ обильнымъ истеченіемъ привести къ нагноенію; на этотъ вопросъ можно отвѣтить утвердительнымъ образомъ.

При хроническомъ катаррѣ у дѣтей я наблюдалъ въ качествѣ послѣдовательнаго явленія сильныя головныя боли. Такъ какъ я не могъ заподозрить, чтобы восходящій катарръ распространился на лобную пазуху, то истинной причиной задержанія секрета въ лобной пазухѣ надо было считать припуханіе канала, посредствомъ котораго полость носа сообщается съ лобной пазухой.

### Хроническій катарръ съ нагноеніемъ у взрослыхъ.

У взрослыхъ нерѣдко встрѣчаются нагноенія въ носу, которыя несомнѣнно происходятъ отъ задержанія секрета въ лобной пазухѣ. Многіе авторы видятъ источникъ подобныхъ невыясненныхъ нагноеній носа въ клѣткахъ рѣшетчатой кости, за отсутствіемъ другихъ моментовъ, которые могли бы объяснить развитіе нагноенія. Нѣкоторые авторы утверждаютъ, что при зондированіи по направленію къ глазницѣ находятъ около бумажной пластинки небольшія обнаженныя мѣста, гдѣ зондъ натывается на шероховатую кость. Доказать существованіе подобнаго этиологическаго момента мы не можемъ, какъ и не можемъ съ увѣренностью исключить его, потому что подобное нагноеніе не даетъ никакихъ характерныхъ признаковъ, кромѣ тѣхъ, которые получаютъ при промываніи носа.

Если полость носа совершенно очищена, и можно исключить нагноеніе Гайморовой полости, равно какъ поверхности раковины, и если, наконецъ, послѣ нѣсколькихъ часовъ наступаетъ вновь образованіе бѣлаго сливкообразнаго секрета, то позволительно предположить, что нагноеніе имѣетъ своимъ источникомъ клѣтки рѣшетчатой кости.

Такъ какъ мы при передней и задней риноскопіи находимъ припуханіе слизистыхъ оболочекъ раковинъ, то можемъ заключить отсюда, что катаррално припухшія слизистыя оболочки съ теченіемъ времени могутъ дать гноевидный секретъ.

### Катарръ и эмпіема Гайморовой полости.

#### Этіологія.

При продолжительномъ существованіи хронической припухлости на слизистой оболочкѣ раковинъ можно предположить, что подобный хроническій катарръ иногда распространяется также на придаточныя полости носа, *resp.* верхней челюсти. Продолжается ли припуханіе въ Гайморову полость, или же оно закладываетъ выходъ, приводя такимъ образомъ къ задержкѣ секрета въ полости,—этого вначалѣ нельзя рѣшить съ увѣренностью, хотя такое предположеніе очень вѣроят-

но. Несмотря на огромное количество случаевъ катарральной припухлости носовой слизистой оболочки, несмотря на то, что это страданіе встрѣчается у сотенъ и тысячъ людей, катарръ и эмпіема Гайморовой полости попадаются довольно рѣдко.

Воспалительныя заболѣванія челюстной пазухи и преимущественно хроническія формы въ большинствѣ случаевъ обязаны своимъ происхожденіемъ распространенію процесса съ носовой слизистой оболочки. Эти заболѣванія поражаютъ обыкновенно тѣхъ субъектовъ, у которыхъ вообще носовые катарры часто рецидивируютъ. Если бы было доказано, что долго застаивающійся катарральный секретъ самъ по себѣ можетъ превратиться въ гной, то подобное явленіе безспорно должно было бы наступать при этихъ воспаленіяхъ носовой слизистой оболочки, въ особенности—на нижней поверхности раковинъ.

Неоднократныя изслѣдованія показали, что на нормальной слизистой оболочкѣ носа находится множество бактерій; присутствіе обильнаго количества диплококковъ, а именно, диплококковъ *Friedländer'a*, при нагноеніяхъ, было вполне доказано моими учениками *Trost'омъ*, *Paulsen'омъ* и *Koschier*. Въ этихъ работахъ, равно какъ въ трудахъ *Hajek'a* (изъ института *Weichselbaum'a*) констатируется также присутствіе гноеродныхъ микробовъ (стрептококковъ и стафилококковъ) въ значительномъ числѣ. Новѣйшія работы относительно перелоя показываютъ намъ, что эти кокки могутъ изъ мѣста зараженія перейти въ сосѣдніе органы (*Bum*, *Wertheim*, *Finger* и проч.); въ виду этого я не сомнѣваюсь, что при часто рецидивирующемъ и получившемъ гнойный характеръ катарръ носа катарральное воспаление въ Гайморовой полости возникаетъ *per continuitatem* и *contactum*.

Кромѣ заболѣваній Гайморовой полости, образующихся, по моему мнѣнію, *per continuitatem*, существуютъ еще такія, которыя имѣютъ зубное происхожденіе, какъ это видно изъ работъ многихъ авторовъ и, между прочимъ, профессора *Chiari* <sup>1)</sup>. Изъ этихъ наблюденій вытекаетъ даже, что зубное происхожденіе страданія — зубная костоѣда—встрѣчается чаще всего (кромѣ того, называютъ новообразованія, некрозы стѣнокъ, закупориваніе *ostium maxillare* и инородныя тѣла).

### Симптоматологія и распознаніе.

Наиболѣе тяжелые катарры въ Гайморовой полости большею частью обращаютъ на себя вниманіе вслѣдствіе невралгій верхней челюсти, при чемъ самая жестокая боль наблюдается въ *fossa canina*. Благодаря современнымъ усовершенствованнымъ способамъ изслѣдованія и расширителямъ носа, при нѣкоторыхъ предосторожностяхъ, удается проникнуть взоромъ до ближайшей окружности выводного протока Гайморовой полости. Для этой цѣли прежде всего вставляютъ расширитель съ параллельными вѣтвями, а затѣмъ придавливаютъ слизистую оболочку тампономъ. Если ввести тампонъ изъ сильно сжатой ваты или изъ прессованной губки въ носовую полость, то даже при сильно припух-

<sup>1)</sup> Wiener klin. Wochenschr. 1889, S. 920, 943

шей слизистой оболочкѣ удается достигнуть значительнаго расширения полости носа тѣмъ, что содержимое сочной слизистой оболочки уменьшается, какъ бы выдавливается, такъ что, по крайней мѣрѣ на нѣкоторое время, получается возможность глубоко заглянуть въ средній носовой ходъ. Дальнѣйшіе вспомогательные моменты для осмотра носовой слизистой полости нерѣдко получаются благодаря самому болѣзненному процессу, такъ какъ сплошь и рядомъ на мѣстѣ устья Гайморовой полости находятъ гнойную пробку, оказывающую существенныя услуги для ориентировки. Подобныя гнойныя пробки отъ времени до времени отдѣляются самопроизвольно, и такимъ образомъ Гайморова полость освобождается отъ выполняющаго ее секрета. Показаніе больныхъ, что иногда жестокая боль внезапно прекращалась, объясняется только тѣмъ, что скопившійся секретъ освобождался изъ этого нормальнаго, временно сдѣлавшагося проходимымъ устья.

Распознаваніе основано на слѣдующихъ признакахъ (*Chiari* 1): на одностороннемъ истеченіи, которое появляется періодически, на протекшемъ, или еще существующемъ періодитѣ зубовъ соответственной стороны, на риноскопическомъ констатированіи выдѣленія гноя изъ *hiatus semilunaris*, возобновляющагося послѣ смыванія, на увеличеніи количества секрета при наклоненіи головы и на чувствѣ давленія и боли въ области верхней челюсти. Опухоли въ большинствѣ случаевъ не бываетъ.

### Терапія.

Основываясь на этихъ данныхъ, я примѣнялъ съ хорошимъ успѣхомъ соответственный методъ лѣченія эмпіемъ Гайморовой полости, а именно, чаще всего, какъ я уже это сообщилъ въ моемъ руководствѣ, посредствомъ шпирца, оканчивающагося короткой и тонкой трубкой, при помощи которой удается проникнуть въ Гайморову полость. Я не отрицаю, конечно, что введеніе такой тонкой трубки и примѣненіе струи жидкости въ Гайморовой полости представляютъ извѣстныя затрудненія; тѣмъ не менѣе, этотъ методъ слѣдуетъ предпочесть всѣмъ другимъ оперативнымъ приемамъ.

Въ послѣднее время я примѣнялъ также другой методъ лѣченія, состоящій въ слѣдующемъ: я беру тонкій тупой зондъ и плотно обертываю конецъ его ватой. Разъ я нашелъ устье Гайморовой полости, то въ дальнѣйшемъ я пользуюсь данными измѣренія, производимаго мною относительно разстоянія между этимъ устьемъ и носдрей. Обыкновенно удается посредствомъ зонда, искривленнаго на верхнемъ концѣ, проникнуть въ Гайморову полость. Этотъ зондъ, снабженный ватой, я предварительно погружаю въ 1—2%-ый растворъ ляписа и затѣмъ, вращая зондъ въ полости, смазываю всѣ стѣнки ея. Въ моментъ проникновенія зонда въ Гайморову полость пациентъ указываетъ, что онъ чувствуетъ зондъ въ *fossa canina*. Такъ какъ этотъ методъ я часто описывалъ въ моихъ лекціяхъ и заставлялъ продѣлывать своихъ учениковъ, то его нельзя назвать труднымъ. Тѣмъ не менѣе, прохо-

1) I. c.

дѣть нѣкоторое время, пока секретъ Гайморовой полости становится совершенно нормальнымъ, потому что я никогда не употребляю растворовъ болѣе 3‰.

Вторая выгода этого способа заключается въ томъ, что вслѣдствіе неоднократнаго введенія зонда выводной протокъ какъ бы расширяется и, слѣдовательно, даетъ больше простора для истеченія секрета. При подобномъ лѣченіи надо, однако, обратить вниманіе на то обстоятельство, что оно бываетъ продолжительнымъ, потому что обыкновенно приходится предоставить его самимъ пациентамъ. Дѣлается это слѣдующимъ образомъ: или научаютъ пациента при помощи искривленнаго шприца самому производить промываніе Гайморовой полости, или же, если онъ очень неловокъ, надѣвають на его ирригаторъ тонкую и прямую трубку съ боковымъ отверстіемъ, такъ что при извѣстной силѣ струи она бьетъ подъ прямымъ угломъ. На этой трубкѣ отмѣчаютъ посредствомъ каучуковаго кольца мѣсто, до котораго пациентъ долженъ вводить ее въ носъ: какъ только кранъ открываютъ, и пропускаютъ токъ жидкости, послѣдняя проникаетъ въ Гайморову полость. Проникла ли туда жидкость, и проникла ли она въ достаточной мѣрѣ—это опредѣляетъ пациентъ. Приучившійся къ этому приему пациентъ послѣ нѣсколькихъ впрыскиваній быстро самъ опредѣляетъ, проникла или не проникла жидкость въ Гайморову полость.

Противникомъ этого метода, который имѣетъ цѣлью проникнуть естественнымъ путемъ въ Гайморову полость, является профессоръ *Mikulicz*, который на Конгрессѣ нѣмецкихъ хирурговъ въ 1886 г. предложилъ иной способъ. Онъ говоритъ: такъ какъ по *Hunter*'у нормальное устье должно быть отнесено къ среднему носовому ходу, то я полагаю, что такое мѣстоположеніе является неблагоприятнымъ условіемъ для стока жидкости. Но не только *Hunter*, а и новѣйшіе авторы, какъ напр., *Henle* (стр. 825, фиг. 635), утверждаютъ, что выводной протокъ Гайморовой полости всегда находится высоко, на переднемъ концѣ средней носовой раковины, въ видѣ косо удлинненной щели. Уже было сказано выше, какія затрудненія связаны съ осмотромъ выводнаго протока Гайморовой полости, такъ какъ онъ бываетъ закрытъ средней носовой раковиною. Однако, такъ какъ этотъ выводной протокъ для многихъ тысячъ людей исполняетъ въ достаточной мѣрѣ свою роль въ теченіе всей ихъ жизни, то упрекъ *Mikulicz*'а, что онъ лежитъ слишкомъ высоко, чтобъ обезпечивать свободный стокъ жидкости, не имѣетъ основанія. *Zuckerkanndl* <sup>1)</sup> также описываетъ видъ и форму *hiatus semilunaris antri Highmori* слѣдующимъ образомъ: отверстіе, сообщающее носовую и челюстную полости (*ostium maxillare*), имѣетъ видъ эллиптической щели, стоящей сагиттально своей болѣе длинной осью; во многихъ случаяхъ это отверстіе бываетъ кругловатымъ, и тогда отъ припуханія краевъ слизистой оболочки оно не такъ легко закупоривается. По своимъ измѣреніямъ *Zuckerkanndl* (*ibid.*) нашелъ, что наименьшій поперечникъ отверстія равенъ 3 миллиметрамъ; самое большое отверстіе имѣло въ длину 19 миллиметровъ и въ ши-

1) *E. Zuckerkanndl*. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhängen. Wien. Braunmüller, 1882.

рину 5. Во всякомъ случаѣ *foramen maxillare* проходимо для зондовъ, и изъ многихъ случаевъ *Zuckerkanndl* нашелъ только одинъ разъ, что *hiatus semilunaris* былъ непроходимъ для зонда: это отверстие представляетъ собой, слѣдовательно, самый естественный путь для проникновенія въ Гайморову полость. При указанномъ способѣ, благодаря помощи больного, который точно указываетъ, когда онъ чувствуетъ проникновеніе воды въ Гайморову полость, удается въ концѣ концовъ найти надлежащее мѣсто для введенія шприца, при чемъ длину, на которую надо ввести трубку, отмѣчаютъ какимъ-нибудь знакомъ. Что касается выбора пригодныхъ для этого лѣкарственныхъ веществъ, то здѣсь имѣютъ мѣсто тѣ же принципы, которые были указаны для лѣченія катарра носовой слизистой оболочки.

*Mikulicz*, утверждая, что выводной протокъ (нормальный, анатомическій) непригоденъ для этой цѣли, рекомендовалъ совершенно новый способъ лѣченія, а именно, прободеніе боковой стѣнки верхней челюсти на уровнѣ нижняго носового хода, т. е. подъ нижней раковиной. Этотъ способъ вскорѣ нашелъ себѣ подражателей, и большинство авторовъ склонилось къ тому убѣжденію, что прободеніе стѣнки представляетъ собой болѣе удобный приемъ. Я приведу здѣсь вкратцѣ тѣ основанія, которыя различные новаторы приводятъ въ пользу своихъ способовъ.

*Chiari* видитъ неудобство моего способа въ томъ, что жидкость имѣетъ слишкомъ ничтожное давленіе, и что при этомъ нѣтъ отверстія для стока; введеніе зондовъ, будто бы, очень трудно.

*Hartmann* предложилъ резекцію средней раковины: этотъ приемъ, по моимъ наблюденіямъ, является еще болѣе полезнымъ изъ всѣхъ.

*Desault* дѣлаетъ прободеніе передней стѣнки *fossa canina* <sup>1)</sup>.

*Chiari* находитъ, что прокладываніе отверстія со стороны твердаго нѣба у корня скулового отростка показано только при выпячиваніи и истонченіи стѣнки.

*Ziem* (Данцигъ) на Берлинскомъ конгрессѣ въ засѣданіи, на которомъ я предсѣдательствовалъ, сообщилъ мнѣ, что въ теченіе послѣднихъ лѣтъ онъ примѣнилъ въ 150 случаяхъ катарра Гайморовой полости слѣдующій способъ: онъ производилъ прободеніе стѣнки Гайморовой полости троакаромъ въ *fossa canina* надъ зубами и отсюда промывалъ полость.

*Mikulicz* прокладываетъ отверстие троакаромъ изъ нижняго носового хода черезъ наружную стѣнку носа и промываетъ Гайморову по-

1) Это—самый грубый, но самый легкій приемъ для мало опытнаго въ хирургіи врача, а для пациента—самый мучительный способъ. Какъ только это варварское прободеніе троакаромъ сдѣлано, надо ввести въ отверстие дренажную трубку; послѣдняя выстоитъ изъ раны и плотно лежитъ между верхней челюстью и щекой. Пациентъ долженъ носить ее мѣсяцами или, какъ мы это неоднократно видѣли, даже годами. Подъ конецъ это становится такъ невыносимо, что я долженъ былъ удалять трубку и предпринять лѣченіе со стороны полости носа. Недавно одинъ больной, оперированный подобнымъ образомъ, явился ко мнѣ, при чемъ оказалось, что при прободеніи наступило громадное кровотеченіе, котораго даже опытный хирургъ не былъ въ состояніи остановить въ теченіе нѣсколькихъ недель; онъ тампонируетъ полость, но какъ только тампонъ вынимался, наступало вновь обильное кровотеченіе изъ Гайморовой полости.

лость при помощи канюли. Противъ этого предложенія я долженъ сказать, что вслѣдствіе выпячиванія нижней раковины часто бываетъ очень трудно проникнуть въ нижній носовой ходъ и приходится нерѣдко дѣлать прободеніе нижней раковины.

*Weinlechner* и *Krause* пользуются тѣмъ же приѣмомъ; первый прокладываетъ отверстіе съ помощью ножницъ, а второй при помощи троакара съ двойнымъ токомъ.

*Cooper* прокладываетъ отверстіе послѣ извлеченія зуба черезъ соотвѣтственную луночку. *Chiari* также практиковалъ этотъ приѣмъ и поручалъ затѣмъ пациенту самому вводить себѣ трубку въ 15 сантиметровъ длины, при посредствѣ которой впрыскивается 200—300 кубическихъ сантиметровъ жидкости. *Chiari* достигалъ этимъ путемъ хорошихъ результатовъ.

*Schech* въ упорныхъ случаяхъ выбиваетъ при помощи долота изъ передней стѣнки кусокъ кости и тампонируетъ затѣмъ іодоформовой марлей.

*Desault-Küster* выскребываетъ Гайморову полость.

*Combe* извлекаетъ зубъ, прокладываетъ отверстіе черезъ луночку, промываетъ Гайморову полость и наполняетъ ее порошкомъ іодола.

*Krause* дѣлаетъ отверстіе въ нижнемъ носовомъ ходѣ, промываетъ растворомъ буры, продуваетъ воздухъ, и всю полость присыпаетъ іодоломъ или іодоформомъ. Этотъ методъ также, будто бы, давалъ хорошіе результаты.

Мой многолѣтній опытъ показалъ, что подобные приѣмы дѣлаютъ пациентовъ надолго больными. Одинъ пациентъ, оперированный профессоромъ W., явился ко мнѣ черезъ нѣсколько лѣтъ, при чемъ я нашелъ, что проломленная кривыми ножницами костная стѣнка все еще оставалась обнаженной. Кость оказалась шероховатой, т. е. послѣ этого прободенія наступила костоѣда.

*Mikulicz* употребляетъ для прободенія боковой стѣнки тонкій стилеть, т. е. пользуется болѣе нѣжнымъ инструментомъ, затѣмъ промываетъ полость троакарной канюлей, которую онъ оставляетъ въ искусственномъ каналѣ. Другіе примѣняютъ здѣсь, вмѣсто простого троакара, троакаръ съ двойной канюлей, что позволяетъ болѣе тщательно промыть Гайморову полость: черезъ вторую канюлю вырынутое лѣкарственное вещество вытекаетъ обратно.

Катарръ Гайморовой полости зубного происхожденія.

Такъ какъ очень многіе авторы относятъ происхожденіе катарра Гайморовой полости на счетъ поражений зубовъ, то мы должны рассмотретьъ здѣсь эту форму.

Нѣтъ сомнѣнія, что встрѣчаются неоднократно случаи нагноенія Гайморовой полости, которые вызваны костоѣдой зубныхъ корешковъ, такъ какъ воспаленіе изъ луночки непосредственно переходитъ въ Гайморову полость. Въ подобныхъ случаяхъ зубы обыкновенно расшатываются, самопроизвольно выпадаютъ, или извлекаются врачомъ, при чемъ оказывается, что между Гайморовой полостью и полостью рта уже существуетъ сообщеніе. Затѣмъ начинается безпре-



рывное истеченіе секрета, и пациенты жалуются на отвратительный вкус, вслѣдствіе постоянного вытеканія изо рта гноя. Подобные случаи дѣлать впрыскиваніями, при чемъ впрыснутая жидкость большею частью проникаетъ изъ луночки въ носъ и обратно.

Во многихъ случаяхъ приходится извлечь моляръ и при помощи бора установить сообщеніе между луночкой и Гайморовой полостью. Мнѣ приходилось это дѣлать довольно часто, а именно, у тѣхъ больныхъ, которые вслѣдствіе своей неловкости совершенно не могли производить промываній Гайморовой полости сверху, или же—у иностранцевъ, которыхъ надо было отпустить на родину.

Въ подобныхъ случаяхъ я ввожу тонкую серебряную палочку въ продѣланное въ верхней челюсти отверстіе и при помощи зацѣпокъ прикрѣпляю эту палочку къ сосѣднему зубу. Если пациентъ желаетъ промыть Гайморову полость, то онъ удаляетъ палочку, вставляетъ шприцъ на нижнемъ концѣ этого хода, и жидкость въ большинствѣ случаевъ вытекаетъ наружу изъ носа. Само собой разумѣется, что палочка въ остальное время всегда должна оставаться въ каналѣ, чтобы препятствовать закрытію его.

Противъ зубного происхожденія эмпиемы говоритъ также то обстоятельство, что при мацерации верхней челюсти во многихъ случаяхъ альвеолярная часть сверху бываетъ совершенно отдѣлена отъ Гайморовой полости цѣльной костной пластинкой; случается такимъ образомъ, что если на живомъ сдѣлать отверстіе въ луночкѣ боромъ, то въ Гайморовой полости сначала не находятъ никакого секрета, но если примѣнять еще разъ боръ, то проникаютъ черезъ указанную костную пластинку въ Гайморову полость. Эта анатомическая особенность уже указываетъ, что эмпиема Гайморовой полости обыкновенно не имѣетъ зубного происхожденія.

### Исторіи болѣзни.

Насколько я раньше старался при изданіи большого клиническаго руководства по болѣзнямъ гортани приложить какъ можно больше исторій болѣзни, настолько же я теперь убѣжденъ, послѣ 30-лѣтней преподавательской дѣятельности, въ бесполезности подобныхъ исторій. Тѣмъ не менѣе, слѣдуя старой латинской поговоркѣ, „*verba docent, exempla trahunt*“, я позволяю себѣ привести здѣсь, изъ многихъ наблюдавшихся мною случаевъ, двѣ исторіи болѣзни, касающіяся весьма извѣстныхъ лицъ.

Первый случай касается вѣнскаго профессора Е., нѣжнаго, блѣднаго, чувствительнаго къ переменамъ воздуха, лысаго, 40-лѣтняго субъекта, годами страдавшаго насморкомъ. Когда онъ поступилъ ко мнѣ на излѣченіе, у него существовала уже съ давнихъ поръ *neuralgia infraorbitalis*. Врачъ, лѣчившій его раньше, принялъ болѣзнь его за *tic douloureux* и тщетно примѣнялъ всевозможныя терапевтическія средства. Онъ пришелъ къ убѣжденію, что боль можетъ вызываться чѣмъ-нибудь изнутри, и послалъ поэтому пациента ко мнѣ. Я произвелъ изслѣдованіе при помощи прессованной губки, чтобы уменьшить припуханіе слизистой оболочки и имѣть возможность лучше осмотрѣть полость, при чемъ я пашель у выхода Гайморовой полости выступающій бѣлый зубецъ. Этотъ зубчикъ оказался ни чѣмъ инымъ, какъ уплотненнымъ гнойнымъ секретомъ такой плотности, что совершенно закупоривалъ отверстіе. Я сейчасъ же

освободить выходъ, промыть Гайморову полость, и какъ только возстановилась проходимость отверстія, невралгическая боль исчезла. Этимъ было доказано, что невралгія вызывалась скопленіемъ гноя въ Гайморовой полости и задержаніемъ его оттока. Лѣченіе заключалось въ описанныхъ выше промываніяхъ, которыя производились частью мною, частью самимъ пациентомъ. По истеченіи 6 недѣль наступило выздоровленіе, и пациентъ оставался долгое время здоровымъ. Черезъ два года приблизительно онъ снова явился ко мнѣ съ тѣми же невралгическими болями, наступившими, какъ я полагаю, послѣ простуды. Однако, страданіе продолжалось теперь недолго и, при томъ же методѣ лѣченія, пациентъ вскорѣ выздоровѣлъ. Съ тѣхъ поръ онъ былъ совершенно здоровъ; онъ умеръ отъ паралича сердца.

Второй случай касается жены Р. Р. изъ Москвы. Она также явилась съ сильными болями верхней челюсти, при чемъ также поставленъ былъ діагнозъ невралгіи, и она должна была уже подвергнуться операциі. Она предпочла обратиться сначала за помощію въ Вѣну, явилась ко мнѣ и подверглась изслѣдованію. Я нашелъ хроническій катарръ Гайморовой полости вслѣдствіе закупориванія отверстія и всѣ указанные выше симптомы эмпіемы. Она лѣчилась нѣсколько недѣль въ санаторіи *Löw'a*—и выучилась сама промывать себѣ полость. По истеченіи 6 недѣль она оставила санаторію почти здоровой, но въ ближайшую зиму снова явилась въ прежнемъ состояніи. Лѣченіе было повторено и передъ выпиской я предложилъ ей проложить противоотверстіе посредствомъ прободенія луночки и безъ того негоднаго зуба (малый коренной), чтобы она сама могла промывать себѣ полость. Я направилъ пациентку къ зубному врачу, который извлекъ у нея зубъ, пробуровилъ черезъ луночку капаль, впрыснулъ туда жидкость и научилъ ее производить промываніе черезъ это отверстіе. Эта женщина получила пригнанную къ отверстию серебряную палочку съ зацѣпкой для укрѣпленія на сосѣднихъ зубахъ; въ послѣдніе дни своего пребыванія она научилась сама производить промыванія, такъ что впрыскиваемая черезъ луночку жидкость всегда вытекала изъ носа. Она поѣхала домой совершенно здоровой. Весною, проѣздомъ въ Италію, она была въ Вѣнѣ; хотя она была совершенно здорова, она явилась ко мнѣ и сообщила, что изъ предосторожности всегда продолжаетъ производить впрыскиванія и носить до сихъ поръ серебряную палочку въ отверстіи, что ее нисколько не стѣсняетъ. На мое предложеніе дать зарости отверстию она не согласилась. Состояніе ея было настолько хорошо, что она не желала лишиться этого предохранительнаго клапана.

### Гонококковая инфекція носа.

Противъ того взгляда, по которому носовая слизистая оболочка не можетъ, будто бы, заразиться гонококками, я могу привести нѣсколько случаевъ, гдѣ подобное зараженіе состоялось.

Первый случай касается содержателя гостиницы, стараго кутилы, который, по его собственнымъ показаніямъ, часто предавался эксцессамъ *in Baccho et Venere*. Благодаря этому, онъ получилъ перелой и чрезвычайно обильное истеченіе изъ носа. Онъ сообщилъ мнѣ, что однажды въ пьяномъ состояніи онъ очутился своимъ носомъ близъ зараженнаго влагалища. Ко мнѣ онъ явился уже тогда, когда катарръ носа былъ настолько силенъ, что вслѣдствіе чрезмѣрнаго отдѣленія верхняя губа сильно припухла и изъязвилась. Свой перелой пациентъ лѣчилъ уже раньше, а ко мнѣ обратился только по поводу катарра носа и воспаленія на верхней губѣ.

Я нашелъ, что носъ сильно припухъ, верхняя губа покраснѣла и была чувствительна; при этомъ изъ носа постоянно выдѣлялось такое обильное количество секрета, что, по словамъ пациента, онъ ежедневно долженъ былъ перемѣнять отъ 60 до 100 носовыхъ платковъ. Я наблюдалъ даже, что во время разговора секретъ непрерывно продолжалъ вытекать изъ носа. Я подвергъ пациента лѣченію (онъ совершенно не зналъ о характерѣ своего страданія), въ виду полной потери имъ обонянія, впрыскиваніями сильнаго раствора цинка въ носъ, а на верхней губѣ примѣнили обычныя для экземы средства. Лѣче-

не продолжалось нѣсколько недѣль, при чемъ пациентъ, послѣ того какъ секретъ изъ всегда переполненнаго гноемъ носа постепенно пересталъ вытекать, снова явился ко мнѣ съ жалобой, что секретъ стекалъ черезъ глотку и вызвалъ экскоріаціи гортани. И на этотъ разъ впрыскиванія раствора цинка и ингаляціи его дали улучшеніе. Пациентъ затѣмъ исчезъ изъ виду, такъ что я ничего не могу сообщить о дальнѣйшемъ теченіи болѣзни.

Къ сожалѣнію, невозможно сообщить исторіи болѣзни подобныхъ пациентовъ. Довольно и того, что я въ подобныхъ случаяхъ разспрашивалъ больныхъ. Тѣмъ не менѣе, чтобы дать хоть приблизительное понятіе, я приведу слѣдующую исторію болѣзни.

Народная учительница m-lle N. N., невѣста учителя той же школы, въ виду близости своей свадьбы отдалась ему и по ея собственному признанію имѣла съ нимъ ежедневныя половыя сношенія. По истеченіи нѣкотораго времени онъ получилъ перелой, передалъ его невѣстѣ, у которой обнаружилиясь всѣ признаки перелою уретры и влагалища. Пациентка особенно указывала на то, что она испытывала сильныя судорожныя сокращенія мочевого пузыря, жженіе при мочеиспусканіи и т. д. Вскорѣ послѣ того какъ она заразилась, учитель ее бросилъ. По ея словамъ, у нея осталась сильная потребность въ половомъ сношеніи, и она стала предаваться мастурбаціи, которую производила, по ея собственнымъ словамъ, утромъ и вечеромъ. Ко мнѣ она явилась съ жалобой на сильное щекотаніе, зудъ и боли въ носу. При изслѣдованіи обнаружилось, что у нея существовалъ сильный гнойный катарръ въ носу и въ глоткѣ и чрезвычайно обильное скопленіе секрета въ гортани и въ дыхательномъ горлѣ. На мой прямой вопросъ, не понала ли она пальцемъ во время мастурбаціи въ носъ, она отвѣтила утвердительно; она это дѣлала, такъ какъ всегда чувствовала сильное щекотаніе въ носу. Ей въ голову не приходило обмыть свою руку послѣ мастурбаціи. Такимъ образомъ, не оставалось сомнѣнія, что больная перенесла непосредственно въ полость носа перелой изъ влагалища, который былъ констатированъ также мною.

Такого откровеннаго признанія, какое сдѣлала эта пациентка, не всегда удается добиться, тѣмъ не менѣе можно установить слѣдующее: на вопросы, большинство проститутокъ и другихъ женщинъ, предававшихся подобному культу любви, отвѣчаютъ, что они вскорѣ послѣ полученія влагалищныхъ бѣлей испытывали извѣстный зудъ и щекотаніе въ носу, при чемъ наступало постоянное истеченіе изъ носа. Довольно трудно, конечно, добиться во всѣхъ случаяхъ подобнаго признанія со стороны пациентокъ. Однако, если заболѣваніе носа и глотки сопоставлять съ заболѣваніемъ уретры и вагины и обращать вниманіе на зависимость ихъ между собою, то этиологическое изслѣдованіе не представляетъ затрудненій <sup>1)</sup>.

При томъ громадномъ интересѣ, который имѣетъ въ настоящее время вопросъ о гонококковой инфекціи, я обратился къ профессору

<sup>1)</sup> *Leopold Müller*, ассистентъ II офтальмологической клиники въ Вѣнѣ, который имѣлъ случай часто наблюдать и лѣчить бленоррею новорожденныхъ, на мой вопросъ, не встрѣчалъ ли онъ при этомъ бленорреи носовой слизистой оболочки, отвѣтилъ, что такіе случаи онъ наблюдалъ неоднократно. При этомъ надо замѣтить, что его микроскопическія и бактериологическія изслѣдованія секрета носовой слизистой оболочки у подобныхъ дѣтей всегда давали положительные результаты, такъ что онъ и микроскопическимъ путемъ, и путемъ разводокъ убѣждался въ присутствіи гонококковъ. Я лично, какъ уже упомянуто выше, не имѣлъ случая наблюдать бленоррею новорожденныхъ, такъ какъ ко мнѣ всегда обращались по поводу послѣдствій этого страданія: дѣти соплили и не могли сосать вслѣдствіе закладыванія носа. Данныя *Müller'a* не оставляютъ теперь ни малѣйшаго сомнѣнія въ томъ, что указанія относительно ничтожной воспримчивости носовой слизистой оболочки неосновательны.

*E. Finger*'у, чтобы узнать его мнѣніе, основанное на богатомъ опытѣ по этому предмету. Профессоръ *Finger* любезно сообщилъ намъ слѣдующія данныя.

### Перелой носа.

Наши свѣдѣнія о перелоѣ носа довольно ограниченны. Старые врачи много говорятъ о перелоѣ носа, который, по мнѣнію приверженцевъ *Eisenmann*'овой школы, не представляетъ собою результата прямого зараженія, а долженъ быть разсматриваемъ, какъ „перелойный метастазъ“. Такъ, *A. Duncan* (Medical cases selected from the records of the public dispensary at Edinburgh, 1784), *Hecker* (Theoretische praktische Abhandlung über den Tripper, 1787) и *Desruelles* (Traité prat. des mal. ven., 1836) сообщаютъ случаи согуза gonorrhœica. *Lebel* (Thèse de Paris, 1834) упоминаетъ объ одномъ случаѣ перелоа носа у пациента, у котораго былъ перелой глазъ, и высказываетъ подозрѣніе, что воспаленіе перешло черезъ слезно-носовой каналъ изъ глазъ на слизистую оболочку носа. *Edwards* (Rhinitis blennorrhagica, Lancet, 1857) сообщаетъ о носовомъ перелоѣ, который получила одна женщина, утеревъ носъ платкомъ, примѣненнымъ раньше ея сыномъ, страдавшимъ перелоемъ, въ качествѣ суспензорія и запачканнымъ гноемъ. Однако, эти данныя не заслуживаютъ довѣрія. Онѣ, повидимому, совершенно опровергнуты отрицательными результатами опытовъ *Diday* (Rhinite blenn. Ann. de la syphilis et des maladies de la peau, 1858), который произвелъ 30 прививокъ перелойнаго гноя въ полость носа и рта.

И въ бактериологическую эпоху вначалѣ отрицали существованіе rhinitis gonorrhœica. До недавняго времени держались убѣжденія, что гонококковой инфекціи доступны только слизистыя оболочки, покрытыя цилиндрическимъ эпителиемъ, тогда какъ слизистыя оболочки съ плоскимъ эпителиемъ, наоборотъ, совершенно иммунны.

Это предположеніе впоследствии было опровергнуто патолого-анатомическими изслѣдованіями, доказавшими существованіе перелоа въ тканяхъ вокругъ уретры, въ прямой кишкѣ, въ трубахъ и въ самой уретрѣ, такъ что *Finger*, *Ghon* и *Schlagenhauser* (Beiträge zur Biologie des Gonococcus, Archiv für Dermatol., 1894) пришли къ заключенію, что гонококки могутъ вѣдраться во всякую слизистую оболочку, но картина болѣзни бываетъ различной, смотря по данному эпителию. На слизистыхъ оболочкахъ съ многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ гонококки остаются въ болѣе поверхностныхъ слояхъ, а именно, въ верхнихъ слояхъ эпителия и между ними. Наоборотъ, слизистыя оболочки, покрытыя цилиндрическимъ и мерцательнымъ эпителиемъ, не оказываютъ никакого противодѣйствія вѣдренію гонококковъ, которые быстро проходятъ черезъ эпителиальный слой и проникаютъ въ соединительную ткань.

Согласно этому нельзя болѣе вѣрить въ иммунитетъ носовой слизистой оболочки по отношенію къ гонококкамъ, но нижняя часть ея, покрытая плоскимъ эпителиемъ, должна быть менѣе склонна къ инфекціи, чѣмъ верхняя часть, покрытая мерцательнымъ эпителиемъ. Рѣдкое

появленіе перелойнаго ринита и объясняется этимъ относительнымъ иммунитетомъ переднихъ частей носа и рѣдкими случаями вѣдренія секрета въ болѣе глубокія части носа. Правда, *Gottstein* (*Nasenkrankheiten* въ Энциклопедіи *Eulenburg'a*) считаетъ существованіе rhinitis gonorrhoeica доказаннымъ, точно также *B. Fränkel* (*Ziemssen, Handbuch, IV, 1, 1879*) относитъ насморкъ новорожденныхъ въ большинствѣ случаевъ на счетъ перелоя, хотя при этомъ онъ исходитъ изъ ложнаго предположенія, что мерцательный эпителий обонятельной оболочки затрудняетъ укорененіе гонококковъ. Однако, до сихъ поръ еще не было описано несомнѣннаго случая rhinitis gonorrhoeica, доказаннаго бактериологическимъ путемъ. Только *Rosinski* (*Ueber gonorrhoeische Erkrankung der Mundschleimhaut bei Neugeborenen, Zeitschrift für Gynäkologie, 1891*) сообщаетъ, что у одного новорожденнаго въ отдѣленіи изъ носа онъ нашелъ гонококки, которые въ большомъ количествѣ содержались въ гнойныхъ клѣткахъ, при чемъ слизистая оболочка носа не представляла никакихъ патологическихъ измѣненій.

### Перелойный стоматитъ.

Эта форма допускалась старыми авторами. Такъ, *Fabre* (*Bibl. de méd. pratique*), *Petrusic* (цит. у *Hölder'a Lehrb. d. vener. Krankheiten, 1851*) и *Desruelles* (*Traité prat. des mal. ven., 1836*) сообщаютъ о такихъ случаяхъ, происшедшихъ большею частью влѣдствіе coitus per os. *Diday* (*Ann. de la syphilis et des mal. de la peau, 1858*) отвергалъ существованіе перелойнаго стоматита на основаніи отрицательныхъ результатовъ собственныхъ опытовъ съ прививкой.

Къ такому же убѣжденію вначалѣ пришла бактериологическая школа, исходя изъ того предположенія, что гонококки не могутъ проникнуть въ многослойный плоскій эпителий, который невосприимчивъ въ гонококковой инфекціи.

Кромѣ того, что это положеніе оказалось по новѣйшимъ изслѣдованія совершенно невѣрнымъ, въ настоящее время уже описано нѣсколько случаевъ безспорнаго перелойнаго стоматита.

Такъ, *Cutler* (*Gonorrh. Infect. of the month. N. Y. med. Journ., 1888*) наблюдалъ у одной дѣвушки послѣ coitus per os стоматитъ съ образованіемъ болѣзненныхъ трещинъ. Въ дифтерийномъ налетѣ оказались гонококки.

*Rosinski* (*Ueber gonorrhoeische Erkrankung der Mundschleimhaut bei Neugeborenen. Zeitschrift f. Gynäkologie, 1891*) нашелъ въ 5 случаяхъ у новорожденныхъ особый родъ афтознаго стоматита, при чемъ въ секретѣ язвъ и на срѣзахъ вырѣзанныхъ изъязвленій найдены были гонококки.

*Dohrn* (*Archiv für Gynäkologie, т. 40*) и *Kast* (*Inaug. Diss., Боннъ, 1894*) сообщаютъ каждый по одному случаю, аналогичному наблюденіямъ *Rosinski*.

## VI.

## Ozaena foetida atrophicans.

## Этіологія.

Стремленіемъ авторовъ установить этиологическіе моменты для озены или атрофирующаго гнойнаго зловоннаго насморка объясняется то обстоятельство, что всѣ они прежде всего старались найти бактеріи въ содержимомъ полости носа. Большинство бактериологовъ, которые изслѣдовали въ этомъ направленіи полость носа, называютъ эту работу бесполезною, такъ какъ число микроорганизмовъ, встрѣчающихся въ здоровомъ носу, такъ велико и виды ихъ такъ разнообразны, что всѣхъ ихъ нельзя изслѣдовать для рѣшенія извѣстнаго вопроса.

Изъ многихъ бактериологовъ, производившихъ подобнаго рода изслѣдованія, я назову двухъ моихъ старыхъ учениковъ, *Thost'a* въ Гамбургѣ и *Paulsen'a* въ Килѣ, и приведу здѣсь резюме ихъ работъ. *Thost* <sup>1)</sup> во время своего пребыванія въ Вѣнѣ (1885—86), работая въ лабораторіи проф. *v. Frisch'a*, опубликовалъ работу относительно пневмококковъ въ носу. Онъ въ это время задался цѣлью изслѣдовать на содержаніе бактерій носовой секретъ у больныхъ въ амбулаторіи *Schrötter'a* и моей. При этомъ онъ изъ 17 случаевъ озены нашелъ въ 12 случаяхъ ясныя инкапсулированные кокки, а въ нѣсколькихъ случаяхъ, главнымъ образомъ въ мягкихъ частяхъ корокъ, настоящія колоніи изъ чистой культуры кокковъ, снабженныхъ капсулой. При другихъ формахъ ринита (по особеннымъ причинамъ) онъ вначалѣ получилъ лишь отрицательные результаты, изъ чего онъ заключилъ, что кокки съ капсулами имѣютъ тѣсную причинную связь съ озой, такъ какъ при рѣзко выраженной и не подвергшейся лѣченію озеи онъ всегда находилъ кокки съ капсулой; однако, послѣ улучшенія методовъ окраски онъ убѣдился въ томъ, что эти кокки существуютъ и при легкомъ остромъ ринитѣ. Предположивъ, что этотъ кокъ играетъ главную роль въ происхожденіи озаена *specifica*, онъ впрыскивалъ затѣмъ ихъ въ носовую слизистую оболочку кролика, но не получилъ положительнаго результата.

Но такъ какъ его поразило чрезвычайное сходство чистыхъ культуръ этихъ микроорганизмовъ съ культурами диплококка *Friedländer'a*, то онъ впрыснулъ ихъ мышамъ въ легкія и получилъ такой же результатъ, какъ при впрыскиваніи кокковъ *Friedländer'a*, т. е. животныя погибли отъ плевропневмоніи. Такимъ образомъ, онъ долженъ былъ на основаніи своей работы довольствоваться тѣмъ заключеніемъ, что диплококки, найденные въ носу, тождественны съ тѣми, которые вызываютъ у человѣка крупозную пневмонію. Въ заключеніе онъ говоритъ слѣдующее: „дальнѣйшія наблюденія должны показать: какую связь имѣютъ пневмококки, встрѣчающіеся въ носу, съ крупозной пневмоніей у людей; заслуживаетъ особеннаго вниманія то обстоятельство,

1) *Thost*. Pneumoniekokken in der Nase. Deutsche med. Wochenschr., 1886, № 10.

что этот микроорганизм находится въ большомъ количествѣ, а именно, у золотушныхъ субъектовъ при озенѣ. Если, однако, этотъ коккъ стоитъ въ связи съ острымъ насморкомъ, то отсюда вытекалъ бы интересный фактъ, что легкія получаютъ патогенные зародыши изъ носа“.

Въ своей новѣйшей работѣ <sup>1)</sup> *Thost* становится на болѣе широкую точку зрѣнія. Посредствомъ продолжительныхъ изслѣдованій онъ пришелъ къ заключенію, что найденные имъ диплококки далеко не всегда стоятъ въ связи съ озеной, и что эти диплококки встрѣчаются также при хроническомъ ринитѣ; кромѣ того, онъ нашелъ, что здѣсь играетъ роль консистенція носовой слизи. Такъ какъ онъ пришелъ къ другому заключенію относительно распространенія кокковъ, то онъ подвергъ изслѣдованію свой собственный здоровый носъ и въ секретѣ послѣ окончанія легкаго насморка нашелъ у себя пневмококки въ видѣ отдѣльныхъ цѣпочекъ или кучекъ, особенно преобладавшихъ въ плотномъ сливковидномъ и кашицеобразномъ секретѣ. вмѣстѣ съ *Weichselbaum* онъ полагаетъ, что дѣло идетъ здѣсь вовсе не о коккахъ, но о бациллахъ, окруженныхъ капсулой, такъ что вслѣдствіе перевѣса длины надъ шириною въ чистой культурѣ эти микроорганизмы слѣдуетъ признать за пневмобактеріи, окруженные капсулой. Однако, вслѣдствіе измѣнчивости вида, т. е. величины и формы микроба, и вслѣдствіе незначительной консистенціи капсулы у старыхъ людей и значительной консистенціи у молодыхъ, изслѣдованіе приводитъ къ противорѣчивымъ результатамъ.

Онъ указываетъ на *Weichselbaum*'а, который экспериментально занимался изученіемъ вопроса о микроорганизмахъ при пневмоніи и установилъ существованіе слѣдующихъ 4 формъ кокковъ:

1. Кокка *Friedländer*'а, resp. бациллы (рѣже всего);
2. Диплококка, имѣющаго болѣе ланцетовидную форму (*Fränkel*);
3. Стрептококковъ;
4. Стафилококковъ (золотистаго и бѣлаго).

*Weichselbaum* нашелъ, однако, громадное число этихъ микроорганизмовъ въ секретѣ и экссудатѣ носа, придаточныхъ полостей его, въ отечной жидкости изъ подслизистой ткани у умершихъ отъ пневмоніи, а также въ легкихъ, мозговыхъ оболочкахъ и въ желудочкахъ мозга при пневмоніи, присоединяющейся къ менингиту. *Thost* совершенно иначе объясняетъ это явленіе, чѣмъ *Weichselbaum*, и думаетъ, что инфекция легкихъ и основанія мозга находятся въ связи съ состояніемъ носа, тогда какъ *Weichselbaum* считаетъ носовую инфекцію вторичной.

Работа *Loewenberg*'а относительно кокковъ при озенѣ побудила *Paulsen*'а <sup>2)</sup> предпринять изслѣдованіе этого микроорганизма, и при томъ при обыкновенномъ зловонномъ насморкѣ, ведущемъ къ атрофіи. Онъ нашелъ уже при обычномъ (не зловонномъ) ринитѣ съ атрофіей, кромѣ большихъ количествъ бактерій *Friedländer*'а, также бациллу съ капсу-

1) *Thost*. Ueber den Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Nase und Lungen. Vortrag. Deutsche med. Wochenschrift, 1887, № 35.

2) *Paulsen*. Ueber einen schleimbildenden Kapselbacillus bei atrophirenden Rhinitiden (Изъ Гигиеническаго Института Кильскаго университета). Mitth. f. d. Ver. schleswig-holsteinischer Aerzte, 1893.

лой, которая по своему виду въ чистой культурѣ получила въ Гигіеническомъ Институтѣ названіе „слизеобразующей бациллы съ капсулой“. Опыты съ вырыскиваніемъ въ брюшину культуръ, разведенныхъ въ стерильной водѣ, дали у кроликовъ и морскихъ свинокъ отрицательные результаты, тогда какъ бѣлыя мыши и крысы послѣ подкожныхъ вырыскиваній погибали въ теченіе  $1\frac{1}{2}$ — $5\frac{1}{2}$  дней отъ болѣзни, которая не обнаруживалась никакими характерными симптомами. Въ крови этихъ животныхъ снова были находимы эти бациллы съ капсулой въ значительномъ количествѣ (въ крови мышей ихъ было больше, нежели въ крови крысъ). Чтобы изучить свойства капсулы, онъ дѣлалъ новые посѣвы бациллы *Friedländer*'а и *Pfeiffer*'а, а также *micrococcus tetragenus* на различныхъ питательныхъ средахъ и нашелъ, что капсула всего лучше развивается въ молокѣ, сливкахъ и снятомъ молокѣ, тогда какъ въ другой питательной средѣ капсула развивается въ гораздо меньшей степени.

Сходство слизеобразующей бациллы, окруженной капсулой, съ пневмобациллами *Pfeiffer*'а и *Friedländer*'а побудило *Paulsen*'а отыскать различіе между этими 3 видами при помощи культивированія на различныхъ питательныхъ средахъ. Между описываемой здѣсь бациллой съ капсулой и бациллой *Pfeiffer*'а обнаружилось рѣзкое различіе, тогда какъ бацилла *Friedländer*'а оказалась довольно сходной съ капсулированнымъ коккомъ.

Дальнѣйшія изслѣдованія, произведенныя надъ секретомъ при зловонномъ атрофирующемъ ринитѣ, равно какъ надъ секретомъ при простомъ атрофирующемъ ринитѣ, указывали всегда на громадное содержаніе этого микроорганизма. Наоборотъ, какъ секретъ здоровой слизистой оболочки, такъ и секретъ при спорадическомъ насморкѣ, при *rhinitis fibrinosa*, а также при *rhinitis hyperplastica* съ полипозными новообразованіями, этихъ микробовъ никогда не содержалъ (въ противоположность съ результатами *Thost*'а).

Изслѣдованіе при т. н. простомъ разлитомъ хроническомъ катаррѣ носа и при относящемся сюда легкомъ гиперпластическомъ хроническомъ ринитѣ также дало отрицательный результатъ. Одинъ разъ, впрочемъ, авторъ нашелъ въ желатиновой культурѣ жидкаго слизистаго секрета у одной дѣвушки, у которой существовали аденоидныя разраженія въ носоглоточной полости и припухлость слизистой оболочки, кромѣ другихъ бактерій, колоніи этой бациллы съ капсулой, при чемъ этотъ фактъ остался необъясненнымъ.

*Paulsen* нашелъ далѣе огромное количество этихъ бактерій при различныхъ хроническихъ ринитахъ, при которыхъ образуется слизисто-гнийный или чисто-гнийный, нерѣдко тягучій секретъ, но дѣло не доходитъ до гипертрофіи или образованія полиповъ.

Указавъ на то, что здѣсь требуются дальнѣйшія болѣе подробныя изслѣдованія на значительномъ матеріалѣ, онъ на основаніи своихъ работъ приходитъ къ тому заключенію, что присутствіе слизеобразующей бациллы съ капсулой вызываетъ хроническое гнійное воспаленіе на слизистой оболочкѣ носа, которое приводитъ къ атрофіи раковины—и по невыясненнымъ еще причинамъ—къ появленію сильнаго своеобразнаго зловонія.



Изъ числа тѣхъ авторовъ, которые происхождение озены объясняютъ характеромъ секрета, мы должны прежде всего указать на *Rudolf'a Abel'a* <sup>1)</sup>, который опубликовалъ по этому вопросу очень обстоятельную работу. Въ мягкомъ слизисто-гнойномъ секретѣ носа и въ коркахъ, приставшихъ къ слизистой оболочкѣ, онъ всегда находилъ, кромѣ большого количества различныхъ микроорганизмовъ, короткія, толстыя, располагающіяся нерѣдко парами бациллы, которыя обнаруживали большое сходство съ пневмобактеріями *Friedländer'a* и сплошь и рядомъ были окружены капсулой; послѣдняя по ширинѣ превышала вдвое самую бактерію. Въ секретѣ онъ находилъ эти бациллы почти въ чистой культурѣ. Въ 17 случаяхъ, когда благодаря лѣченію перестали уже образовываться корки, эти диплококки исчезли. Онъ нашелъ эти микроорганизмы также въ носоглоточной полости и въ гортани, а также культивировалъ ихъ изъ секрета гортани при вторичной формѣ озаена laryngis. Упомянемъ еще, что онъ приготовилъ культуры на пластинкахъ, и что изъ полученнаго матеріала онъ дѣлалъ прививки. Мыши, которымъ была сдѣлана подобная прививка, погибали черезъ 1½—2 дня, при чемъ на мѣстѣ прививки, кромѣ фибринозныхъ массъ и гнойныхъ тѣлецъ, найдены были диплококки въ большомъ числѣ; они находились также въ крови и въ другихъ органахъ.

Бацилла по своему виду напоминаетъ пневмо-бациллу *Friedländer'a*, хотя между ними существуютъ нѣкоторые отличительные признаки. *Abel* видитъ различіе въ томъ, что бацилла озены даетъ въ культурѣ болѣе жидкую массу, чѣмъ пневмобацилла *Friedländer'a*, и что мыши всегда реагируютъ на прививку ея, тогда какъ на прививку бактеріи *Friedländer'a*—не во всѣхъ случаяхъ; изъ этого *Abel* заключаетъ, что бацилла озены стоитъ ближе къ бациллѣ *Pfeiffer'a*, чѣмъ къ бациллѣ *Friedländer'a*. Онъ указываетъ далѣе на работу *Klamann'a* <sup>2)</sup>, который совершенно отождествляетъ эти бациллы съ пневмобациллами *Friedländer'a*, а затѣмъ на изслѣдованія *Thost'a*, также пришедшаго къ тому же заключенію, и *Hayek'a* <sup>3)</sup>, который въ 10 случаяхъ озены 8 разъ нашелъ микроскопическіе кокки съ капсулой. *Hayek'у* въ 7 случаяхъ удалось культивировать эти бактеріи и доказать, что онѣ тождественны съ бактеріями *Friedländer'a*, а въ 8 случаяхъ онъ получилъ непатогенный кокъ съ капсулой; кромѣ того, въ 7 случаяхъ изъ 10 онъ видѣлъ маленькую, оживленно двигающуюся бациллу, которая быстро разжижала желатину и вызывала у мышей септицемію, а у кроликовъ тяжелое нагноеніе.

Послѣ тщательнаго сопоставленія литературныхъ данныхъ авторъ приходитъ къ заключенію, что найденная бацилла представляетъ собой специфическаго возбудителя озены, и что наиболѣе характерный симптомъ, т. е. зловоніе, вызывается секретомъ. Отсюда можно заключить, что bacillus ozaenae приводитъ къ зловонному распаденію секрета. Однако, это бываетъ далеко не всегда, и зловоніе не у всѣхъ пациен-

1) *Rudolf' Abel*. Bakteriologische Studien über Ozaena simplex. Изъ Гигіеническаго Института Грейфсвальдскаго университета.

2) *Klamann*. Allg. med. Central-Zeitung, 1887, стр. 1347.

3) *Hayek*. Berl. klin. Wochenschr., 1888, стр. 662.

товъ бываетъ одинаковымъ, а часто не можетъ быть различаемо отъ другихъ видовъ зловонія, напр.,—при сифилитическихъ процессахъ. Въ культурахъ получается только запахъ солода, и если собрать секретъ изъ носа и ввести туда бациллу озены, то этотъ запахъ усиливается, не приводя, однако, къ характерному зловонію, такъ что послѣднее, повидимому, не имѣетъ прямого отношенія къ бациллѣ; нельзя отрицать, что секретъ при озенѣ, отличающійся въ химическомъ отношеніи отъ секрета при насморкѣ, можетъ самъ разлагаться съ образованіемъ дурного запаха.

Въ заключеніе онъ говоритъ: „въ гноѣ у лицъ, страдающихъ озенной, существуетъ множество микроорганизмовъ, которые могутъ вызывать зловонное распаденіе веществъ, содержащихъ бѣлокъ. Хотя зловоніе является наиболѣе рѣзкимъ симптомомъ при озенѣ, оно не представляетъ собой главнаго признака ея. Это вытекаетъ изъ бактериологическихъ изслѣдованій. Носовая слизистая оболочка, на которой развивается бацилла озены, терпитъ ущербъ подѣ ея вліяніемъ, заболѣваетъ и доставляетъ секретъ, представляющій собой благоприятную питательную почву для развитія всякаго рода гнилостныхъ возбудителей. Секретъ хронически воспаленной носовой слизистой оболочки, безъ участія бациллы, не даетъ хорошей почвы для развитія гнилостныхъ микробовъ и поэтому не издаетъ запаха. Сущность озены заключается въ томъ, что хронически воспаленныя слизистыя оболочки вырабатываютъ способный къ распаденію секретъ. Всюду, гдѣ наблюдается подобное явленіе, будь это въ носу, глоткѣ или гортани, всегда встрѣчаются бациллы озены.“

*Abel* указываетъ на точныя микроскопическія изслѣдованія *Habermann'a*, который, какъ мы выше упоминали, доказалъ, что измѣненіе проникаетъ въ глубину въ *Bowman'овы* и ацинозные железы, въ эпителии и выводныхъ протокахъ которыхъ скопляется жиръ. Это измѣненіе, признанное патологическимъ самимъ *Habermann'омъ*, разсматривается *Abel'емъ*, какъ отдаленный результатъ вліянія бациллы озены.

Въ заключеніе *Abel* для подтвержденія и доказательства справедливости своего взгляда приводитъ, къ сожалѣнію, совершенно ложное положеніе, что въ тѣхъ случаяхъ, когда озена излѣчивается, причина заболѣванія лежитъ въ бациллѣ, а не въ самомъ организмѣ. Это положеніе потому уже ложно, что, на мой взглядъ, озена вообще никогда не излѣчивается.

Этіологія *ozaena foetida putrida atrophicans* въ настоящее время еще не выяснена, и данныя многочисленныхъ изслѣдованій, произведенныхъ даровитыми учеными, сильно разнятся между собой. Эти изслѣдованія можно подраздѣлить на 2 группы. Одни авторы подвергли изслѣдованію секретъ и его измѣненія на слизистой оболочкѣ, тогда какъ другіе занялись изученіемъ строенія самой слизистой оболочки. И тѣ, и другія изслѣдованія имѣютъ громадную цѣну, но съ практической точки зрѣнія болѣе важны тѣ изслѣдованія, которыя нѣкоторымъ авторамъ удалось сдѣлать на секціонномъ столѣ. Подобныя изслѣдованія при *ozaena foetida putrida atrophicans* случается произвести рѣдко, такъ какъ не часто приходится вскрывать тѣхъ людей, которые при жизни страдали озенной и умерли отъ другихъ болѣзней. Озена

существуетъ у заболѣвшаго ею до конца жизни, какъ бы долго онъ ни прожилъ. Біопсію нѣкоторыхъ частей слизистой оболочки мы производили для гистологическаго изслѣдованія неоднократно, однако, вполне точное описаніе патолого-анатомическихъ измѣненій могли дать только тѣ изслѣдователи, которые производили вскрытія. Къ такимъ изслѣдователямъ принадлежатъ *Fraenkel*, *Krause*, *Gottstein* и *Habermann*.

*Fraenkel* <sup>1)</sup> сообщаетъ въ своемъ первомъ случаѣ, гдѣ была озаена simplex, о слѣдующихъ гистологическихъ измѣненіяхъ: объ атрофіи носовыхъ раковинъ, о припуханіи эпителия на очень многихъ мѣстахъ и замѣщеніи его круглыми или многоугольными клѣтками; о хроническомъ атрофическомъ воспаленіи слизистой оболочки съ новообразованиемъ соединительной ткани; объ атрофіи *Bowman*'овыхъ железъ. Во второмъ случаѣ (процессъ зашелъ здѣсь дальше) авторъ нашелъ мелко-клѣточную инфильтрацію слизистой оболочки, а также макроскопически замѣтную атрофію раковинъ и носовой перегородки. Въ 3-мъ случаѣ найдена была сильная атрофія нижнихъ раковинъ, мелко-клѣточная инфильтрація соединительно-тканнаго остова слизистой оболочки въ обонятельной области, въ томъ слоѣ, который прилежитъ къ эпителию, а также атрофія железъ и сильная и глубокая инфильтрація слизистой оболочки въ дыхательной области носа. На основаніи этихъ данныхъ *Fraenkel* считаетъ озаена vera за хроническій воспалительный процессъ, ведущій къ атрофіи носовой слизистой оболочки и железъ въ обонятельной части носа; происхожденіе характернаго зловонія онъ связываетъ, главнымъ образомъ, съ атрофіей *Bowman*'овыхъ элементовъ. *Gottstein* <sup>2)</sup> сообщаетъ объ аналогичныхъ данныхъ, но приходитъ къ другому заключенію, чѣмъ *Fraenkel*. *Krause* <sup>3)</sup> на основаніи нѣсколькихъ иныхъ результатовъ своихъ изслѣдованій также приходитъ къ совершенно другимъ заключеніямъ. *Krause* нашелъ существованіе процесса съ склонностью къ превращенію слизистой оболочки въ волокнистую соединительную ткань, воспаленіе сосудовъ, суженіе просвѣта, инфильтрацію и жировое перерожденіе или атрофію железъ. Наиболѣе характерными измѣненіями онъ считаетъ жировое перерожденіе, инфильтрацію клѣтокъ слизистой оболочки и образованіе жировыхъ шаровъ. *Gottstein* видитъ главныя измѣненія при озенѣ въ соединительно-тканномъ перерожденіи слизистой оболочки и въ частичной атрофіи слизистыхъ железъ, тогда какъ *Krause* считаетъ наиболѣе существеннымъ процессомъ распадненіе инфильтрирующихъ клѣтокъ и образованіе жировыхъ шаровъ.

*Habermann* опубликовалъ 2 случая чистой озены. Въ 1-мъ случаѣ найдены были слѣдующія патолого-анатомическія измѣненія: otitis media supp. d., consequ. thrombosi supp. sinuum durae matris; abscessus metastatici pulm. sin. cum pleuritide serosopurulenta sin.; tumor lienis acutus; degeneratio parench. hepatis et renum; pyohaemia. Во второмъ случаѣ патолого-анатомическія измѣненія сводились къ слѣдующему: urolithiasis subsequ. hydronephrosi bil.; cystitis, urethritis et pyelitis

1) *Fraenkel*. *Virchow's Arch.*, т. 75, т. 87, т. 90.

2) *Gottstein*. *Breslauer ärztl. Zeitschr.*, 1879, № 18.

3) *Krause*. *Virchow's Archiv*, т. 85.

catarrh. foll.; hypertrophia cordis ventr. sin. gradus levioris; pneumonia group. sin.; inflammatio group. laryngis. Особеннаго интереса заслуживают гистологическія измѣненія, найденныя въ носу, и поясняющій ихъ рисунокъ. Онъ нашелъ здѣсь, главнымъ образомъ, заболѣваніе ацинозныхъ и *Bowman*'овыхъ железъ, воспалительную инфильтрацію слизистой оболочки съ зернистымъ распаденіемъ инфильтрирующихъ клѣтокъ и образованіемъ жира въ ткани. Характернымъ явленіемъ для озены онъ считаетъ, однако, скопленіе жировыхъ капель въ железистомъ эпителии, такъ какъ при другихъ заболѣваніяхъ носа онъ никогда не находилъ этихъ капель въ железахъ носовой слизистой оболочки. Его старанія найти микроорганизмы, присутствіемъ которыхъ можно было бы объяснить болѣзненный процессъ, не привели ни къ чему. Сущность озены онъ видитъ въ жировомъ перерожденіи эпителия ацинозныхъ и *Bowman*'овыхъ железъ и въ воспалительной инфильтраціи слизистой оболочки, тогда какъ соединительно-тканное перерожденіе и атрофія слизистой оболочки онъ считаетъ послѣдовательными явленіями. Сѣдлообразнаго носа онъ не находилъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ (дѣло шло о пожилыхъ людяхъ); въ виду продолжительнаго существованія страданія онъ объясняетъ это тѣмъ, что болѣзнь началась въ то время, когда носъ уже совершенно развился; отсутствіе сѣдлообразнаго носа у дѣтей онъ объясняетъ тѣмъ, что при кратковременномъ заболѣваніи перегородка не бываетъ еще поражена и не задерживается въ своемъ развитіи. Впрочемъ, онъ видитъ причину этого нарушенія формы носа въ озенѣ.

Большинство авторовъ въ настоящее время примыкаютъ къ одному изъ двухъ воззрѣній, высказанныхъ *B. Fränkel*'емъ <sup>1)</sup> и *Zaufal*'емъ <sup>2)</sup> относительно сущности озены. Эти 2 изслѣдователя опредѣляютъ свой взглядъ двумя вопросами, а именно: существуетъ ли вначалѣ гиперпластическій ринитъ, который затѣмъ ведетъ къ сморщиванію слизистой оболочки и костнаго остова, при чемъ иногда вслѣдствіе случайнаго проникновенія гнилостныхъ бациллъ дѣло доходитъ до развитія озены; во-вторыхъ, слѣдуетъ ли считать озену послѣдствіемъ врожденной задержки въ развитіи раковинъ съ расширеніемъ носовыхъ ходовъ или послѣдствіями этого. Нѣкоторый свѣтъ на этотъ вопросъ пытается бросить *Hopman* <sup>3)</sup> посредствомъ измѣреній разстоянія отъ кончика носа до задней стѣнки глотки, такъ какъ подобное измѣреніе должно дать рѣшающіе результаты, если указанные два автора держатся правильнаго взгляда.

Для этой цѣли онъ произвелъ измѣреніе отъ кончика носа до конца сошника и отсюда до задней стѣнки глотки. Эти измѣренія показали, что разстояніе отъ края сошника до задней стѣнки глотки было больше, чѣмъ въ нормальномъ носу, такъ что дѣйствительно существовало различіе въ этомъ отношеніи между носомъ у лицъ, страдающихъ оzenой, и носомъ здоровыхъ людей.

1) *Ziemssen*. Handbuch d. spec. Path., т. I, 1876.

2) *Aerztl. Corr.-Blatt*. IIpara, 1874.

3) *Hopman*. Ueber Messungen des Tiefendurchmessers der Nasenscheidewand, beziehungsweise des Nasenrachenraumes; ein Beitrag zur ätiologischen Beurtheilung der Ozaena.

Самая мысль *Нортана* несомненно представляет большой интерес, но, къ сожалѣнію, анатомическія измѣренія въ человѣческомъ тѣлѣ представляютъ всегда большія затрудненія. Изъ часто повторяющихся ненормальныхъ условій почти невозможно вывести правила. *Huyll* въ своихъ лекціяхъ нерѣдко повторяетъ, что „въ анатоміи человѣка непримѣнима никакая геометрія и, слѣдовательно, невозможны никакія измѣренія“. Я не отрицаю, что данныя измѣренія *Нортана* весьма правдоподобны, и даже думаю, что онѣ несомненно отвѣчаютъ истинѣ, но сдѣланныя на этомъ основаніи заключенія совершенно ошибочны.

При наружномъ осмотрѣ носа у лицъ, страдающихъ озоной, очень часто находятъ, что носовыя отверстія, по сравненію съ здоровыми лицами, представляютъ значительныя различія, а именно, у нихъ существуетъ рядъ маленькихъ рубцовъ, которые суживаютъ носовые ходы. Если, затѣмъ, осмотрѣть глотку у субъекта, страдающаго симптомами озены, безъ риноскопическаго изслѣдованія, то находятъ, что язычекъ имѣетъ вполне атрофическій видъ, истонченъ и удлинень; онъ представляетъ собой тонкую нить, болтающуюся въ разныхъ направленіяхъ, изъ чего слѣдуетъ, что мускулатура въ немъ атрофировалась.

Если у подобныхъ больныхъ осмотрѣть заднюю стѣнку глотки, то по средней линіи въ большинствѣ случаевъ находятъ сѣровато-бѣлую щель (отъ стекающаго секрета) и—что еще важнѣе—сильную атрофію слизистой оболочки, которая становится тонкой; изъ этого слѣдуетъ, что различіе въ разстояніяхъ, найденное *Нортаномъ*, можетъ обуславливаться уже уменьшеніемъ толщины слизистой оболочки. Во всякомъ случаѣ интересно, что при тщательномъ изслѣдованіи причинъ озены уже *Нортан* пришелъ къ мысли относительно существованія глубокихъ измѣненій въ строеніи слизистой оболочки.

### Мои изслѣдованія о развитіи *ozaena putrida atrophicans*.

Послѣ того какъ мы дали строго объективное изложеніе въ хронологическомъ порядкѣ взглядовъ различныхъ авторовъ относительно *ozaena putrida atrophicans*, мы должны, въ виду неудовлетворительности, по нашему мнѣнію, всѣхъ этихъ взглядовъ, вернуться къ упомянутымъ выше анамнестическимъ даннымъ и заявить, что озена въ большинствѣ случаевъ представляетъ собой наследственное заболѣваніе.

*Conyza neonatorum* является частичнымъ проявленіемъ сифилиса, переданнаго родителями плоду. Въ руководствахъ о дѣтскихъ болѣзняхъ довольно много говорится о *conyza syphilitica* или *specifica*, и поэтому мы не станемъ подробно вдаваться въ обсужденіе этого вопроса. Насъ интересуетъ, главнымъ образомъ, та форма наследственнаго сифилиса, которая обнаруживается не въ первые дни жизни.

Мы прежде всего имѣемъ въ виду тѣ сифилитическія проявленія у дѣтей, происшедшихъ отъ сифилитическихъ отцовъ, которыя обнаруживаются, несмотря на примѣненное противосифилитическое лѣченіе у родителя. Здѣсь идетъ дѣло о т. н. рецидивахъ сифилиса, которыхъ нельзя избѣжать даже удовлетворительнымъ лѣченіемъ.

Какъ извѣстно, не существуетъ точныхъ границъ относительно времени, по истеченіи котораго рецидивы сифилиса уже не могутъ повторяться. Если *Fournier* въ Парижѣ считаетъ женитьбу возможной по исчезновеніи 3 лѣтъ послѣ начала сифилиса, то это утвержденіе слишкомъ категорично, хотя часто оправдывается дѣйствительно.

Если подобный, повидимому, излѣчившійся субъектъ будетъ имѣть ребенка на первомъ году своего брака, то дитя можетъ остаться совершенно здоровымъ. Но если онъ не лѣчился отъ сифилиса, если послѣдній не исчезъ совершенно, и если послѣ второго года брака обнаруживается хотя бы ничтожное проявленіе сифилитической сыпи, то второй ребенокъ можетъ имѣть уже всѣ симптомы наслѣдственнаго сифилиса, или же у жены наступаетъ абортъ; такъ какъ въ подобномъ случаѣ о новой инфекціи, повидимому, не можетъ быть рѣчи, то можно съ извѣстной увѣренностью принять, что этотъ второй ребенокъ былъ зачатъ во время рецидива сифилиса. На 3-емъ или 4-омъ году брака все еще могутъ появляться слабые симптомы сифилиса, какъ наприм., инфильтраты въ миндалевидныхъ железахъ, на дужкахъ или въ носовой полости, которые нерѣдко существуютъ только короткое время и исчезаютъ вновь сами собою, при чемъ не удается установить ихъ сифилитическій характеръ. Родившееся въ этомъ періодѣ дитя не обнаруживаетъ уже никакихъ кожныхъ симптомовъ. Ребенокъ появляется на свѣтъ въ большинствѣ случаевъ слабымъ и хилымъ, и только въ болѣе поздніе годы обнаруживается склонность къ припуханію железъ, катаррамъ и особенно катарральнымъ пораженіямъ носа.

Развитіе и теченіе процесса. Начальный періодъ подобныхъ катарральныхъ пораженій носа въ большинствѣ случаевъ остается незамѣченнымъ, такъ что лѣченіе въ это время обыкновенно не производится. Съ другой стороны, у такихъ маленькихъ дѣтей лѣченіе носа представляетъ извѣстныя затрудненія, во-первыхъ, вслѣдствіе безпокойнаго поведенія дѣтей, во-вторыхъ, вслѣдствіе труднаго введенія лѣкарствъ въ носъ и, въ-третьихъ, вслѣдствіе существующаго справедливаго опасенія, что впрыскиваніе жидкихъ лѣкарственныхъ веществъ въ носъ можетъ привести къ нарушенію слуха. Слабыя палліативныя средства, примѣняющіяся въ такихъ случаяхъ, когда секретъ становится чрезмѣрнымъ и вызываетъ экскоріаціи на краяхъ ноздрей, заключаются въ различнаго рода мазяхъ, при помощи которыхъ смазываютъ ноздри и стараются помѣшать образованію этихъ язвъ. Послѣднія временно заживаютъ, но оставляютъ припухлость крыла носа, а иногда и верхней губы. При отсутствіи тщательнаго изслѣдованія относительно причины ихъ происхожденія онѣ легко принимаются за проявленія золотухи. Нельзя совершенно упрекать врачей за этотъ діагнозъ, такъ какъ случайно призванный врачъ не можетъ ориентироваться относительно всѣхъ тѣхъ причинъ, которыми можетъ обуславливаться подобное пораженіе носа; примѣняя собирательное названіе „золотухи“, онъ этимъ самымъ устанавливаетъ показаніе къ примѣненію всевозможныхъ мѣръ для улучшенія конституціи ребенка.

Съ этого момента дѣтей начинаютъ кормить рыбимъ жиромъ и препаратами желѣза. Мѣстно врачи назначаютъ въ большинствѣ случаевъ іодъ съ глицериномъ, а если это не помогаетъ, то родители от-

правляются со своимъ „золотушнымъ“ ребенкомъ, какъ можно скорѣе, въ курортъ для лѣченія іодистыми ваннами. И дѣйствительно, подобныя дѣти часто годами лѣчатся іодомъ. Я долженъ тутъ же замѣтить, что это лѣченіе въ большинствѣ случаевъ не даетъ никакого эффекта; скорѣе даже наблюдается ухудшеніе, чѣмъ излѣченіе.

Ко мнѣ привозились подобныя дѣти послѣ различныхъ попытокъ лѣченія, такъ что мой опытъ касается преимущественно дѣтей въ возрастѣ 10—12—16 лѣтъ. Большею частью это заболѣваніе я встрѣчалъ у дѣвушекъ, а именно, въ возрастѣ 15—17 лѣтъ. Въ это время онѣ привозились для лѣченія своими матерями изъ боязни, что нельзя будетъ выдать дочерей замужъ, такъ какъ онѣ открыли, что изъ рта и изъ носа у послѣднихъ появился дурной запахъ.

Въ этомъ именно стадіи больные чаще всего наблюдаются въ частной и госпитальной практикѣ. Я искалъ въ руководствахъ по дѣтскимъ болѣзнямъ указаній относительно болѣе раннихъ періодовъ этого заболѣванія, но не нашелъ ихъ. Я не встрѣтилъ ни одной педиатрической работы, въ которой говорилось бы о первичномъ стадіи этой болѣзни.

#### Симптомы. Анамнезъ.

При изслѣдованіи подобныхъ дѣтей я нерѣдко находилъ, что носовыя кости гипертрофированы, утолщены, а въ другихъ случаяхъ атрофированы и вдавлены; однако, изслѣдованіе носа большею частью открывало обычные симптомы *ozaena foetida atrophicans*. Во всѣхъ этихъ случаяхъ я старался отыскать причинный моментъ. Къ сожалѣнію, социальныя условія сильно затрудняютъ отысканіе истины, и только въ исключительныхъ случаяхъ я получалъ заявленіе, что болѣзнь была унаслѣдована, при чемъ отцы являлись ко мнѣ въ послѣдствіи тайкомъ сознаться въ своемъ грѣхѣ. Матери вообще ничего не могли сказать о началѣ заболѣванія или давали только неопредѣленные свѣдѣнія. Разспросы относительно здоровья ихъ мужей до и послѣ брака рѣшительно невозможны, такъ какъ подобные вопросы едва ли можно задавать женщинамъ. Мои свѣдѣнія объ этиологіи этого заболѣванія были получены такимъ образомъ, что я неоднократно указывалъ окружающимъ больного о необходимости точнѣе знать причинныя моменты для примѣненія правильнаго лѣченія. Благодаря этому, ко мнѣ нерѣдко втеченіе года являлись отцы и сообщали исторію своей болѣзни, своего прежняго сифилиса, чтобы дать мнѣ такимъ образомъ возможность примѣнить специфически дѣйствующія средства. Во всѣхъ такихъ случаяхъ, гдѣ я получалъ подобныя свѣдѣнія, выяснялось, что отцы непосредственно до своей женитьбы страдали конституціональнымъ сифилисомъ, и что они рѣшались на женитьбу или потому, что ихъ вынуждало къ этому социальное положеніе, или потому, что они *bona fide* считали себя здоровыми. Такъ какъ я придавалъ большое значеніе подобному анамнезу и пришелъ къ убѣжденію, что этотъ гнойный катарръ носа несомнѣнно вызывается сифилисомъ, то я испыталъ у дѣтей специфическое лѣченіе.

Безуспѣшность противосифилитическаго лѣченія;  
поясняющіе примѣры.

При ozaena foetida atrophicans у мальчиковъ и дѣвочекъ противосифилитическое лѣченіе ртутью и іодомъ никогда не давало успѣха, такъ что я по истеченіи нѣсколькихъ лѣтъ пересталъ примѣнять его, несмотря на существованіе сифилиса въ анамнезѣ у отца. Изъ этихъ анамнестическихъ данныхъ, очень важныхъ для этиологіи катарра, я пришелъ только къ тому заключенію, что существуетъ еще одна форма сифилиса, не поддающаяся совершенно специфическому лѣченію. Чтобы показать, какое серьезное социальное значеніе имѣетъ это заболѣваніе, я укажу на тѣ неоднократно встрѣчавшіяся въ моей практикѣ случаи, гдѣ мужья подобныхъ женъ, страдающихъ зловоннымъ насморкомъ, совершенно откровенно и непринужденно признавались, что они не могутъ болѣе жить со своими женами. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ этотъ отвратительный запахъ отличался такой силой, что заявленіе мужа становилось понятнымъ: даже врачи на моихъ лекціяхъ не разъ отказывались вводить зеркало, ссылаясь на то, что они не могутъ перенести при изслѣдованіи озы страшнаго зловонія. Ко мнѣ часто являлись подобныя супруги, отосланныя мужьями домой; случалось, что родители вынуждены были принять къ себѣ свою дочь даже послѣ того, какъ она имѣла уже ребенка, при чемъ мужъ соглашался ввести вновь въ свой домъ супругу только подъ тѣмъ условіемъ, что она совершенно излѣчится отъ своего страданія.

Изъ неудачи специфическаго лѣченія можно прійти къ тому выводу, что отыскиваніе въ анамнезѣ сифилиса при подобномъ страданіи является совершенно излишнимъ.

Мы знаемъ, что сифилисъ отца, у котораго существуютъ еще папулы или гуммы, можетъ передаваться плоду въ совершенно тождественной формѣ, и что дѣти, родившіяся съ такими проявленіями, могутъ излѣчиваться ртутью.

Если, однако, съ годами всѣ эти сифилитическія проявленія совершенно исчезли, то въ организмѣ все еще остается какой-то ядъ, который передается въ иной формѣ, чѣмъ это бываетъ при первичномъ сифилисѣ. Обычныхъ явленій сифилиса мы уже не встрѣчаемъ, но у сифилитическаго отца еще существуетъ какой-то болѣзнетворный агентъ.

Мы не знаемъ настоящихъ возбудителей сифилиса. Бактеріологическія изслѣдованія *Lustgarten*'а, съ одной стороны, не были подробно провѣрены, а съ другой стороны, при нѣкоторыхъ изслѣдованіяхъ, не подтвердились. Тѣмъ не менѣе, мы можемъ съ полной вѣроятностью предположить, что сифилисъ представляетъ собой бактеріальное заболѣваніе. Здѣсь, быть можетъ, по аналогіи, слѣдуетъ допустить вліяніе токсиновъ различныхъ видовъ бактерій. Мы знаемъ изъ бактеріологическихъ изслѣдованій, что патологическій процессъ, вызываемый бактеріями, отчасти обусловливается не прямымъ вліяніемъ ихъ на соответственныя ткани, а воздѣйствіемъ особеннаго яда, вырабатываемаго жизнедѣятельностью микробовъ. Свѣдѣніями относительно подобной инфекціи мы обязаны работамъ *Fränkel*'я и *Brieger*'а о дифтеритныхъ



бациллахъ. Какъ извѣстно, имъ удалось изолировать при помощи фильтраціи въ фарфоровыхъ цилиндрахъ бациллы отъ ихъ продуктовъ обмѣна; фильтратъ содержитъ ядовитыя вещества, такъ назыв. токсины, при помощи которыхъ оба автора вызывали явленія дифтерита.

По аналогіи мы можемъ теоретически представить себѣ указанный видъ передачи позднихъ сифилитическихъ формъ отъ родителей къ ребенку, какъ передачу продуктовъ обмѣна сифилитической бактеріи.

Существуетъ, повидимому, даже сходство въ локализациі и въ патологической картинѣ тѣхъ измѣненій, которыя вызываетъ ядъ позднихъ сифилитическихъ проявленій у отца и у ребенка.

Каждому практику хорошо извѣстно, что субъекты, страдавшіе сифилисомъ и подвергавшіеся разнообразному лѣченію, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда проявленія на кожѣ, слизистыхъ оболочкахъ и костяхъ уже исчезли, часто еще годами обнаруживаютъ катарральныя пораженія слизистой оболочки рта и носа. Эти катарральныя пораженія и язвы, названныя „сифилитическими афтами“ и встрѣчающіяся какъ въ гортани, такъ въ глоткѣ и въ носу, представляютъ собой такіе остатки сифилиса, противъ которыхъ тщетно примѣнялось противосифилитическое лѣченіе. Эти явленія постепенно угасаютъ съ теченіемъ времени; благодаря мѣстному лѣченію удается иногда отчасти устранить ихъ, но въ очень многихъ случаяхъ эти остатки сифилиса на слизистой оболочкѣ рта, а также на корнѣ языка, продолжаютъ существовать годами.

#### Зараженіе вслѣдствіе прямой передачи второму поколѣнію.

а) Аналогія съ бленнорреей конъюнктивы. Кромѣ указанной мною этиологіи для *conyza syphilitica infantum hereditaria*, существуютъ еще несомнѣнно другія формы, которыя возникаютъ подобно бленнорреѣ новорожденныхъ, вслѣдствіе зараженія соединительной оболочки глазъ во время родовъ. Такъ какъ я не имѣю специальныхъ свѣдѣній относительно заболѣванія у такихъ маленькихъ дѣтей, то я ничего не могу сказать по этому вопросу. Однако, существуетъ, безъ сомнѣнія, большая вѣроятность, что у дѣтей, у которыхъ въ первые мѣсяцы жизни появляются своеобразный насморкъ, непроходимость носовыхъ ходовъ и послѣдовательное затрудненіе сосанія, заболѣваніе (если только дѣло не идетъ о *conyza syphilitica*) должно быть отнесено на счетъ зараженія носа секретомъ влагалища. Эта гипотеза, впрочемъ, нуждается въ дальнѣйшихъ подтвержденіяхъ со стороны педиатровъ. Въ существованіи *rhinitis gonorrhoeica* я убѣжденъ и наблюдалъ эту форму у взрослыхъ; я приведу здѣсь такой случай съ одной больной, которую *Arlt* до меня долго лѣчилъ отъ бленнорреи конъюнктивы.

Эта бленноррея сопровождалась отчасти сморщиваніемъ соединительной оболочки, при чемъ страданіе, если и не было окончательно исцѣлено, то во всякомъ случаѣ значительно улучшилось. Черезъ 2 года послѣ этого паціентка явилась ко мнѣ съ сильнымъ гнойнымъ катарромъ носа.

Я лѣчилъ эту женщину около 25 лѣтъ, которая являлась ко мнѣ всякій разъ, когда ея страданіе усиливалось, и нагноеніе въ носу становилось болѣе обильнымъ. Я не могу, конечно, указать, какимъ образомъ это страданіе передавалось, но я могу съ опредѣленностью подтвердить, что съ теченіемъ времени всѣ дѣти этой пациентки, какъ дѣвочки, такъ и мальчики, были поражены той же болѣзью. Она приводила ко мнѣ дочерей въ періодѣ ихъ половой зрѣлости для излѣченія отъ этого страданія. Меньше вниманія она обращала на своихъ сыновей, у которыхъ, однако, существовало то же заболѣваніе. У одного изъ нихъ это обильное нагноеніе изъ носа распространилось въ гортань и дыхательные пути; этотъ молодой человѣкъ въ послѣдствіи умеръ отъ бугорчатки легкихъ, такъ что я долженъ былъ принять, что обильное нагноеніе, перешедшее въ гортань и въ трахею, сдѣлало дыхательные пути мѣстомъ наименьшаго сопротивленія и вызвало предрасположеніе къ бугорчаткѣ.

б) Если къ врачу является мать взрослыхъ дѣтей для лѣченія описаннаго выше *rhinitis atrophicans putrida*, то не можетъ быть и рѣчи объ установленіи анамнеза (относительно здоровья ея супруга не слѣдуетъ задавать никакихъ вопросовъ), такъ какъ о состояніи здоровья ея отца или матери въ этой сферѣ она совершенно не можетъ дать никакихъ свѣдѣній; о началѣ своего страданія, которое продолжается обыкновенно уже цѣлый рядъ лѣтъ, она также не можетъ дать никакихъ разъясненій; только въ рѣдкихъ случаяхъ удается получить нѣкоторыя данныя. Во время лѣченія, какъ только она замѣчаетъ, что наступило улучшеніе (т. е. зловоніе уменьшилось и образование корокъ стало болѣе рѣдкимъ явленіемъ), она заявляетъ обыкновенно о существованіи того же страданія у дѣтей. И дѣйствительно, если изслѣдовать дѣтей въ подобной семьѣ, то всѣ они, оказывается, имѣютъ *rhinitis putrida atrophicans*. Какое же заключеніе можно сдѣлать изъ такихъ случаевъ? Идетъ ли здѣсь дѣло объ унаслѣдованіи въ третьемъ поколѣніи, или же о прямомъ зараженіи матерью, которая утираетъ носъ своимъ дѣтямъ собственнымъ носовымъ платкомъ (!?) и такимъ образомъ непосредственно заражаетъ носовую слизистую оболочку дѣтей? У дѣтей существуютъ тѣ же самыя измѣненія въ носу, какъ и у матери (обильное нагноеніе, образование корокъ, атрофія носовой слизистой оболочки, отвратительный запахъ изъ носа). Мужья подобныхъ женщинъ рѣдко или почти никогда не являются къ врачу. Когда существуютъ указанія, что мужья раньше также болѣли чѣмъ-то подобнымъ, или когда оказывается возможнымъ произвести изслѣдованіе, находятъ обыкновенно у болѣе пожилыхъ супруговъ лишь слѣды того, что подобное заболѣваніе у нихъ раньше было, такъ какъ, кромѣ слизистой оболочки, у нихъ атрофированы также раковины, но гнойное отдѣленіе прекратилось, потому что у старыхъ людей вообще отдѣленіе бываетъ болѣе ничтожнымъ или совершенно прекращается.

Слѣдующій случай зараженія второго поколѣнія, быть можетъ посредствомъ прямой передачи заразы, очень поучителенъ:

Одна дама Ф—штейнъ изъ южной Россіи въ теченіе 10 лѣтъ отъ времени до времени являлась ко мнѣ для лѣченія *ozaena putrida atrophicans*. Дѣти этой пациентки, теперь уже взрослые, были приведены ко мнѣ для излѣченія зловонія изо рта и изъ носа съ обильнымъ отдѣленіемъ, „такъ какъ ихъ можно уже было женить или выдать замужъ“.

Привезенный весной 1895 г. сынъ ея былъ юноша 17 лѣтъ, у котораго существовали всѣ тѣ же симптомы страданія, какъ и у матери и сестеръ.

Такъ какъ всѣ дѣти этой женщины страдали той же болѣзью, то естественно можно было думать о зараженіи со стороны матери. Отецъ семьи, по указаніямъ F., никогда не имѣлъ подобной болѣзни, что довольно вѣроятно; онъ женился на больной женщинѣ.

Въ виду неутѣшительнаго состоянія пациента я не хотѣлъ лѣчить его частнымъ образомъ и посоветовалъ поэтому матери помѣстить своего сына въ санаторіи Löw'a, гдѣ назначилъ ему слѣдующее лѣченіе: въ одномъ литрѣ теплой воды растворялись 20,0 порошка, состоящаго изъ 10,0 салициловой кислоты, 100,0 соды и 50,0 поваренной соли; этимъ растворомъ пациентъ промывалъ себѣ носъ 6 разъ въ день.

Когда носъ очистился и корки были удалены, производилось еще промываніе обыкновенной водой, а затѣмъ 6 разъ ежедневно врачомъ санаторіи вводились ватные бужи, смоченные въ 30%-омъ растворѣ ляписа. Я самъ ежедневно прочищалъ носъ по всѣмъ направленіямъ при помощи ватнаго зонда, смоченнаго въ 10%-омъ растворѣ ляписа. Послѣ нѣсколькихъ недѣль лѣченія удалось уменьшить количество секрета и зловоніе.

Можно было бы думать, что такое энергическое лѣченіе при ozaena putrida atrophicans должно было привести къ полному излѣченію, но и въ этомъ случаѣ я получилъ лишь временное улучшеніе; я посоветовалъ больному, чтобы онъ продолжалъ подобное лѣченіе еще на дому въ теченіе многихъ мѣсяцевъ.

Я не могу точно утверждать, чтобы при изслѣдованіи совсѣмъ маленькихъ дѣтей я находилъ что-нибудь большее, чѣмъ это припуханіе слизистой оболочки и обильное отдѣленіе, но я вспоминаю, впрочемъ, одинъ случай, гдѣ у 2-лѣтняго ребенка я нашелъ всѣ явленія ozaena putrida foetida atrophicans съ образованіемъ корокъ; въ этомъ случаѣ отецъ и мать были совершенно здоровы, при чемъ они сообщали мнѣ, что вслѣдствіе особеннаго стеченія несчастныхъ обстоятельствъ они должны были перемѣнить у своего ребенка 4 кормилицы. У первой и второй не было въ достаточномъ количествѣ молока, а у 3-ей прекрасной кормилицы ребенокъ, котораго ей принесли, оказался покрытымъ сифилитической сыпью. Само собой разумѣется, что послѣ подобнаго открытія они прогнали 3-ю кормилицу, которая кормила его уже нѣсколько недѣль, и взяли четвертую. Въ высокой степени вѣроятно, что 3-я кормилица, ребенокъ которой страдалъ сифилисомъ, сама также была заражена послѣднимъ и, благодаря этому, вызвала у моего пациента озену.

Какъ я уже говорилъ выше, мои пациенты съ *conyza syphilitica hereditaria* всѣ являлись ко мнѣ въ болѣе поздніе годы, приблизительно около періода половой зрѣлости, такъ что я только въ исключительныхъ случаяхъ наблюдалъ совсѣмъ маленькихъ дѣтей: въ крупномъ городѣ специализированіе проводится очень строго. При разспросахъ оказывалось, что у нихъ раньше существовали непроходимость носа и такъ назыв. „сопѣніе“. Въ такихъ случаяхъ ринологическое изслѣдованіе, конечно, очень трудно, и мнѣ удавалось находить только припуханіе носовой слизистой оболочки выше крыла носа и на носовой перегородкѣ. Благодаря этому припуханію слизистая оболочка перегородки и боковыхъ стѣнокъ носа прилегали другъ къ другу и вызывали своеобразное затрудненіе вдыханія вслѣдствіе существовавшего клапаннообразнаго затвора. Въ большинствѣ подобныхъ случаевъ ко мнѣ обращались за помощью именно по поводу временныхъ нарушеній дыханія.

Свое воззрѣніе я подкрѣпило слѣдующими статистическими данными. Изъ 11352 амбулаторныхъ больныхъ за послѣдніе два года мы насчитали 3452 больныхъ съ поражениемъ носа. При изслѣдованіи отдѣльныхъ рубрикъ оказывается, что *rhinitis chronica atrophicans putrida*, т. е. озаена, встрѣчается на это огромное число заболѣваній носа чаще всего, а именно, у 2352 больныхъ; сюда же, собственно говоря, можно отнести двѣ слѣдующія рубрики: *rhinitis chronica hypertrophica* (181 случай) и *hypertrophia conchae inferior* (103 случая). Но и слѣдующую большую группу (экзема съ 300 случаевъ) также можно причислить сюда же, такъ какъ большинство подобныхъ случаевъ относится къ юношескому возрасту и обуславливается разѣдающимъ дѣйствіемъ обильнаго секрета.

Однако, если бы мы ограничились только занесенными въ статистическую таблицу данными, то и онѣ уже довольно доказательны. При нашей 30-лѣтней практикѣ мы путемъ точныхъ разспросовъ относительно сифилиса могли въ очень многихъ сомнительныхъ случаяхъ добиться признанія со стороны родителей, что дѣти, по ихъ мнѣнію, стали золотушными только вслѣдствіе болѣзни отца. Та категорія обитателей Вѣны, которая доставляетъ наибольшій контингентъ больныхъ въ нашихъ клиническихъ амбулаторіяхъ, принадлежитъ къ классу людей, посѣщающихъ больницу также при заболѣваніяхъ въ юномъ возрастѣ, и я далека отъ того мнѣнія, что подобные субъекты рѣшались вступить въ бракъ по легкомыслію или по злой волѣ, а полагаю, что они скорѣе всего считали себя здоровыми.

Какъ вообще лѣчится сифилисъ въ больницахъ? Я могу объ этомъ дать точное представленіе, потому что послѣ оставленія мною отдѣленія *Türk'a*, я 1½ года завѣдывалъ сифилитической больницей, гдѣ я наблюдалъ и лѣчилъ много сотенъ больныхъ.

Паціенты приходятъ лѣчиться отъ: 1) перелоя, 2) язвъ, 3) бубонъ, 4) конституціональнаго сифилиса, *resp.* шанкра. О первой и второй категоріи больныхъ мы здѣсь не станемъ говорить. Нашему вниманію подлежатъ только тѣ случаи, при которыхъ люди послѣ пріобрѣтенія твердаго шанкра втеченіе или послѣ 6—8 недѣль являются для лѣченія. Добросовѣстный сифилитологъ начинаетъ лѣчить ртутью только послѣ появленія общихъ симптомовъ, такъ какъ раннее употребленіе ея не приноситъ никакой пользы или, въ крайнемъ случаѣ, извращаетъ теченіе болѣзни. При такихъ условіяхъ лѣченіе заключается въ накладываніи меркуріальнаго пластыря на *penis*, на которомъ находится еще твердый шанкръ, а затѣмъ—въ примѣненіи большого курса втираній. Пока я былъ помощникомъ *Türk'a*, больныхъ съ сифилитическими поражениями гортани, лѣчившихся въ его отдѣленіи, изолировали въ особомъ павильонѣ и старались предохранить отъ простуды. У профессора *Sigmund'a* не примѣнялось никакой изоляціи, но въ комнатѣ всѣ двери и окна были закрыты, такъ что палата называлась закрытой. При такихъ условіяхъ продѣлываніе всего курса лѣченія являлось, конечно, большимъ подвигомъ со стороны больного.

Лѣченіе начиналось ванной, а затѣмъ паціенту дѣлали втираніе 1—3 драхмъ ртути въ сутки, продолжая это втеченіе 4—6 недѣль. Если всѣ явленія сифилиса на кожѣ и въ дыхательномъ аппаратѣ исчезали, то больной считался излѣченнымъ и выписывался изъ боль-

ницы. Если допустить даже, что пациентов предупреждали о необходимости явиться вновь в случае обнаружения рецидива, какъ это необходимо предположить, то этимъ исчерпывалось все, что требовалось государственными учреждениями.

По нашимъ современнымъ воззрѣніямъ пациентъ, лѣчившійся короткое время, не можетъ считаться излѣченнымъ, такъ какъ черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ послѣ лѣченія втираніями онъ нерѣдко является снова съ мокнущими папулами на мошонкѣ, in ano и въ глоткѣ. Такимъ образомъ можно утверждать (нѣкоторые субъекты вообще почти совершенно нечувствительны къ ртути), что эти люди даже въ томъ случаѣ, если они женились послѣ 2 или 3 лѣтъ отъ начала болѣзни, могли передать своимъ дѣтямъ въ какой-либо формѣ сифились и вызвать у нихъ всѣ тѣ симптомы, которые мы относимъ на счетъ озаена putrida atrophicans hereditaria. Если у кого-нибудь еще и оставалось бы сомнѣніе на счетъ унаслѣдованія страданія, то ему стоило бы только просмотрѣть статистическія данныя. Отъ 1 года до 40 лѣтъ жизни лѣчились 2011 больныхъ съ поражениемъ носа, т. е. большинство пациентовъ являлись для лѣченія до своей женитьбы.

## VI.

### Флегмона носовой слизистой оболочки.

У здоровыхъ, даже крѣпкихъ людей на слизистой оболочкѣ носовой перегородки часто наступаетъ самопроизвольная флегмона. Обыкновенно эта флегмона гнѣздится въ подслизистой ткани и вызывается воспалительнымъ поражениемъ слизистой оболочки. Если исключить механическія причины (ударъ, давленіе, инородныя тѣла и проч. и проч.), то надо сказать, что подобныя флегмоны развиваются совершенно самопроизвольно. Онѣ вызываютъ значительное припуханіе носовой перегородки, которое держится нерѣдко недѣлями. Только тогда, когда пациенты, вслѣдствіе непроходимости носа, обращаются за врачебной помощью, врачъ находитъ, что слизистая оболочка на перегородкѣ выпячивается въ видѣ мѣшка. При подобныхъ флегмонахъ пациенты являлись къ намъ тогда, когда въ большинствѣ случаевъ образовался уже абсцессъ, который иногда вскрывался самопроизвольно; чаще всего его легко было еще распознать при помощи ощупыванія и осмотра, послѣ чего его безъ затрудненія вскрывали посредствомъ маленькаго надрѣза. Флегмоны подобнаго рода обыкновенно очень легко излѣчиваются, не оставляя никакихъ послѣдствій.

Если же флегмона развивается на крыльяхъ носа, на нижней носовой раковинѣ или въ нижнемъ носовомъ ходѣ, то дѣло доходитъ до сильнаго припуханія носа. Эта припухлость продолжается на верхнюю губу и отличается необыкновенной болѣзненностью, а такъ какъ изслѣдованіе нижняго носового хода представляетъ затрудненія, то гнойный

очагъ открывається лишь съ трудомъ; тѣмъ не менѣе, уже въ силу того, что припухлость верхней губы очень болѣзненна, надо постараться отыскать этотъ гнойный очагъ, удалить гной и вообще примѣнить тѣ же мѣры, какъ и при абсцессѣ, т. е. какъ при флегмонѣ носовой перегородки.

Нерѣдко, однако, подобная флегмона на крыльяхъ носа обнаруживается въ видѣ маленькаго абсцесса, который вскрывается самопроизвольно и выдѣляетъ лишь нѣсколько капель гноя. Нѣкоторые люди, обнаруживающіе къ этому особенное предрасположеніе, получаютъ флегмону очень часто. Это заболѣваніе очень легко присоединяется вообще ко всякимъ раненіямъ въ носу. Мнѣ нерѣдко случалось наблюдать, что подобныя флегмоны приводили къ развитію рожи лица.

Рожистое воспаленіе, которое появляется, несомнѣнно, вслѣдствіе проникновенія стрептококковъ, распространяется изъ носа кнаружи на одну половину лица. Подобное рожистое воспаленіе приводитъ къ припуханію соответствующей щеки, и въ тяжелыхъ случаяхъ изъ такой незначительной рожи развивается настоящая блуждающая рожа, которая занимаетъ всю половину головы до лба и даже можетъ распространиться на волосистыя части.

Какъ извѣстно, противъ блуждающей рожи мы почти безсильны и не можемъ остановить дальнѣйшаго ея теченія. Въ новѣйшее время пытались ограничить подобную рожу, исходящую изъ носа, тѣмъ, что по границамъ воспаленной кожи лица подкладывали полоски плотно пристающаго пластыря (*Wölfler*), или же дѣлали смазыванія коллодіемъ. Этотъ новый методъ лѣченія посредствомъ давленія, повидимому, приводитъ къ ограниченію процесса, хотя мнѣ это очень рѣдко удавалось.

Слѣдуетъ упомянуть, что подобная рожа распространяется не только кнаружи на кожу лица и головы, но и внутрь, и тогда слизистая оболочка щекъ и глотки обнаруживаетъ красноватую сочную припухлость. При такомъ распространеніи рожи внутрь любопытенъ тотъ фактъ, что она строго ограничивается срединной линіей. Я никогда не видалъ, чтобъ блуждающая рожа на лицѣ, переходящая въ глотку, распространилась съ одной половины на другую.

Флегмона носовой слизистой оболочки, вызывается, будто бы, также т. н. ринолитами. О подобныхъ фантастическихъ разсказахъ врядъ ли слѣдуетъ упоминать; у очень небрежныхъ и нечистоплотныхъ субъектовъ встрѣчаются маленькіе осколки кости, которые остаются въ неочищенной носовой полости и постепенно окружаются наслоеніями, пока не сдѣлано будетъ изслѣдованія полости носа, или, вѣрнѣе, пока туда не проникнетъ струя воды, которая растворитъ наслоенія и очиститъ носъ. У дѣтей 3—4—8 лѣтъ я нерѣдко наблюдалъ флегмоны носовой слизистой оболочки, причину которыхъ родители сплошь и рядомъ не могли объяснить. Самой частой причиной является паденіе на носъ, не сопровождающееся наружнымъ поврежденіемъ. Въ подобныхъ случаяхъ, непопадающихъ врачу, у ребенка сгибается носовой хрящъ, при чемъ нерѣдко черезъ нѣсколько дней или же недѣль наступаетъ послѣдовательная флегмона, которая приводитъ къ образованію абсцессовъ или мѣстнаго нагноенія. Чаше всего флегмона въ носу у дѣтей обуславливается внѣдреніемъ инородныхъ тѣлъ.

Дѣти вводятъ себѣ въ носъ вишневыя косточки, бусы, пуговицы, маленькіе камешки, бобы, чечевицу и проч. и проч. Только въ нѣкоторыхъ случаяхъ родители узнаютъ объ этомъ; но если дѣти умолчали или забыли о данномъ фактѣ, то они ко мнѣ приводятъ ихъ уже съ воспалительными явленіями. Такъ какъ я подобные случаи наблюдалъ сотни разъ, то я всегда ввожу въ такихъ случаяхъ тонкій тупой серебряный или изъ бѣлой мѣди зондъ, передній конецъ котораго согнуть подъ прямымъ угломъ на протяженіи 0,5 сантиметра. При помощи этого крючка я вхожу какъ можно дальше въ верхній носовой ходъ, затѣмъ ставлю зондъ въ горизонтальное положеніе и однимъ движеніемъ вытягиваю его наружу. Этимъ несложнымъ приѣмомъ я всегда удалялъ введенное или внѣдрившееся инородное тѣло, чѣмъ опредѣлялась и устранялась такимъ образомъ причина флегмоны.

Отъ введенія пинцетовъ и маленькихъ щипцовъ я настоятельно предостерегаю; болѣзненность, испытываемая маленькими паціентами, въ такихъ случаяхъ гораздо больше, при чемъ внѣдрившееся инородное тѣло продвигается нерѣдко еще дальше въ носовую полость; раскрытіе вѣтвей щипцовъ къ тому же въ большинствѣ случаевъ невозможно, такъ что захватываніе бусы или пуговицы рѣшительно не удается. Въ виду этого наилучшимъ средствомъ для удаленія остается все же крючковатый и тупой зондъ.

## VIII.

### Кровотеченія изъ носа.

Прежде всего мы должны рассмотреть тѣ кровотеченія, которыя обусловливаются мѣстной причиной, т. е. опредѣленными измѣненіями носовой слизистой оболочки и костнаго остова, наступающими вслѣдствіе травмы. Затѣмъ нашему разсмотрѣнію подлежатъ кровотеченія, являющіяся послѣдствіемъ конституціональной аномаліи, болѣзненнаго діатеза, или расстройства кровообращенія.

Къ самымъ опаснымъ кровотеченіямъ принадлежатъ тѣ, которыя наступаютъ при переломѣ основанія черепа. Если мы имѣемъ поврежденіе *lamina cribrosa*, то кровотеченіе въ данномъ случаѣ не представляетъ особеннаго интереса для ларинголога, такъ какъ относится скорѣе къ области хирургіи.

Къ обыкновеннымъ поврежденіямъ, вызывающимъ обильное кровотеченіе изъ носа и наблюдаемымъ нерѣдко ларингологами, принадлежатъ: паденіе на носъ со значительнымъ поврежденіемъ костнаго остова, обыкновенно перегородки, рѣже спинки носа, затѣмъ внѣдреніе инородныхъ тѣлъ въ полость носа съ поврежденіемъ слизистой оболочки, раненія при катетеризаціи Евстахіевыхъ трубъ, чаще всего ковыряніе пальцемъ или даже сильное сморканіе, въ особенности у людей съ разлитымъ разрыхленіемъ и припуханіемъ слизистой оболочки

или съ эктазіей сосудовъ, легко въ такихъ случаяхъ подвергающихся разрыву. Излюбленнымъ мѣстомъ для подобныхъ эктазій служить граница между хрящевой и костной перегородкой и особенно нижняя часть хрящевой перегородки. Болѣе частое существованіе эктазій въ этомъ мѣстѣ стоитъ въ связи съ гистологическими особенностями слизистой оболочки въ данной области.

При кровотеченияхъ, наступающихъ вслѣдствіе поврежденій костнаго остова, риноскопическая картина при изслѣдованіи спереди бываетъ различной, смотря по мѣстоположенію и интензивности геморрагіи. Нерѣдко находятъ переломъ перегородки или носовой спинки, при чемъ слизистая оболочка также можетъ оказаться разорванной. Въ другихъ случаяхъ кровь изливается между слизистой оболочкой и хрящемъ и приводитъ къ выпячиванію слизистой оболочки, которое, исходя изъ перегородки, въ нѣкоторыхъ случаяхъ ведетъ къ закупориванію всей носовой полости. Подобное выпячиваніе, обусловливаемое кровоизліяніемъ, можетъ получить столь обширные размѣры, что выдается изъ *apertura pyriformis* и можетъ быть смѣшано съ полипами. Слизистая оболочка, покрывающая это выпячиваніе, обыкновенно бываетъ совершенно гладкой и нерѣдко нѣсколько болѣе блѣдной, чѣмъ на окружающихъ мѣстахъ. При изслѣдованіи зондомъ ощущаютъ ясное зыбленіе. Подобная картина можетъ встрѣчаться либо на одной, либо на обѣихъ сторонахъ, смотря по степени поврежденія перегородки, при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ оба мѣшка сообщаются между собою. Такъ какъ эти экстрavasаты обыкновенно легко подвергаются нагноенію, то ихъ надо вскрыть какъ можно раньше. Разрѣзъ дѣлаютъ на самомъ отломѣ мѣстѣ посредствомъ кончика скальпеля и въ опорожненную полость вводятъ полоски іодоформовой марли. Нерѣдко при этомъ удается при помощи зонда констатировать переломъ хряща, такъ что зондъ изъ одной половины носа проникаетъ въ другую. При такомъ лѣченіи эти гематомы обыкновенно очень скоро заживаютъ, при чемъ дѣло не доходитъ до образованія прободенія перегородки: въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, на мѣстѣ переломовъ появляется некрозь, такъ что въ перегородкѣ въ концѣ концовъ остается маленькое или значительное отверстіе.

Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда причина кровотечения остается неизвѣстной, или кровоточащее мѣсто недоступно, или кровоточащая поверхность слишкомъ велика, надо тампонировать носовую полость. Обыкновенная и наиболѣе простая тампонація производится только спереди. Посредствомъ тонкаго носового пинцета вводятъ полоски марли (іодоформовой, іодоформо-танниновой или іодоформо-канифольной) глубоко въ носъ и стараются постепенно выполнить всю его полость, при чемъ надо обращать вниманіе на то, чтобы глубокія части носа были раньше закупорены марлей. Въмѣсто пинцета можно пользоваться винтомъ *Gottstein'a*. Если, однако, кровотеченіе продолжается черезъ хоаны, и кровь благодаря этому проглатывается, то надо произвести двойную тампонацію, которая удобнѣе всего выполняется при помощи Беллоковой трубки. Беллокову трубку вводятъ закрытой въ кровоточащую половину носа такъ, чтобы пуговка ея коснулась задней стѣнки глотки, затѣмъ выталкиваютъ пружину, которая появляется



въ полости рта и къ которой при помощи двухъ нитокъ привязываютъ тампонъ; величина послѣдняго должна зависѣть отъ размѣровъ тампонируемой хоаны. Послѣ этого пружину снова втягиваютъ въ Беллокову трубку, и весь инструментъ вынимаютъ изъ носа, такъ что изъ ноздри виситъ только одна нитка тампона. Затѣмъ, при помощи этой нитки притягиваютъ лѣвой рукой тампонъ, между тѣмъ какъ правой его продвигаютъ позади мягкаго нѣба; при помощи этой двойной манипуляціи его укрѣпляютъ въ хоанѣ. Вторая нитка выстоитъ при этомъ изъ полости рта. Когда сдѣлана уже задняя тампонація, надо перейти къ передней и при выполненіи ея выступающую изъ носа нитку слѣдуетъ сильно натягивать. Затѣмъ обѣ нитки связываютъ за ушами пациента и тамъ укрѣпляютъ. Не слѣдуетъ дѣлать слишкомъ большого тампона, такъ какъ онъ будетъ выступать изъ хоаны, раздражать глотку и вызывать глотательныя движенія пациента, такъ что черезъ короткое время выпадаетъ въ глотку. Онъ долженъ быть, слѣдовательно, совершенно пригнанъ къ соответствующей хоанѣ и вполне ее закупоривать.

Тампонъ можетъ оставаться въ носу 24 часа, иногда дольше, но не далѣе 2 или 3 дней, такъ какъ въ противномъ случаѣ онъ можетъ вызвать легко отитъ со всѣми послѣдовательными явленіями, а иногда даже обширное воспаленіе флегмонознаго характера въ носоглоточной полости и въ носу, либо — рожу. Для удаленія тампона пользуются ниткой, выступающей изъ рта, при чемъ надо имѣть въ виду, что нельзя просто тянуть за нитку, а необходимо правой рукой захватить нитку у ея задняго конца и при помощи указательнаго пальца лѣвой руки упереться въ нее подъ мягкимъ нѣбомъ, для того чтобы натягиваніе правой рукой не дѣйствовало въ косомъ направленіи, и чтобы не разрѣзать этой ниткой мягкаго нѣба; словомъ, нитку надо тянуть въ отвѣсномъ направленіи сверху внизъ. Подобнымъ путемъ удаётся удалить изъ носа тампонъ, не повредивъ при этомъ мягкаго нѣба.

Если, несмотря на это, удаленіе тампона представляетъ извѣстное затрудненіе, то полезно тампонированную половину промыть спереди водою съ цѣлю размягчить существующіе свертки и способствовать удаленію тампона. Если подъ рукою нѣтъ Беллоковой трубки, то можно воспользоваться англійскимъ, или лучше Нелатоновымъ катетеромъ, либо тонкой дренажной трубкой, при чемъ техника манипуляціи остается той же.

При тѣхъ кровотеченияхъ, которыя исходятъ изъ ясно замѣтнаго или доступнаго мѣста, и которыя обуславливаются въ большинствѣ случаевъ изъязвленіемъ или разрывомъ эктази, лѣченіе имѣетъ цѣлю привести сосудъ къ запусѣванію. Не всегда, однако, мы въ состояніи видѣть кровоточащій сосудъ; нерѣдко находятъ только на упомянутой части хрящевой перегородки эктазію сосуда съ сѣрвато-красноватой точкой на вершинѣ, которая представляетъ собой тромбъ, образовавшійся вълѣдствіе кровотечения. Облитерація сосуда достигается или при помощи гальванокаустики или при помощи ѣдкаго вещества, которое можетъ проникнуть въ глубину ткани, какъ напр., дымящейся азотной кислоты. Ѣдкое вещество наносится лучше всего посредствомъ заостренной деревянной палочки, при чемъ стараются не повредить

окружающей слизистой оболочки, а касаются только расширенного сосуда. Если сосудъ продолжаетъ еще кровоточить, то до прижиганія надо тщательно осушить это мѣсто. Послѣ прижиганія пациентъ долженъ оставить ихъ въ покоѣ, т. е. онъ не долженъ сморкаться и надуться; для облегченія этого вводятъ неплотный тампонъ, который оставляютъ въ носу до слѣдующаго дня. Къ этому времени обыкновенно кровотеченіе уже останавливается, при чемъ возврата обыкновенно не наступаетъ.

Такого же успѣха можно достигнуть при помощи гальванокаутера. Для этой цѣли избираютъ плоскій наконечникъ, который прикладываютъ къ кровоточащему мѣсту, прижигая все это мѣсто самымъ тщательнымъ образомъ; для послѣдовательнаго лѣченія также необходимо вставленіе рыхлаго тампона. Если прижиганіе не привело къ цѣли, то его слѣдуетъ на другой или третій день повторить.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ разрыхленіе и припухлость слизистой оболочки, можно попытаться посредствомъ вяжущихъ средствъ вызвать уплотненіе ея или, такъ сказать, огрубѣніе ея и этимъ предотвратить кровотеченіе. Съ этой цѣлью вводятъ рыхлый тампонъ, смоченный растворомъ квасцовъ или танина, или же смазываютъ слизистую оболочку растворомъ ляписа (1—5%).

При другихъ кровотеченияхъ, которыя являются сопутствующими симптомами при новообразованіяхъ или большихъ язвенныхъ пораженіяхъ въ носу, лѣченіе также заключается въ тампонированіи носа. Въ подобныхъ случаяхъ предупрежденіе возвратовъ достигается только при помощи удаленія основной причины, если это возможно.

При геморрагіяхъ, обусловливаемыхъ дискразіями, т. е. патологическимъ составомъ крови, лѣченіе, конечно, уже не можетъ быть мѣстнымъ; по крайней мѣрѣ, оно не ведетъ къ цѣли, равно какъ въ тѣхъ случаяхъ, когда геморрагія обусловливается разстройствомъ кровообращенія, какъ напр., при некомпенсированныхъ порокахъ сердца и вообще при застояхъ. При помощи общаго лѣченія надо стараться повліять на организмъ и этимъ предотвратить возвраты кровотеченія. Въ особенности при гемофилии и другихъ геморрагическихъ діатезахъ повторныя носовыя кровотечения нерѣдко представляютъ прямую опасность для жизни, тѣмъ болѣе, что остановка подобныхъ геморрагій, даже при тщательномъ тампонированіи носа, въ большинствѣ случаевъ не удается вслѣдствіе ничтожной способности крови къ свертыванію, такъ что кровь обыкновенно просачивается черезъ тампонъ.

У дѣвушекъ въ возрастѣ отъ 15 до 20 лѣтъ иногда безъ всякихъ видимыхъ причинъ наступаетъ кровотеченіе изъ носа. Эти кровотечения имѣютъ періодическій характеръ и совпадаютъ со временемъ менструаціи. Они, однако, встрѣчаются также у неразвитыхъ дѣвочекъ, у которыхъ маточныхъ кровотеченій не бываетъ, или же у дѣвицъ, теряющихъ при менструаціи ничтожное количество крови. Причинъ этихъ кровотеченій мы не знаемъ, но можемъ констатировать лишь тотъ фактъ, что они нерѣдко замѣняютъ собой менструальныя кровотечения. Точно также мы знаемъ, что съ дальнѣйшимъ развитіемъ, съ появленіемъ маточныхъ кровотеченій, эти викарныя геморрагіи прекращаются.

У молодыхъ людей, которые не совершали еще половыхъ сношеній, но имѣли половыя возбужденія, также наблюдаются подобныя періодичныя носовыя кровотеченія, которыя безъ всякой терапіи прекращаются сами собой. Какая связь существуетъ между подобными половыми возбужденіями и самопроизвольно возникающими кровотеченіями, мнѣ не извѣстно.

## IX.

## Острый фарингитъ.

Если бъ мы хотѣли сообразоваться съ тѣмъ, какія заболѣванія чаще-всего встрѣчаются на задней сторонѣ глотки, то мы должны были бы, собственно говоря, начать съ описанія хроническаго фарингита, такъ какъ онъ является послѣдствіемъ весьма различныхъ заболѣваній носа и, слѣдовательно, встрѣчается гораздо чаще. Однако, чтобы не отступить отъ порядка, мы опишемъ раньше всего острый фарингитъ. Онъ встрѣчается рѣдко и въ большинствѣ случаевъ появляется тогда, когда глотка со всѣми своими образованиями испытала какія-нибудь измѣненія отъ холоднаго воздуха, отъ рѣзкаго вѣтра и проч.; онъ развивается, слѣдовательно, сплошь и рядомъ вмѣстѣ съ ангиной, воспаленіемъ слизистой оболочки на дужкахъ. При этомъ воспаленіи слизистая оболочка припухаетъ и становится болѣе толстой. Если врачъ часто заглядываетъ пациентамъ въ здоровую глотку, то онъ получаетъ представленіе о толщинѣ нормальной слизистой оболочки, такъ что только при извѣстномъ навыкѣ удастся опредѣлить, что слизистая оболочка стала толще и сочнѣе при данномъ заболѣваніи. Наоборотъ, при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ мы обыкновенно указываемъ на „истонченіе“ слизистой оболочки, разумѣя подъ этимъ, что слизистая оболочка стала неуступчивой, крѣпко связанной съ подлежащимъ слоемъ; насколько слизистая оболочка становится тоньше, настолько *pars oralis* глотки дѣлается больше. Это измѣненіе, само собой разумѣется, происходитъ только въ ничтожныхъ размѣрахъ, такъ что только для опытнаго глаза бываетъ замѣтной болѣе толстая и болѣе сочная воспаленной слизистой оболочки при остромъ фарингитѣ. Подобное припуханіе развивается *in toto*, а не въ видѣ мѣшка или утолщенія на какомъ-нибудь одномъ мѣстѣ: вся слизистая оболочка пріобрѣтаетъ болѣе сочный видъ и дѣлается толще.

Острый фарингитъ имѣетъ 2 стадія развитія. Въ первомъ стадіи, когда воспаленіе интензивно, наблюдается усиленное отдѣленіе. На слизистой оболочкѣ появляется болѣе сильная краснота, а на боковыхъ частяхъ ея, гдѣ покровъ глотки переходитъ въ дужки, слизистая оболочка становится разрыхленной. Подобное состояніе, однако, держится недолго. Вскорѣ же увеличенное отдѣленіе прекращается, и наступаютъ совершенно противоположныя явленія. Краснота слизистой оболочки уменьшается, секреторная дѣятельность ослабѣваетъ, прекра-

шается и не способствует уже дальнейшему продвижению носового отдѣленія; послѣднее пристаётъ къ слизистой оболочкѣ и имѣетъ зеленовато-желтоватый видъ. Хотя это состояніе имѣетъ временный характеръ, иногда слизистая оболочка все же получаетъ сухой истонченный видъ, т. е. образуется т. н. сухой фарингитъ. Если мы и употребили этотъ терминъ, то сдѣлали это съ нѣкоторымъ опасеніемъ, такъ какъ имъ неоднократно злоупотребляли, примѣняя его для обозначенія столь многихъ болѣзненныхъ процессовъ, что преподавателю очень трудно вселить ученикамъ ясное представленіе о сущности сухого фарингита. Сухой фарингитъ, какъ мы его понимаемъ, представляетъ собой только временное состояніе слизистой оболочки, или позднѣйшей стадіи остраго фарингита. Всѣ другіе виды сухого фарингита представляютъ собой послѣдствія различныхъ заболѣваній носа или сопутствующіе симптомы гортанныхъ пораженій, о которыхъ мы скажемъ впослѣдствіи.

Острый фарингитъ намъ едва ли приходится лѣчить, такъ какъ онъ скоро проходитъ; большинство больныхъ только сообщаютъ намъ, что они имѣли это пораженіе, но самое страданіе мы наблюдаемъ лишь въ рѣдкихъ случаяхъ. Однако, если этотъ фарингитъ встрѣчается у людей съ повышенной чувствительностью (у ораторовъ, актеровъ, пѣвцовъ, духовныхъ лицъ) и продолжается дольше обыкновеннаго, то пациенты обращаются къ намъ за помощью. Раньше лѣченіемъ этого страданія занимались хирурги и совершенно правильно примѣняли прижиганіе слизистой оболочки ляписомъ, при чемъ подъ струпомъ иногда происходило регенерированіе слизистой оболочки. Слишкомъ обильное отдѣленіе уменьшается подъ вліяніемъ прижиганія, а если секретъ отдѣляется въ слишкомъ ничтожномъ количествѣ, то эпителий и сосуды подъ струпомъ имѣютъ время для своего возстановленія.

Если обходятся безъ этого чисто хирургическаго лѣченія, то назначаютъ теплыя полосканія, лучше всего полосканія теплымъ молокомъ. Такъ какъ дѣло идетъ здѣсь только объ увлажненіи и согрѣваніи тканей, то молоко въ этомъ отношеніи представляетъ наиболѣе удобное средство; во-первыхъ, оно не принесетъ вреда, если будетъ проглочено пациентомъ, и во вторыхъ, оно не имѣетъ непріятнаго вкуса, подобно другимъ полосканіямъ. Если это не помогаетъ, то переходятъ къ употребленію вяжущихъ средствъ и во главѣ ихъ—къ дубильной кислотѣ.

Такъ какъ слизистыя оболочки при остромъ фарингитѣ возвращаютъ свои нормальныя свойства, то вредныхъ послѣдствій это заболѣваніе не имѣетъ, если не считать тѣхъ людей, которые не даютъ своей глоткѣ времени возстановить эпителий, подвергая ея дальнѣйшимъ вреднымъ вліяніямъ, т. е. за исключеніемъ людей, пьющихъ вино, пиво, водку и не прекращающихъ куренія во время болѣзни.

### Хроническій катарръ глотки.

Мы переходимъ теперь къ тѣмъ случаямъ, когда, подъ вліяніемъ дальнѣйшихъ вредныхъ инсультовъ, нормальное состояніе не возста-

новляется, при чемъ катарръ можетъ получить хроническій характеръ и проявиться въ опредѣленныхъ формахъ.

При т. назыв. „аденоидномъ кольцѣ“, какъ его называютъ новѣйшіе авторы (*Waldeyer*<sup>1)</sup>), позади заднихъ небныхъ дужекъ слизистая оболочка выпячивается въ видѣ краснаго возвышенія, достигающаго довольно большихъ размѣровъ; при задней риноскопіи замѣчаютъ, что эта опухоль простирается вплоть до Евстахіевыхъ трубъ. *Jurasz* называетъ это явленіе *pharyngitis retroarcualis*, т. е. *pharyngitis lateralis*, такъ какъ при этомъ поражаются боковыя стѣнки глотки. Главное неудобство для пациента при такомъ заболѣваніи заключается въ томъ, что частое сокращеніе *m. constrictor phar. sup.* вызываетъ сдавленіе и ущемленіе воспаленной слизистой оболочки, такъ какъ измѣненіе локализируется на остромъ краѣ этой мышцы, т. н. *Passavent* овомъ возвышеніи.

Подобныя красныя возвышенія мы наблюдаемъ также у людей, страдающихъ гиперестезіей; послѣднюю мы встрѣчаемъ также тамъ, гдѣ слизистая оболочка уменьшена въ своей массѣ, т. е. при т. н. истонченной слизистой оболочкѣ. При хроническомъ катаррѣ глотки мы находимъ, однако, и другія явленія. Такъ, въ *pars oralis* на плотной слизистой оболочкѣ выступаютъ отдѣльныя красныя мѣста; это—припуханіе фолликуловъ, которые на задней стѣнкѣ глотки образуютъ цѣлыя островки; на этомъ основаніи процессу дали неудачное названіе:

### Pharyngitis granulosa.

Этотъ терминъ обозначаетъ только стадій или отдѣльный симптомъ болѣзни. Если мы изслѣдуемъ горло у многихъ субъектовъ, то найдемъ нерѣдко „зерна“ у такихъ людей, которые никогда не обращались за совѣтомъ по поводу своего зернистаго катарра. Мы встрѣчаемъ обыкновенно эти зерна у слишкомъ чувствительныхъ субъектовъ; въ этихъ мѣстахъ постоянно оказываютъ свое вредное вліяніе различныя инсульты, при чемъ больные сами не въ состояніи опредѣленно указать на больныя мѣста въ глоткѣ при прикосновеніи зондомъ или при захватываніи пинцетомъ.

*Pharyngitis granulosa* представляетъ настоящее мученіе для пациентовъ, а также и для врача, такъ какъ мы рѣдко бываемъ въ состояніи уничтожить чувствительность у больныхъ.

### Терапія.

И въ этихъ случаяхъ хирурги получали успѣхъ отъ прижиганій ляписомъ, хотя не всегда; въ нѣкоторыхъ случаяхъ прижиганіе причиняетъ вредъ, а иногда остается безъ всякаго эффекта. Современное лѣченіе стремится привести данное мѣсто въ нормальное состояніе, при чемъ для этого употребляются различныя способы. Если зерна

<sup>1)</sup> *Waldeyer*. Der lymphatische Apparat des Pharynx. Deutsche med. Wochenschrift, 1884.

сильно выступают, то ихъ часто отщипываютъ, лучше всего при помощи остраго пинцета или тонкой стальной петли. Петлю подъ прямымъ угломъ прижимаютъ къ задней стѣнкѣ глотки и стягиваютъ по окружности разраженія. Другіе врачи употребляютъ игнипунктуру, отжигаютъ зерна при помощи гальванокаустическаго наконечника и такимъ образомъ приводятъ ихъ къ сморщиванію. Другой методъ состоитъ въ томъ, что зерна смазываются при помощи стеклянной палочки азотной кислотой, чѣмъ достигается такой же эффектъ.

Однако, какъ ни просты эти способы, примѣненіе ихъ довольно трудно, при чемъ нерѣдко не удается въ одинъ сеансъ удалить всѣ зерна. У нѣкоторыхъ субъектовъ эти зерна находятся только на 1—2—3 мѣстахъ, тогда какъ у другихъ ими бываетъ покрыта вся стѣнка глотки, такъ что для основательнаго выполненія операціи необходимо довольно продолжительное время.

Ислѣдованіе удаленнаго зерна показываетъ, что слизистая оболочка въ немъ нормальна, но въ ней находится скопленіе лимфоидныхъ клѣтокъ; маленькіе сосуды расширены, чѣмъ и объясняется кровотеченіе, наступающее послѣ удаленія зерна. Подобныя зернистыя разраженія большею частью встрѣчаются у тѣхъ людей, которые много говорятъ, затѣмъ—у злоупотребляющихъ куреніемъ, у которыхъ излѣченіе достигается съ большимъ трудомъ, потому что упорный курильщикъ не можетъ воздержаться отъ непрерывнаго раздраженія глотки табакомъ; въ особенности часто подобный катарръ встрѣчается у людей, втягивающихъ горячій дымъ, слѣдовательно, у курящихъ папиросы и сигары, а также—у пьяницъ; еще чаще это бываетъ у писателей, которые во время работы непрерывно курятъ, не давая слизистой оболочкѣ возстановляться во время паузъ. При такихъ условіяхъ въ этихъ зернахъ глотки наступаютъ явленія раздраженія.

Слизистая оболочка становится сухой, чувствительной и покрытой трещинами, такъ что, наконецъ, дѣло доходитъ до того, что, при *pharyngitis granulosa* появляется невральгія, источникъ которой мы не можемъ опредѣлить. Въ большинствѣ случаевъ подобная невральгія локализуется въ красныхъ возвышеніяхъ близъ дужекъ, а иногда также въ болѣе значительныхъ скопленіяхъ зеренъ. Противъ этихъ невральгій, наступающихъ только при продолжительномъ дѣйствіи вредныхъ инсультовъ, мы имѣемъ мало средствъ, при чемъ самой главной мѣрой является устраненіе вредныхъ моментовъ послѣ излѣченія соотвѣтственнаго мѣста и основательное прижиганіе послѣдняго.

Мы должны, однако, здѣсь упомянуть, что указанная выше гиперестезія наступаетъ также при другихъ заболѣваніяхъ, напр., при *atrophia senilis pharyngis*. Старые люди, преимущественно старыя женщины, часто являются съ жалобой на боль въ глоткѣ. Между тѣмъ, какъ у курильщика или молодого субъекта зернистая часть глотки оказывается чрезмѣрно чувствительной и можетъ быть излѣчена однимъ изъ указанныхъ выше способовъ, у старыхъ людей нѣтъ такихъ симптомовъ, и мы не обладаемъ средствомъ, при помощи котораго могли бы устранить старческую атрофію съ послѣдовательною гиперестезіей и невральгіей.

### Заглочный нарывъ.

Самое названіе уже опредѣляетъ сущность страданія. На задней стѣнкѣ глотки образуется опухоль, которая появляется на различныхъ мѣстахъ и, смотря по своей локализациі, можетъ вызывать различныя разстройства. Дѣтскіе врачи указываютъ на то, что это страданіе встрѣчается довольно часто. Большинство случаевъ я наблюдалъ у дѣтей, при чемъ чаще всего у грудныхъ. Этиологіи страданія мы не знаемъ, хотя должны принять, что сосаніе служитъ иногда вызывающей причиною. Нерѣдко случается, что дѣти теряютъ возможность сосать, какъ при насморкѣ новорожденныхъ, когда препятствіе въ дыханіи зависитъ отъ закладыванія носа; при заглочномъ абсцессѣ подобное препятствіе находится нерѣдко довольно глубоко, на высотѣ гортани. Впрочемъ, я наблюдалъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ абсцессы, сидящіе высоко въ ротовой поверхности, иногда непосредственно за мягкимъ нёбомъ, при чемъ они служили препятствіемъ для носового дыханія. Я полагаю, что вслѣдствіе сосанія образуется мѣстное воспаленіе съ медленнымъ переходомъ въ нагноеніе.

Въ руководствѣ по дѣтскимъ болѣзнямъ *Vogl*'я, изданномъ *Biedert*-омъ (*Enke*, 1894), цитируется мнѣніе *Bókai*: „абсцессы, по его словамъ, раздѣляются на слѣдующія группы: а) идиопатическіе абсцессы, наступающіе очень рѣдко, то вслѣдствіе внѣдренія инороднаго тѣла (осколокъ стекла въ случаѣ *Burkhardt*'а), то вслѣдствіе воспаленія клѣтчатки, окружающей глотку, и лимфатическихъ железъ, лежащихъ впереди позвоночника (самая частая форма); б) такіе абсцессы, которые образуются вторично вслѣдствіе нагноенія воспаленныхъ шейныхъ железъ, и в) абсцессы, которые осложняются костоѣдой позвонковъ. Заболѣваніе почти всегда встрѣчается между первымъ и вторымъ годами (въ большинствѣ случаевъ на первомъ году).

*Henoch* въ своемъ руководствѣ по дѣтскимъ болѣзнямъ на стр. 134 говоритъ, что это заболѣваніе многимъ врачамъ совершенно неизвѣстно, и объясняетъ это рѣдкимъ существованіемъ его; онъ самъ наблюдалъ только около 70 случаевъ. *Henoch* приводитъ весьма обстоятельное описаніе. Самымъ главнымъ діагностическимъ признакомъ, по его мнѣнію, служатъ результаты изслѣдованія пальцемъ.

Мы считаемъ это заболѣваніе гораздо болѣе частымъ, чѣмъ *Henoch*; дѣтскимъ врачамъ рѣже случается наблюдать подобные абсцессы. Мой опытъ въ этомъ отношеніи основывается на томъ, что матери нерѣдко приводятъ ко мнѣ дѣтей вслѣдствіе стѣсненія у послѣднихъ дыханія и послѣдовательнаго затрудненія сосанія.

Болѣзнь въ большинствѣ случаевъ протекаетъ у дѣтей благопріятно. Опухоль вскрываютъ посредствомъ укола концомъ скальпеля; послѣ обильнаго отдѣленія гноя всѣ явленія прекращаются. Раньше я употреблялъ описанный въ моемъ руководствѣ <sup>1)</sup> закрытый фаринготомъ, о которомъ говорить также и *Henoch*, и который служитъ для вскрытія нарыва въ глубинѣ глотки; въ послѣднее время я считаю этотъ

<sup>1)</sup> L. c. *Stoerk*. Klinik der Kehlkopfkrankheiten.

инструментъ излишнимъ. Опытъ меня научилъ, что абсцессъ легко можно вскрыть, если скальпель провести по пальцу другой руки, такимъ образомъ, чтобы конецъ скальпеля былъ прикрытъ этимъ пальцемъ; при этомъ надо имѣть въ виду, что не долженъ оставаться гнойный мѣшокъ, иначе дѣло вновь дойдетъ до накопленія гноя. При большихъ абсцессахъ я примѣняю другой методъ съ цѣлью предупредить образованіе мѣшка. Широкій разрѣзъ въ виду значительныхъ послѣдовательныхъ болей помѣшалъ бы ребенку сосать; поэтому я вкалываю въ абсцессъ искривленный остроконечный троакаръ, высасываю содержимое, промываю какъ можно тщательнѣе полость и, если вода вытекаетъ уже чистой, впрыскиваю растворъ ляписа, при чемъ изъ полости не должно ничего вытекать мимо, т. е. троакарную трубку надо держать въ полости абсцесса въ теченіе достаточнаго количества времени. Послѣ этого полость скоро сморщивается, при чемъ у ребенка боли бывають относительно ничтожны, такъ что онъ удовлетворительно продолжаетъ сосать.

При большомъ числѣ случаевъ въ моей частной и больничной практикѣ, я не видалъ ни разу нагноенія лимфатическихъ железъ, и у грудныхъ дѣтей считаю проникновеніе инородныхъ тѣлъ въ глотку невѣроятнымъ.

Заглоченные нарывы у взрослыхъ происходятъ отъ различныхъ причинъ, въ большинствѣ случаевъ отъ костоѣды позвонковъ, такъ что конецъ скальпеля нерѣдко натывается на каріозную кость,—обстоятельство очень непріятное, потому что излѣченіе въ такихъ случаяхъ идетъ довольно дурно. Я выскребывалъ полость острой ложечкой и такимъ образомъ удалялъ омертвѣлую распавшуюся ткань, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ пробовалъ прижигать полость при помощи ляписа, припаяннаго къ серебряному зонду; неоднократно этимъ путемъ я получалъ излѣченіе, но нерѣдко также наступали рецидивы. У взрослыхъ послѣ вскрытія подобнаго абсцесса во многихъ случаяхъ не находятъ никакой каріозной кости, но подобныя благоприятныя условія существуютъ недолго. Хотя полость становится меньше, но она не замыкается вполне, и вскрытый абсцессъ постепенно превращается въ натечный нарывъ, который всегда обусловливается костоѣдой позвонка, лежащаго выше нарыва. Подобный спондилитъ представляетъ собой, однако, начальную фазу страданія, потому что пациенты вскорѣ являються не только съ рецидивомъ болѣзни, но также съ ригидностью шеи, болями при движеніи, т. е. со всеми симптомами настоящаго спондилита. Въ такихъ случаяхъ мы можемъ принести только палліативную пользу, примѣнивъ неподвижную повязку. Послѣднюю можетъ сдѣлать самъ больной, такимъ образомъ, что, взявъ картонъ или стружку такой ширины, чтобы нижняя часть лежала на ключицѣ, а верхняя на нижней челюсти, онъ все это обертываетъ ватой и бинтами, чтобъ избѣжать давленія. При такой повязкѣ—движенія и особенно глотательный актъ становятся безболѣзненными. Подобные больные исчезаютъ изъ виду, такъ какъ мы не производимъ операцій въ глоткѣ, и они обращаются впоследствии къ хирургу; о дальнѣйшей участи ихъ мы рѣдко узнаемъ больше того, что у нихъ впереди или позади образовался натечный абсцессъ.



### Haematoma pharyngis.

Иногда мы наблюдаемъ у взрослыхъ на задней боковой стѣнкѣ глотки тѣстоватая, мягкія опухоли, которыя лежатъ глубоко подѣ глоточными мышцами и исходятъ изъ одной стороны. Чаще всего я встрѣчалъ ихъ у людей съ гипертрофированной щитовидной железой. Мы знаемъ, что гипертрофированная щитовидная железа иногда развивается до такихъ размѣровъ, что, окруживъ гортань и глотку, прорастаетъ внутрь; при этомъ дѣло идетъ, однако, не о struma fibrosa, но объ очень богатомъ сосудами зобѣ.

При гипертрофіяхъ, выступающихъ впереди, по бокамъ и также кзади, мы находимъ, что обростаніе вокругъ гортани и проростаніе въ глотку наступаетъ постепенно, при чемъ сосуды получаютъ громадныя размѣры. Расширеніе сосудовъ и увеличеніе числа ихъ нерѣдко можно уже констатировать при наружномъ изслѣдованіи шеи. Если подобный, богатый сосудами, зобъ растетъ по направленію къ глоткѣ и обрастаетъ ее, то это служить противопоказаніемъ для производства операціи въ глоткѣ.

Указанныя тѣстоватая опухоли въ глоткѣ встрѣчаются также у тѣхъ людей, у которыхъ нѣтъ значительнаго зоба, или у которыхъ онъ существуетъ только на одной сторонѣ, такъ что нельзя предположить, чтобы онъ могъ развиваться далѣе позади глотки; несмотря на это, здѣсь, быть можетъ, влѣдствіе большого простора и незначительныхъ препятствій для роста, развиваются опухоли, несомнѣнно принадлежащія щитовидной железѣ; онѣ имѣютъ тѣстоватую консистенцію, но не плотную, подобно зобу; это и есть гематомы, отъ оперирования которыхъ я предостерегаю на основаніи опыта, полученнаго мною въ слѣдующихъ двухъ случаяхъ:

10-го марта 1871 г. ко мнѣ обратился Эммануиль К., жалующійся на затрудненіе глотанія и рѣчи. При наружномъ осмотрѣ шеи найдена была гипертрофія обѣихъ боковыхъ долекъ щитовидной железы, которая припухла довольно равномерно и нигдѣ не давала узловатаго выпячиванія; окружность шеи была сильно увеличена, потому что зобъ равномерно распространился по обѣ стороны.

Слѣдую военнымъ инструкціямъ, пациентъ носилъ туго стянутый форменный галстукъ. По указанію пациента, кромѣ нарушенія рѣчи, у него существовало затрудненіе глотанія; въ виду этого я осмотрѣлъ горло и нашелъ, что непосредственно позади корня языка выпячивалась задняя стѣнка глотки, напоминая большой заглоточный нарывъ.

О происхожденіи своего страданія пациентъ могъ сообщить только, что онъ съ дѣтскаго возраста имѣлъ толстую шею, и потому полагаетъ, что состояніе его ухудшилось благодаря профессиональнымъ занятіямъ.

При изслѣдованіи пальцемъ опухоли, сидѣвшей въ глоткѣ, оказалось, что она повсюду имѣетъ тѣстоватую консистенцію, при чемъ нигдѣ нельзя было констатировать размягченія; опухоль при надавливаніи была безболѣзненна. Костоѣду позвоночника можно было исключить, и діагнозъ колебался межъ аневризмой и новообразованіемъ. Однако, признаковъ аневризмы совершенно не было, такъ что оставалось предположить существованіе новообразованія. Слизистая оболочка на опухоли была равномерно красной и повсюду имѣла одинаковую консистенцію. Форма опухоли и ея широкое основаніе говорили противъ кисты. Опухоль выпячивалась такъ далеко, что лишь съ большимъ трудомъ удавалось заглянуть внутрь между выдвинувшейся впередъ стѣнкой глотки и корнемъ языка. Но и при такомъ осмотрѣ нельзя было видѣть черпаловидныхъ хрящей, такъ какъ они были закрыты основаніемъ опухоли.

Пациентъ, котораго безуспѣшно лѣчили ингаляціями и электричествомъ, настоятельно требовалъ операціи, при чемъ я полагалъ, что мнѣ удастся уменьшить наполненное жидкостью пространство посредствомъ вяжущихъ впрыскиваній. Для этой цѣли я прокололъ опухоль длиннымъ остроконечнымъ скальпелемъ; тотчасъ же полилась струя алой крови, такъ что я предположилъ, что имѣю дѣло съ аневризмой. Кровь, однако, скорѣ стала темной. Много прошло времени, прежде чѣмъ я успѣлъ остановить кровотеченіе, что мнѣ удалось только при помощи корнѣи, смоченной въ полуторохлористомъ желѣзѣ. Я вводилъ при помощи указательнаго пальца—если это мнѣ не удавалось, я пользовался искривленными щипцами—кусочекъ корнѣи, укрѣпленный на ниткѣ и смоченный растворомъ полуторохлористаго желѣза, и тщательно прижималъ его къ кровотокающему мѣсту, продолжая надавливать на послѣднее, несмотря на рефлекторныя оборонительныя движенія пациента (пока онъ не привыкъ выносить это постоянное давленіе въ глоткѣ).

Такимъ образомъ, я остановилъ кровотеченіе у моего пациента. Черезъ нѣсколько дней наступило замѣтное улучшеніе состоянія, рѣчь стала болѣе свободной, глотательный актъ безболѣзненнымъ, и опухоль уменьшилась.

Я думаю, что вслѣдствіе давленія зоба и туго повязаннаго гастука сосуда на наружной боковой и задней стѣнкахъ глотки были такъ сильно прижаты, что на внутренней стѣнкѣ они компенсаторно расширились и образовали гематому.

Второй случай касается 18-лѣтняго сына одного депутата въ рейхсратѣ, доктора К.; у этого пациента былъ также равномерно разившійся на обѣихъ сторонахъ зобъ, который онъ сдавливалъ тѣснымъ воротникомъ. На задней стѣнкѣ глотки въ ротовой части ея у него развилась тѣстоватая опухоль, которую я принялъ за гематому. Вслѣдствіе нарушенія рѣчи и глотанія пациентъ настойчиво требовалъ операціи. Однако, я не могъ, въ виду воспоминанія о первомъ случаѣ, рѣшиться на эту операцію и посоветовался съ *Billroth*'омъ, который высказался въ пользу операціи; я произвелъ ее у себя въ кабинетѣ въ присутствіи *Billroth*'а. О послѣдствіяхъ этой операціи нечего почти и говорить. Несмотря на чрезвычайно маленькій уколъ, тотчасъ же наступило такое обильное кровотеченіе, что намъ удалось остановить его только послѣ примѣненія всевозможныхъ средствъ въ теченіе трехъ часовъ. Кровотеченіе было настолько сильно, что пациента пришлось держать въ горизонтальномъ положеніи, такъ какъ всякое приподнятіе вызывало у него обморокъ. Отъ своей гематомы пациентъ освободился, но отъ анеміи онъ еще лѣчился очень долгое время. Когда онъ черезъ нѣсколько недѣль получилъ уже возможность вставать съ постели, я его изслѣдовалъ и нашелъ, что гематома совершенно исчезла и на мѣстѣ ея образовался рубецъ.

Я часто видѣлъ такія гематомы, стоявшія большею частью въ связи съ расширенными сосудами щитовидной железы, и наученный этими двумя случаями я болѣе никогда не рѣшался на операцію. Какимъ образомъ въ обоихъ случаяхъ дѣло дошло до сморщиванія гематомы, съ опредѣленностью рѣшить нельзя; скорѣ всего слѣдуетъ принять, что вслѣдствіе укола и закрытія раны въ полости наступало свертываніе крови, которое и привело затѣмъ къ сморщиванію и облитераціи сосудовъ; простое опорожненіе крови, конечно, не могло дать подобнаго эффекта.

### Ангиома глотки.

Между обоими листками мягкаго нѣба встрѣчаются маленькія разсѣянныя расширенія сосудовъ, которыя не выступаютъ надъ поверхностью слизистой оболочки <sup>1)</sup>. Обыкновенно они бываютъ одиночными,

<sup>1)</sup> Haemangiectasiae.

но иногда располагаются группами и распознаются уже при прямомъ осмотрѣ, благодаря своей окраскѣ, колеблющейся между темно-красной, голубовато-красной и совершенно темной. Они не причиняютъ никакихъ неудобствъ больнымъ, такъ что только врачъ впервые обращаетъ вниманіе на это явленіе. При одномъ такомъ случаѣ я пришелъ къ мысли вызвать запусѣваніе этого расширенія при помощи впрыскиваній по *Thiersch*'у. Прежде всего я испыталъ настойку іода, при чемъ я дѣлалъ вколъ посредствомъ длинной приставной иглы, надѣтой на шприцъ *Праваца*, и впрыскивалъ, такимъ образомъ, въ различныя мѣста настойку іода. Эти впрыскиванія не причиняли никакихъ неудобствъ больнымъ, но давали только ничтожные результаты.

Когда я пришелъ къ заключенію о бесполезности подобнаго лѣченія, то я у другого паціента, у котораго подобныя разлитыя ангиомы находились въ большомъ числѣ, попробовалъ впрыскиванія раствора полуторохлористаго желѣза. Эти впрыскиванія, однако, совершенно неожиданно вызвали значительную боль, которая распространилась по всѣмъ направленіямъ и даже irradiровала по направленію къ уху и основанію черепа. Пациентъ упалъ въ обморокъ, и я тогда предположилъ, что въ сосудахъ головного мозга образовались тромбы. Сильная болѣзненность, однако, оставалась для меня совершенно непонятной. Случай протекъ довольно благопріятно. Черезъ нѣсколько часовъ боли исчезли, но когда я при слѣдующемъ визитѣ изслѣдовалъ больного, я былъ въ высшей степени непріятно пораженъ вызваннымъ разрушеніемъ. Впрыснутая жидкость распредѣлилась по рыхлой ткани такимъ образомъ, что она не только коснулась сосудовъ, которые я главнымъ образомъ имѣлъ въ виду, но и вызвала гангрену всей поверхности слизистой оболочки. Мнѣ долго пришлось возиться, пока я привелъ къ заживленію гангренозно распадающуюся и отдѣляющуюся ключьями слизистую оболочку, и, конечно, съ тѣхъ поръ не повторялъ никогда подобной инъекціи.

Вскорѣ послѣ этого ко мнѣ явился паціентъ съ гипертрофіей миндалевидной железы, какъ онъ говорилъ, и хотѣлъ удалить эту железу, такъ какъ она представляла препятствіе для глотанія и для рѣчи. При изслѣдованіи я нашелъ въ миндалевидной железѣ и надъ нею выпячивающуюся опухоль, которая лежала вверху въ нишѣ, образуемой схожденіемъ обѣихъ дужекъ, и достигала внизу миндалевидной железы, а кверху распространялась позади мягкаго нѣба. Слизистая оболочка на этой опухоли была окрашена въ нормальный цвѣтъ. При изслѣдованіи пальцемъ, которое я предпринялъ потому, что мнѣ казалось страннымъ, чтобы на такомъ мѣстѣ разрослась миндалевидная железа, я нашелъ, что дѣло идетъ объ ангиомѣ. При продолжительномъ давленіи пальцемъ опухоль опорожнялась отъ своего содержимаго, а при отнятій пальца снова наполнялась. Такъ какъ эта опухоль причиняла больному большія непріятности, и такъ какъ онъ настоятельно требовалъ операціи, то я произвелъ ее со всевозможными предосторожностями: я взялъ искривленный длинный иглодержатель и перевязалъ, идя снизу вверхъ, всю опухоль при помощи обкальваній. Такъ какъ я всякій уколъ дѣлалъ какъ можно ближе къ основанію и каждую нитку завязывалъ, то вся опухоль была перевязана цѣлымъ рядомъ

швовъ. Послѣ того какъ я удостовѣрился, что нитки лежатъ крѣпко, я захватилъ опухоль при помощи лѣвой руки двойнымъ крючкомъ, а правой рукой вырѣзалъ ее пуговчатымъ скальпелемъ. Для прижиганія кровоточащаго мѣста я приготовилъ термокаутеръ, но это оказалось излишнимъ, такъ какъ никакого кровотечения не наступило. Опухоль оказалась состоящей изъ значительно расширенныхъ сосудовъ, т. е. изъ сосудисто-пещеристой ткани. Послѣдовательное заживленіе прошло довольно гладко, и только мѣстами при нагнаиваніи лигатуръ дѣло доходило до маленькихъ кровотеченій. Приблизительно черезъ нѣсколько недѣль пациентъ выписался изъ санаторія *Löw'a* (гдѣ я его оперировалъ), послѣ того какъ всѣ лигатуры отдѣлились. На мѣстѣ раны образовался плотный рубецъ. Подобный способъ перевязки ангиомъ посредствомъ длиннаго искривленнаго иглодержателя заслуживаетъ, по моему, вниманія. Ниже мы укажемъ на подобный же приемъ, пригодный при кровотеченияхъ изъ миндалевидныхъ железъ.

## X.

### Склерома гортани и дыхательныхъ путей,

которая названа авторами бленнорреей *Stoerk'a*, и которая была впервые мною опубликована и названа хронической бленнорреей.

Въ 60-хъ годахъ я сообщилъ <sup>1)</sup> о цѣломъ рядѣ заболѣваній, которыя такъ рѣзко отличались отъ наблюдавшихся до сихъ поръ болѣзней носа и гортани, что я счелъ себя обязаннымъ обратить на эти случаи особенное вниманіе. Я нашелъ, что эта болѣзнь по существу совершенно отличалась отъ извѣстныхъ до сихъ поръ заболѣваній. Въ носу всегда появлялось такое обильное отдѣленіе, что вся слизистая оболочка представляла совершенно неузнаваемую картину, какъ по своему виду, такъ и по своей толщинѣ. Носовая слизистая оболочка была ясно доступна осмотру на всемъ протяженіи, такъ какъ во всѣхъ этихъ случаяхъ полость носа была настолько расширена, что осмотръ производился безъ всякихъ затрудненій. Это значительное расширение носовой полости, по моимъ наблюденіямъ, вызывалось либо исчезновеніемъ слизистой оболочки, либо уменьшеніемъ или атрофіей раковинъ.

Симптомы, отличительное распознаваніе и теченіе.

Уже тогда я обратилъ вниманіе, что видъ носовой слизистой оболочки, благодаря обилію секрета и измѣненію окраски, чрезвычайно напоминалъ мембрана *pyogenica*. Описывая это

<sup>1)</sup> Sitzungen der. k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 7 июня 1867 г.

страданіе, я указалъ, что вся слизистая оболочка подвергалась нагноенію, и что она нигдѣ не была отдѣлена отъ подлежащихъ слоевъ, равно какъ нигдѣ нельзя было замѣтить нарушенія ея цѣлости, такъ что существованіе „язвъ“ слѣдовало исключить. Я говорилъ тогда: „это нагноеніе въ носу можетъ продолжаться годами, не вызывая суженія носовой полости, не отдѣляя слизистой оболочки отъ лежащаго слоя и не вызывая нигдѣ изъязвленія хряща или кости. Во всѣхъ случаяхъ, которые мы имѣли возможность описать, ни разу не встрѣчалось заболѣванія носовыхъ хрящей или костей“.

Такимъ образомъ слѣдовало исключить всякую гинертрофію, разращенія, а также пораженія хрящей и костей. При опредѣленіи сущности страданія я долженъ былъ также исключить всякое подозрѣніе относительно того, что это заболѣваніе, это обильное нагноеніе въ носу, имѣетъ своимъ источникомъ сифилисъ. Самые тщательные расспросы пациентовъ и ихъ близкихъ, а также самое обстоятельное изслѣдованіе ни разу не привели къ констатированію сифилиса.

Уже тогда я въ одномъ сообщеніи отмѣтилъ, что это заболѣваніе слѣдуетъ отличать отъ сифилитической озены, такъ какъ при послѣдней обыкновенно находятъ на томъ или другомъ мѣстѣ изъязвленіе, костный дефектъ, костоѣду или некрозъ, что въ описанныхъ мною случаяхъ никогда не встрѣчалось; въ противоположность сифилитической озенѣ, этотъ процессъ, названный мною хронической бленнорреей, никогда не ограничивался только носомъ, а распространялся также на слизистую оболочку глотки и гортани, т. е. представлялъ собой заболѣваніе всей слизистой оболочки дыхательныхъ путей.

Я тогда утверждалъ слѣдующее: „.....слизистая оболочка глотки, подобно слизистой оболочкѣ носа, также покрыта гноемъ. Впрочемъ, это нагноеніе и здѣсь не даетъ особенно сильной реакціи со стороны слизистой оболочки, такъ какъ послѣдняя имѣетъ блѣдный и истонченный видъ. Особеннаго выступанія фолликуловъ, какъ при острыхъ воспаленіяхъ, здѣсь не бываетъ, и слизистая оболочка представляетъ сѣровато-желтовато-зеленоватую поверхность. Секретъ тянется изъ хоанъ по стѣнкѣ глотки къ черпаловиднымъ хрящамъ, затѣмъ, черезъ нихъ спускается внутрь къ голосовымъ связкамъ, къ Морганіевымъ желудочкамъ до передняго угла. Сильнѣе всего бываетъ это нагноеніе тамъ, гдѣ слизь не удаляется при помощи глотанія или дыханія. Больше всего, слѣдовательно, бываютъ поражены тѣ мѣста въ гортани, которыя до нѣкоторой степени защищены отъ движеній, такъ что нагноеніе, благодаря защитѣ окружающаго надгортанника, достигаетъ максимума въ *nodus epiglotticus* и съ переднемъ угломъ, гдѣ сходятся обѣ пары голосовыхъ связокъ. Соответственно этому надгортанникъ, задняя стѣнка черпаловидныхъ хрящей и задняя стѣнка гортани поражаются меньше всего, такъ какъ со всѣхъ этихъ мѣстъ слизь удаляется“.

Въ моемъ описаніи, которое я составилъ, тщательно сообразуясь съ найденными мною данными, и которое я опубликовалъ, опираясь на рядъ исторій болѣзни и протоколовъ вскрытія, въ моемъ большомъ руководствѣ о болѣзняхъ гортани, я всегда особенно отмѣ-

чалъ главную роль въ этомъ процессѣ гортани и дыхательныхъ путей: въ носовой полости я никогда не встрѣчалъ такихъ измѣненій, какъ напр., опухоли, сращенія, разраженія, рубцы и проч. Центръ тяжести процесса всегда находился только въ полости гортани и дыхательныхъ путей.

Въ гортани главнымъ очагомъ нагноенія, какъ я уже говорилъ, служить передній уголь у мѣста схождения голосовыхъ связокъ. Велѣдствіе нагноенія здѣсь наступаетъ грануляціонный процессъ, который вскорѣ приводитъ къ сращенію голосовыхъ связокъ и такимъ образомъ вызываетъ сильное разстройство фонаціи. Далѣе я сообщилъ цѣлый рядъ исторій болѣзни, гдѣ велѣдствіе подобныхъ нагноеній въ носу развились разраженія, грануляціонныя образования, разлитая припухлость слизистой оболочки и концентрическое суженіе просвѣта дыхательнаго горла.

При описаніи исторій болѣзни я сообщилъ о моихъ операціяхъ, которыя имѣли цѣлью предупредить полное сращеніе, т. е. устранить задушеніе. Я не имѣлъ бы ничего прибавить къ этимъ исторіямъ болѣзни, если бы въ послѣднее время мнѣ не пришла въ голову мысль, не стоитъ ли эта болѣзнь, которую многіе авторы, наблюдавшіе ее послѣ меня, назвали „бленнорреей *Stoerk'a*“, и описаніе которой они подтвердили,—не стоитъ ли эта болѣзнь въ связи съ т. н. „риносклеромой“, описанной *Hebra* <sup>1)</sup>, *Kaposi* <sup>2)</sup>, *Riehl* емъ, *Волковичемъ*, *Paltauf*, *Juffinger* омъ, *Mikulicz* емъ <sup>3)</sup>, *Geber* омъ <sup>4)</sup> и друг. и представляющей собою вполне изученный болѣзненный процессъ. Несмотря, однако, на мою добросовѣстность и осторожность въ наблюденіяхъ и въ научныхъ сообщеніяхъ, я до сихъ поръ не имѣлъ никакого основанія что-либо измѣнить въ моемъ описаніи хронической бленнорреи.

Единственный упрекъ, который можно сдѣлать моему описанію, заключается въ отсутствіи бактериологическихъ изслѣдованій; однако, въ 60-хъ годахъ <sup>5)</sup> мы еще не знали бактериологіи, такъ какъ бактериологическій методъ изслѣдованія сталъ извѣстенъ только съ того времени, когда появились первыя сообщенія *Frisch'a*, т. е. съ 1882 г.

Мои дальнѣйшія наблюденія побудили меня не такъ строго держаться избраннаго мною прежде названія „хронической бленнорреи“, такъ какъ я не могъ скрыть отъ себя, что ко мнѣ въ большинствѣ случаевъ такіе больные обращались прежде всего по поводу затрудненій въ дыханіи, имѣвшихъ своимъ источникомъ гортань. Такія же формы риносклеромы, которыя характеризуются хоботообразнымъ утолщеніемъ носа, попадали большею частью къ хирургамъ и дерматологамъ.

1) *Hebra*. Ueber ein eigenthümliches Neugebilde an der Nase—Rhinosklerom. Wiener med. Wochenschr., 1870, № 1.

2) *Hebra* и *Kaposi*. Lehrbuch der Hautkrankheiten. т. II (*Virchow's Handb. der spec. Path. u. Ther.*, т. III, отд. II), 1876.—*Kaposi*. Path. u. Ther. der Hautkrankh. in Vorles. f. prakt. Aerzte u. Studierende. Вѣна, 1879—80, стр. 603.

3) *Mikulicz*. Ueber das Rhinosklerom (*Hebra*). v. *Langenbeck's Arch. f. klin. Chir.*, XX, стр. 485.

4) *Geber*. Ueber das Wesen des Rhinosklerom. Arch. f. Derm., 1872, стр. 493.

5) L. c. 1867.

## Этіологія.

Относительно этиологии хронической бленнорреи, т. е. склеромы гортани и дыхательнаго горла, только въ очень рѣдкихъ случаяхъ удается добыть нѣкоторыя данныя. Какъ я упомянулъ уже въ своихъ первыхъ сообщеніяхъ о хронической бленнорреѣ, самыя рѣзкія формы я наблюдалъ у больныхъ, пріѣхавшихъ изъ Россіи, Галиціи и Буковины. Я уже тогда предположилъ, что это заболѣваніе должно имѣть эндемическій характеръ, и что оно связано съ извѣстной мѣстностью, въ которой люди живутъ при дурныхъ условіяхъ, но опыты показали, что это заболѣваніе встрѣчается повсюду. Въ цѣнной работѣ *Волковича* этиологическіе моменты риносклеромы оказались такими же, какіе я нашелъ въ свое время. Большинство больныхъ *Волковича* также были жителями юга Россіи и Бессарабіи. Этому нечего, однако, удивляться, такъ какъ *Волковичъ* самъ жилъ въ этой мѣстности.

Мы должны здѣсь разсмотрѣть 6 случаевъ, сообщенныхъ *Соколовскимъ*<sup>1)</sup>, и уже относительно перваго случая замѣтить, что въ носу и въ глоткѣ оказалось такое обильное отдѣленіе, что оно вызвало въ послѣдствіи въ гортани и въ дыхательномъ горлѣ разраженія, называемыя мною субхордальными. Эти разраженія были тщательно изслѣдованы, при чемъ оказалось, что дѣло шло объ утолщеніи и разрастаніи слизистой оболочки подъ вліяніемъ раздраженія, при чемъ также не дано указаній относительно содержанія микроорганизмовъ, характерныхъ для риносклеромы. Такимъ образомъ, этотъ случай, какъ по способу оперативнаго вмѣшательства, такъ и по невозможности предотвратить сморщиваніе, вполне подходитъ къ моимъ случаямъ хронической бленнорреи.

Второй случай *Соколовскаго* также характеризуется обильнымъ гнойнымъ секретомъ въ носу, гипертрофіей средней раковины на одномъ мѣстѣ, обильнымъ содержаніемъ засохшей слизи въ глоткѣ и—что самое важное—разраженіемъ подслизистой соединительной ткани въ видѣ перепонки, которая была удалена посредствомъ проникновенія въ дыхательное горло.

*Соколовскій*, мой старый ученикъ и чрезвычайно добросовѣстный наблюдатель, сообщеніемъ этого случая и микроскопической картины (онъ не нашелъ специфическихъ бациллъ) оказалъ мнѣ безъ вѣдома для себя существенную услугу.

Въ третьемъ случаѣ, гдѣ точно также существовало субхордальное припуханіе съ образованіемъ на слизистой оболочкѣ гипертрофической опухоли, отчасти удаленной посредствомъ трахеотоміи, отчасти разрушенной, гистологическое изслѣдованіе не открыло никакихъ специфическихъ бактерій, которыя напоминали бы чѣмъ-нибудь бактеріи риносклеромы. Между тѣмъ и здѣсь существовало обильное нагноеніе въ носу и въ глоткѣ.

<sup>1)</sup> *Соколовскій*. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen Kehlkopfentzündung. Archiv f. Laryngologie, т. II, вып. I.

Въ четвертомъ случаѣ мы также находимъ, что процессъ локализуется въ носу, на надгортанникѣ и въ ложныхъ голосовыхъ связкахъ и проникаетъ глубоко въ дыхательное горло. Послѣ безуспѣшной палліативной терапіи гортань и трахея были вскрыты, и образовавшаяся въ глубинѣ дыхательнаго горла перепончатая преграда была вырѣзана. При изслѣдованіи найдены были разраженія эпителия, инфильтрація соединительной ткани и слизистыхъ железъ, присутствіе клѣтокъ *Mikulicz'a* съ бактеріями риносклеромы. *Соколовскій* причисляетъ этотъ случай къ риносклеромѣ.

Въ пятомъ случаѣ найдено было образованіе корокъ на носовой слизистой оболочкѣ, которое *Соколовскій* считаетъ за *rhinitis atrophicans in levi gradu*, громкое, шумное, слышимое издали дыханіе, утолщеніе ложныхъ голосовыхъ связокъ и образованіе опухолей на истинныхъ голосовыхъ связкахъ. Въ день поступления больного сдѣлана *laryngofissura*, во время которой найдено было сильное противодѣйствіе при входѣ въ щель (т. е. субхордальная инфильтрація съ образованіемъ т. н. діафрагмы); при этомъ констатировали существованіе двухъ толстыхъ опухолей, расположенныхъ параллельно голосовымъ связкамъ. Инфильтрація не только занимала субхордальную область, но распространялась также на истинныя и ложныя голосовыя связки. Бактеріи склеромы здѣсь найдено не было.

Въ шестомъ случаѣ констатированы *pharyngitis sicca* (это состояніе связано, по моему, съ предшествующимъ значительнымъ нагноеніемъ, которое разрушаетъ какъ самыя верхніе слои эпителия, такъ и выводныя протоки слизистыхъ железъ и самыя железы), неподвижность правой половины гортани съ краснотой и утолщеніемъ ложныхъ голосовыхъ связокъ и увеличеніе въ ширину бѣловато-сѣрыхъ голосовыхъ связокъ, подъ которыми при осмотрѣ видна была діафрагма. Были сдѣланы тщетныя, какъ всегда, попытки къ расширенію посредствомъ каучуковыхъ трубокъ. Затѣмъ, послѣдовало расщепленіе гортани съ вырѣзываніемъ перепонки. Клѣтокъ *Mikulicz'a* не найдено.

По поводу этихъ 6 случаевъ, сообщенныхъ *Соколовскимъ*, я долженъ прибавить, что причины субхордальныхъ раздраженій, которыя были имъ такъ тщательно описаны и оперированы, слѣдуетъ искать, конечно, не только въ гортани; не говоря уже *pro domo sua* (т. е. объ описанной мною бленнорреѣ), всякое нагноеніе, наступающее въ носу въ обильномъ количествѣ и переходящее на гортань, является вполне достаточной причиной, чтобъ вызвать въ дыхательномъ горлѣ подобныя процессы. При моихъ изслѣдованіяхъ относительно происхожденія разраженій въ гортани подъ голосовыми связками я пока встрѣтилъ только одну форму, которая, повидимому, имѣетъ своимъ источникомъ гортань, а именно, тѣ субхордальныя разраженія, которыя мы находимъ при туберкулезѣ. При субхордальныхъ разраженіяхъ, которыя были описаны въ 1873 г. *Gerhardt*омъ, и о которыхъ онъ съ тѣхъ поръ ничего не сообщалъ, по всей вѣроятности, также дѣло шло объ этой формѣ туберкулеза.

При бугорчаткѣ еще не удалось до сихъ поръ выяснить, почему во время существованія *tuberculosis pulmonum* на томъ или другомъ мѣстѣ образуются отложенія, напр., на голосовыхъ связкахъ,



иногда—въ глоткѣ или въ носу. Ниже мы укажемъ, что, по нашему мнѣнію, мы здѣсь не имѣемъ идиопатическаго туберкулеза гортани. При бугорчаткѣ, укоренившейся въ легкихъ, подобныя инфильтраціи могутъ наступить на любомъ мѣстѣ тѣла, при чемъ вслѣдствіе распространенія туберкулеза образуются изъязвленія, т. е. наступаетъ полная картина туберкулезной язвы. То же самое можетъ, слѣдовательно, произойти и при т. н. субхордальныхъ инфильтраціяхъ.

Я неоднократно оперировалъ эти субхордальныя припуханія, которыя я считаю вызванными туберкулезомъ, скорѣе побуждаемый необходимостью (сильное затрудненіе дыханія), чѣмъ желаніемъ добиться посредствомъ трахеотоміи излѣченія. Въ моихъ лекціяхъ я постоянно указывалъ на неизлѣчимость подобныхъ субхордальныхъ разраженій въ гортани, развивающихся на почвѣ туберкулеза.

### Трахома *Türk'a* или *laryngitis sicca*.

Кромѣ указанныхъ выше процессовъ, существуетъ еще одна форма высыханія гортани, а именно, та, при которой на задней внутренней стѣнкѣ ея образуются маленькія зерна; эти зерна были уже обстоятельно описаны *Türk'омъ* и названы имъ „трахомой“. Это названіе тѣмъ болѣе подходитъ къ данному заболѣванію, что подобныя зерна довольно упорно противостоятъ всякому лѣченію. Сухость обуславливается тѣмъ, что слизистая оболочка между черпаловидными хрящами на внутренней стѣнкѣ получаетъ зернистую поверхность, и на пораженныхъ мѣстахъ возникаетъ дѣйствительно ощущеніе сухости. Другого вида *laryngitis sicca* я не признаю и никогда не встрѣчалъ идиопатическаго появленія его. Зато я тысячи разъ наблюдалъ послѣдовательно развивавшееся страданіе, которое изъ носа и изъ глотки переходило на гортань. Это состояніе, повидимому, служило причиной заболѣванія въ случаяхъ *Соколовскаго*. Для меня оно представляетъ чрезвычайный интересъ, такъ какъ я въ случаяхъ, описанныхъ мною въ 60-хъ гг., не былъ въ состояніи отнести измѣненія на счетъ бактерій. Такъ какъ, однако, *Соколовскому* это удалось, и такъ какъ, несмотря на это, онъ указываетъ на тождественность всѣхъ этихъ заболѣваній, найдя только 1 разъ клѣтки *Mikulicz'a*, то я полагаю, что описанная мною хроническая бленноррея несомнѣнно можетъ возникать во многихъ случаяхъ и при отсутствіи бациллъ склеромы. Только въ одномъ случаѣ *Соколовскаго* найдена была дегенеративная форма ринита съ образованіемъ опухоли въ носу, тогда какъ въ остальныхъ пяти случаяхъ этого не было.

Въ маѣ 1893 г. *Freudenthal* <sup>1)</sup> поднялъ слѣдующій вопросъ: „представляетъ ли *laryngitis sicca* и бленноррея *Stoerk'a* въ гортани одинъ и тотъ же процессъ?“ Этотъ вопросъ несомнѣнно имѣлъ бы свое значеніе, еслибъ я не считалъ съ самаго начала *laryngitis sicca* и *pharyngitis sicca* за самостоятельныя болѣзни. По моему глубокому убѣжденію

<sup>1)</sup> Ist Laryngitis sicca und Stoerk'sche Blennorrhoe des Larynx ein und derselbe Process? New-Yorker med. Wochenschr., май 1893.

Laryngitis sicca представляет собой только послѣдствіе долго продолжавшагося болѣзненнаго процесса. Точно также я считаю безспорнымъ, что заболѣваніе, описанное *Freudenthal* емъ подъ именемъ laryngitis sicca, судя даже по его собственному описанію, представляетъ собой не что иное, какъ послѣдствіе годами продолжавшагося нагноенія въ носу, тѣмъ болѣе, что, какъ *Freudenthal* самъ говоритъ, пациентка втеченіи трехъ лѣтъ оставалась безъ всякаго лѣченія. Еслибъ я хотѣлъ для подтвержденія своего взгляда относительно заболѣванія, описаннаго *Freudenthal* емъ въ 2-хъ случаяхъ, привести еще что-нибудь, то я указалъ бы на слѣдующее мѣсто изъ его работы: „при изслѣдованіи верхнихъ дыхательныхъ путей мы нашли слизистую оболочку носа въ состояніи сильной атрофіи, при чемъ средняя раковина на правой сторонѣ была нѣсколько гипертрофирована. На обѣихъ сторонахъ существовали зловонныя корки, смѣшанныя съ гноемъ. Слизистая оболочка глотки имѣла кожистый, блестящій видъ и твердую консистенцію. Гортань обнаруживала такую картину, какая была описана *Stoerk* омъ. Вся слизистая оболочка получила „сѣровато-желтовато-зеленоватую“ поверхность, и особенно въ переднемъ углу находилось скопленіе зеленоватаго гноя, удаленіе котораго удавалось не безъ труда....“. Въ этой исторіи болѣзни онъ указываетъ, что одна пациентка не была родомъ изъ Галиціи, а другая родилась въ Галиціи и жила въ самыхъ несчастныхъ условіяхъ.

Я приведу здѣсь вкратцѣ очень интересную исторію болѣзни:

28-ми лѣтній цвѣтущій субъектъ долгое время лѣчился у меня въ амбулаторіи. Въ носу существовало обильное отдѣленіе вслѣдствіе хронической бленнорреи. Секретъ спускался вдоль глотки въ гортань и переходилъ въ дыхательное горло. Мои стремленія ограничить количество секрета сопровождались лишь незначительнымъ успѣхомъ, а именно, секретъ сталъ менѣе гнойнымъ и нѣсколько менѣе обильнымъ. Однако, несмотря на всевозможные способы ингаляцій, дыхательное горло все болѣе и болѣе концентрически суживалось, такъ что я вынужденъ былъ отослать больного къ *Billroth* у, для производства трахеотоміи, такъ какъ затрудненія дыханія достигли крайнихъ предѣловъ; при этомъ *Billroth*, которому я показалъ пациента, предложилъ мнѣ сперва слѣзать довольно глубокую трахеотомію, а затѣмъ по всей трахее произвести нѣсколько продольныхъ надрѣзовъ слизистой оболочки, исходя изъ той идеи, что, быть можетъ, при срастаніи слизистой оболочки съ подлежащимъ слоемъ дѣло придетъ къ сморщиванію или къ ограниченію разращеній, и слѣдовательно, къ остановкѣ этого концентрическаго суженія дыхательнаго горла. Операция была выполнена въ моей клиникѣ, но успѣха не послѣдовало, такъ какъ нагноеніе продолжалось, суженіе спускалось все ниже и ниже и пациентка, подобно другимъ больнымъ, погибла отъ этого страданія.

## XI.

### Риносклерома.

Сущность и наружныя проявленія этой чрезвычайно интересной болѣзни были впервые описаны въ 1870 г. *Hebra* и *Kaposi*; послѣ того какъ они опубликовали свои тщательныя наблюденія, многіе дру-

гіе авторы стали изучать это страданіе. Само собой разумѣется, что всякій авторъ сообразно своимъ дарованіямъ и спеціальной дѣятельности приводилъ въ описаніи особый клинической признакъ. Такъ, *Hebra* и *Kaposi* главное вниманіе обращали на кожу носа и верхней губы, а другіе авторы, несмотря на это, считали всё эти измѣненія за новообразование, которое лишь случайно развивалось на кожѣ носа и верхней губы. Въ виду этого хирурги, въ особенности *Billroth*, стали оперировать подобныхъ больныхъ, полагая, что они имѣютъ дѣло съ новообразованіемъ, заложеннымъ въ кожѣ и подъ ней.

### Сущность и теченіе болѣзни. Симптомы.

Уже самое названіе показываетъ, что первые авторы, наблюдавшіе эту болѣзнь, считали ее вообще заболѣваніемъ кожи носа. Такъ, *Kaposi* пишетъ: „какъ видно уже изъ названія, болѣзнь поражаетъ, главнымъ образомъ, носъ и ближайшую окружность его, а также сосѣднюю слизистую оболочку. На кожѣ или слизистой оболочкѣ, особенно на носовой перегородкѣ, на крыльяхъ носа и на прилежащихъ частяхъ верхней губы, находятъ бляшки, бугры или узлы, плоскіе или возвышенные, рѣзко ограниченныя или слившіеся между собой, болѣзненные при давленіи, очень твердые и эластичскіе. У свободнаго края отдѣльныхъ бляшекъ можно при помощи пальца проникнуть подъ ними и приподнять ихъ отъ подлежащаго слоя. Съ кожей они совершенно спаяны и поэтому передвигаются только вмѣстѣ съ нею“.

Приведеннаго описанія совершенно достаточно, такъ что не требуется никакихъ дополненій. Исходя изъ верхней губы, это новообразование поражаетъ полость рта, переходитъ на поверхность челюсти, обезображиваетъ носъ и вызываетъ измѣненія повсюду, такъ что, по видимому, совершенно излишне давать отдѣльное описаніе того или другаго мѣста. Тѣсная связь и сращеніе съ кожей дѣлаютъ также понятнымъ, почему самыя тщательныя операціи, произведенныя *Billroth* омъ, оставались безуспѣшными, т. е. почему всегда наступали рецидивы.

Само собой разумѣется, что были испробованы и другіе методы лѣченія. Прижиганія, впрыскиванія ѣдкихъ жидкостей, гальванокаустика также не дали успѣха.

### Этіологія и патолого-анатомическія измѣненія.

Вскорѣ обратились къ изученію этіологіи риносклеромы, и тогда только началось точное изслѣдованіе сущности этого заболѣванія.

*Kaposi* и *Hebra* считали риносклерому за видъ грануляціонной саркомы; при ихъ первыхъ сообщеніяхъ и демонстраціяхъ въ Вѣнскомъ медицинскомъ обществѣ, многіе изъ присутствовавшихъ (*Weinlechner*, *Pitha*, *Hofmohl* и друг.) отнесли этотъ процессъ къ застарѣлому сифилису, тогда какъ *Hebra* и *Kaposi* категорически утверждали, что риносклерома не имѣетъ ничего общаго съ сифилисомъ.

*Eduard Geber* <sup>1)</sup>, бывший тогда ассистентомъ *Hebra*, воспользовался его матеріаломъ для микроскопическихъ изслѣдованій и пришелъ къ заключенію, что хотя процессъ въ носу и на мягкомъ нѣбѣ одинъ и тотъ же, но онъ представляетъ собой не саркоматозную инфильтрацію, а только измѣненія, свойственныя хроническому воспаленію. При своихъ изслѣдованіяхъ на вырѣзанныхъ кусочкахъ онъ нашелъ плотную мелкоклеточную инфильтрацію согія, а также слизистой оболочки и подлежащей клетчатки; въ болѣе глубокихъ слояхъ онъ видѣлъ, кромѣ того, плотные толстые пучки соединительной ткани.

*Geber* полагалъ, что вслѣдствіе раздраженія слизистой оболочки или подслизистой ткани въ носовой полости развивается хроническое воспаление, которое равномерно распространяется впередъ до ноздрей и назадъ по направленію къ хоанамъ, мягкому нѣбу и глоткѣ. Онъ также рѣшительно заявилъ, что это страданіе не имѣетъ сифилитическаго характера.

Въ моментъ окончанія его изслѣдованій (1872) разногласіе между *Geber*’омъ и *Kaposi—Hebra* существовало только по вопросу о томъ, есть ли это грануляціонная саркома или хронически протекающее воспаление.

*Mikulicz* въ 1876 г., будучи ассистентомъ *Bullroth*’а, началъ въ его клиникѣ свои гистологическія изслѣдованія, на основаніи которыхъ онъ заявилъ, что риносклерома представляетъ собой хроническій, очень медленно протекающій процессъ, который вначалѣ характеризуется мелко-клеточной инфильтраціей, и при которомъ первоначальные тканевые элементы раньше или позже погибаютъ. По его мнѣнію, болѣзнь проявляется, смотря по стадіи инфильтраціи, увеличеніемъ объема пораженныхъ частей, которыя получаютъ видъ большихъ или мелкихъ бугровъ и поверхностныхъ опухолей, рѣзко отграниченныхъ отъ здоровой кожи. Клетки опухолей подвергаются затѣмъ регрессивному метаморфозу и превращаются въ веретенообразныя клетки; ткань, пронизанная круглыми клетками, сморщивается, клетки распадаются, и образуется плотный мозолистый рубецъ. Онъ нашелъ далѣе, что размноженіе клетокъ приводитъ къ разрушенію основной ткани, чѣмъ и обуславливаются указанныя клиницистами разраженія. Въ этихъ послѣднихъ можно найти много погибшихъ сосудовъ, при чемъ просвѣты ихъ, пошавшіе на разрѣзъ, зіяютъ. Наружныя оболочки подобныхъ сосудовъ и окружающая ихъ ткань плотно инфильтрируются мелкими клетками. Форма клетокъ бываетъ различной, то круглой, то продолговатой, и величина колеблется между величиной краснаго и бѣлаго кровяного шарика. Все они отличаются тѣмъ, что содержатъ темно-окрашенное большое ядро и ничтожное количество ясно-зернистой протоплазмы. Чѣмъ инфильтрація лежитъ далѣе отъ сосуда, тѣмъ эти клетки сильнѣе отличаются отъ описанныхъ, а именно, тѣмъ, что обнаруживаютъ нерѣдко признаки дѣленія; одни изъ нихъ сохраняютъ свою первоначальную величину, а другія вздуваются. Протоплазма и ея контуры становятся менѣе замѣтными; ядро

<sup>1)</sup> *Ed. Geber. Ueber das Wesen des Rhinoskleroms. Arch. f. Derm., 1872, стр. 493.*

или совершенно исчезаетъ, или вздувается, или же становится совершенно незамѣтнымъ, а на нѣкоторыхъ препаратахъ выпадаетъ, такъ что образуются пустулы; подобныя клѣтки втрое или вчетверо превышаютъ объемъ маленькихъ клѣтокъ. Другая часть клѣтокъ также увеличивается въ объемѣ, но не въ такой сильной мѣрѣ, при чемъ, по видимому, терпятъ ущербъ ихъ жизнѣдѣтельность.

Это клиническое описаніе и гистологическія изслѣдованія нисколько не подвинули насъ въ вопросѣ объ этиологіи риносклеромы, и только *Anton'у v. Frisch'у* <sup>1)</sup> удалось открыть специфическую для риносклеромы бактерію. Онъ нашелъ ее въ раздутыхъ клѣткахъ *Mikulicz'a*, при чемъ при помощи указанного имъ метода окраски и другіе изслѣдователи стали также находить этотъ микроорганизмъ. Такимъ образомъ, *v. Frisch'у* принадлежитъ безспорно заслуга открытія возбудителя риносклеромы.

Изъ его изслѣдованій вытекаетъ:

1. Что въ ткани риносклеромы всегда находится опредѣленный видъ бактерій;

2. Что эти бактеріи характеризуются своеобразнымъ распредѣленіемъ въ клѣткахъ ткани;

3. Наконецъ, что благодаря этимъ бактеріямъ, по всей вѣроятности, наступаетъ описанный выше и нигдѣ при другой болѣзни не наблюдавшійся регрессивный метаморфозъ всѣхъ тѣхъ клѣтокъ, въ протоплазму которыхъ эти бактеріи вѣдрили. Этотъ метаморфозъ обнаруживается „исчезаніемъ клѣточного ядра, постепеннымъ увеличеніемъ въ объемѣ клѣтки съ одновременнымъ исчезновеніемъ протоплазматическихъ зеренъ и, наконецъ, превращеніемъ клѣточной протоплазмы какъ бы въ жидкое вещество“.

*v. Frisch* считаетъ образованіе волокнистой соединительной ткани дальнѣйшимъ существеннымъ признакомъ даннаго болѣзненнаго процесса, стоящимъ въ связи со специфическими свойствами бактеріи, какъ это наблюдается, напр., при туберкулезѣ, когда рубцы окружаются казеозной массой. *Frisch* уже въ то время приготовилъ чистыя культуры бактеріи и указалъ пригодный для этого способъ. Однако, прививки остались безуспѣшными.

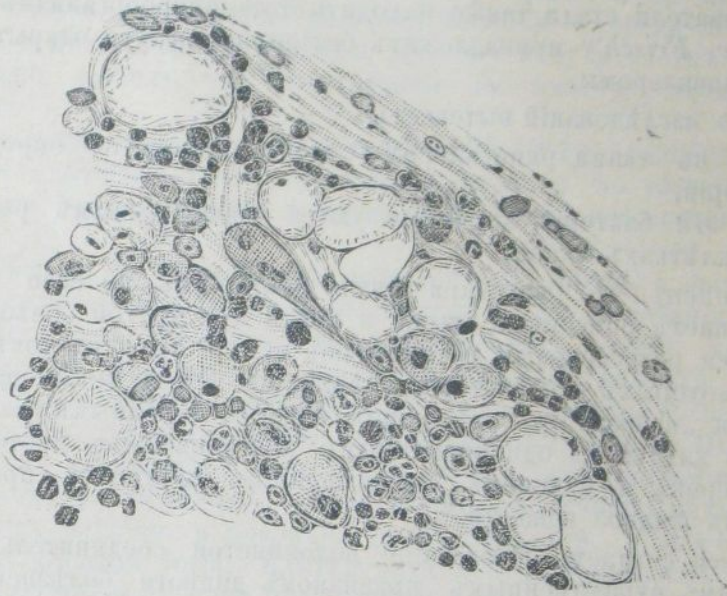
Вслѣдъ за этими изслѣдованіями появились работы *Cornil'я* и *Alvarez'a* <sup>2)</sup>, которые замѣтили, что бациллы были окружены овальной капсулой изъ коллоиднаго вещества, имѣющей рѣзкія границы. Въ 1884 г. они произвели опыты съ прививками культуръ. На препаратахъ, приготовленныхъ посредствомъ размазыванія, они находили бациллы въ 2—3  $\mu$  длины или овальныя, почти круглыя микробы, соединенныя попарно. Эти микроорганизмы никогда не встрѣчались въ видѣ скопленій, свободно лежавшихъ въ ткани, но всегда были заключены въ протоплазматической массѣ раздутыхъ клѣтокъ. *Mikulicz*, какъ и *v. Frisch*, считали эти послѣднія образованія вздутыми клѣтками, тогда какъ *Alvarez* принималъ ихъ за лимфатическія полости.

1) *A. v. Frisch*. Wiener med. Wochenschr., 1882, № 32.

2) *Cornil* и *Alvarez*. Annalen der Dermatologie, 1885.

Въ культурахъ, приготовленныхъ изъ тканевого сока, всегда содержались одиѣ и тѣ же бациллы, которыя или имѣли овальную форму, или представляли вдвое либо втрое большую длину, чѣмъ ширину. Опыты съ прививками, произведенные *Paltauf* и *Eiselsberg*'омъ, также дали отрицательные результаты. Изъ этихъ изслѣдованій оказалось, что между бациллами риносклеромы и бактеріями *Friedländer*'а существовала лишь незначительная разница.

Сходство бактерій риносклеромы съ бактеріями *Friedländer*'а было затѣмъ подтверждено также *Köbner*'омъ, *Kranzfeld*'омъ, *Волковичемъ*, *Маковский* и друг.



Фиг. 27.—Узлы склеромы, содержащіе большое количество кѣлокъ *Mikulicz*'а и бактерій.

*Cornil* и *Alvarez* значительно дополнили изслѣдованія *v. Frisch*'а своими сообщеніями относительно микроскопическаго вида бактерій риносклеромы, при чемъ они главнымъ образомъ открыли, что упомянутыя бактеріи окружены ясно замѣтной слизистой или студенистой капсулой и совершенно напоминаютъ, слѣдовательно, бациллы *Friedländer*'а. Приготовленные изъ свѣжаго тканевого сока культуры бактерій риносклеромы нельзя отличить отъ бактерій *Friedländer*'а. Однако, *Paltauf*у <sup>1)</sup> удалось установить нѣкоторыя отличія:

1. Различный запахъ;
2. Различныя отношенія къ молоку.

Возбудители риносклеромы, въ противоположность диплококку *Friedländer*'а, вызываютъ свертываніе молока. Хотя эти отличительные признаки довольно ничтожны, мы должны все же съ ними считаться на основаніи изслѣдованій *Paltauf*'а.

<sup>1)</sup> *Paltauf*. Wiener. klin. Wochenschr. 1892.

Возрѣніе *Dietrich'a*, который считаетъ риносклерому заболѣваніемъ, возникающимъ вслѣдствіе смѣшанной инфекціи, требуетъ еще доказательствъ.

Послѣ того какъ бактериологическія изслѣдованія привели къ такимъ плодотворнымъ результатамъ, различные авторы еще съ большимъ усердіемъ взялись за изученіе этой болѣзни и опубликовали огромное количество исторій болѣзни. Особенная заслуга въ этомъ отношеніи принадлежитъ ларингологу *Chiari*, который вмѣстѣ съ дерматологомъ *Riehl* емъ воспользовался больничнымъ матеріаломъ въ клиникѣ *Schrötter'a* для изученія риносклеромы. *Riehl* и *Chiari* <sup>1)</sup> нашли, что риносклерома, которая распространяется кнаружи на кожу носа и губы, хотя и вызываетъ значительное обезображиваніе, тѣмъ не менѣе далеко не такъ опасна, какъ та форма, которая изъ носа переходитъ въ носоглоточное пространство и проникаетъ въ дыхательное горло; эта послѣдняя форма роковымъ образомъ убиваетъ больного. Они констатировали, что это заболѣваніе наступаетъ въ кожѣ безъ всякихъ продромальныхъ явленій, а въ носу начинается образованіемъ отдѣльныхъ плотныхъ узловъ. Если, наконецъ, дѣло дошло до развитія ясно выраженныхъ узловъ, то ощупываніе ихъ и констатируемая при этомъ твердость служитъ уже основаніемъ заподозрѣть въ данномъ случаѣ риносклерому. Подобный плотный узелъ можетъ оставаться втеченіе долгаго времени въ этомъ видѣ, или же измѣняется такимъ образомъ, что приобретаетъ пуговчатую форму.

Узелъ можетъ достигать величины кончика пальца или орѣха. Но по истеченіи нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ онъ измѣняется до того, что первоначальная форма совершенно исчезаетъ. Подобное измѣненіе происходитъ на счетъ слизистой оболочки, надкостницы, кости,—словомъ, на счетъ той ткани, въ которой сидитъ узелъ. Точно также несомнѣнно, что заболѣваніе распространяется кзади, поражаетъ слизистую оболочку твердаго и мягкаго нѣба, такъ что она иногда имѣетъ видъ рубцовыхъ тяжевидныхъ образований, при чемъ боковыя прикрѣпленія дужекъ также вовлекаются въ этотъ процессъ сморщиванія, такъ что даже совершенно закладывается входъ изъ полости рта въ носоглоточное пространство. Чаше всего процессъ ведетъ къ сморщиванію хоанъ и поражаетъ носовую перегородку, такъ что не остается уже никакого отверстія, черезъ которое можно было бы заглянуть позади мягкаго нѣба въ хоаны. Изъ полости глотки процессъ переходитъ бльшею частью въ гортань и трахею.

Въ послѣднее время появилась превосходная монографія о риносклеромѣ *Николая Волковича* <sup>2)</sup>. Его работа имѣетъ ту особенную цѣну, что онъ жилъ въ такой мѣстности (Кіевъ), гдѣ, повидимому, существуетъ очень много больныхъ. Въ своемъ описаніи географическаго распространенія этой болѣзни онъ отмѣчаетъ значительное число заболѣваній въ мѣстѣ своего жительства. Изъ его статистики, въ которой собраны всѣ до сихъ поръ опубликованные случаи, и которая составлена имъ съ чрезвычайной тщательностью, вытекаетъ, что рино-

<sup>1)</sup> *Chiari* и *Riehl*. Zeitschrift für Heilkunde. 1885.

<sup>2)</sup> *Н. Волковичъ*. Langenbeck's Archiv. т. 38.

склерома не имѣеть связи съ какой-нибудь опредѣленной мѣстностью, такъ какъ случаи, опубликованные до 1888 г., наблюдались въ Австріи, Италіи, Бельгіи, Молдавіи, Швейцаріи, Швеціи, центральной Америкѣ и Египтѣ. Замѣчательно, что въ Германіи не было сдѣлано ни одного наблюденія. На 66-мъ Конгрессѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей, собравшемся въ 1894 г. въ Вѣнѣ, я дѣйствительно отмѣтилъ тотъ фактъ, что врачи не наблюдали риносклеромы въ Германіи. Я оказалъ имъ особенное одолженіе тѣмъ, что показалъ рядъ случаевъ риносклеромы; это мнѣ было тѣмъ легче сдѣлать, что ларингологическая секція заѣдала въ моей клиникѣ. Я долженъ только предположить, что они, подобно *Türck*'у, видали это заболѣваніе, но приняли эти случаи не за риносклерому. *Türck* въ своемъ превосходномъ атласѣ, подаренномъ ларингологической клиникѣ, далъ рисунки, мастерски выполненные *Elfinger*'омъ и *Heizmann*'омъ, гдѣ рѣдкіе случаи склеромы были отнесены къ сифилитическимъ процессамъ.

*Волжовичъ* относитъ изображенные въ атласѣ *Türck*'а случаи *rhogiditis inf. hyp. chron.* къ риносклеромѣ, такъ какъ тамъ существовала также гиперплазія слизистой оболочки гортани, дыхательнаго горла, полости носа и глотки. То же самое онъ говоритъ о бленнорреѣ *Stoerk*'а, хотя онъ здѣсь не можетъ высказаться рѣшительно, такъ какъ не было произведено микроскопическаго изслѣдованія. По его мнѣнію, кажущееся противорѣчіе относительно характера обоихъ заболѣваній становится гораздо меньшимъ, если вспомнить, что отдѣленіе изъ носа, существующее при катарральной бленнорреѣ и при бленнорреѣ *Stoerk*'а, точно также предшествуетъ риносклеромѣ, либо сопровождаетъ ее. Анамнезъ, по его словамъ, показываетъ, что болѣзни предшествуетъ упорный носовой катарръ, распространяющійся даже на среднее ухо. Онъ не удовольствовался, однако, названіемъ риносклеромы и нашелъ болѣе пригоднымъ предложенный его учителемъ *Барановымъ* терминъ „*scleroma respiratorium*“. Исторіи болѣзни, сообщенныя *Волжовичемъ* въ видѣ таблицы, благодаря чрезвычайно тщательной обработкѣ представляютъ интересъ для всякаго автора, изучающаго это заболѣваніе.

Недавно появилась работа моего бывшаго ассистента, профессора *Juffinger*'а <sup>1)</sup>, которая выдается по своему ясному изложенію и по примѣненнымъ въ ней современнымъ гистологическимъ методамъ; кромѣ того, она появилась позже, чѣмъ всѣ указанные выше труды. *Juffinger*, какъ специалистъ по ларингологіи и ринологіи, воспользовался всѣми извѣстными до сихъ поръ діагностическими пособіями и представилъ чрезвычайно тщательныя клиническія исторіи болѣзни. Его гистологическія и бактериологическія изслѣдованія настолько поучительны, что я могу только горячо рекомендовать читателю эту спеціальную работу и приведенные тамъ микроскопическіе рисунки.

*Juffinger* вырѣзывалъ кусочки слизистой оболочки на живомъ, подвергалъ ихъ микроскопическому изслѣдованію и срисовывалъ эти картины, какъ это показано, главнымъ образомъ, на рисункахъ таблицы I. Ларингологическіе и ринологическіе рисунки, приведенные на другихъ таблицахъ, по своему совершенству и точности являются

<sup>1)</sup> *Juffinger*. Sclerom der Schleimhaut. Вѣна, 1892.



образцовыми. Таблица I такъ ясно показываетъ разрушенія въ носу, что однажды видѣнная картина уже не можетъ быть смѣшана съ какой-либо другой. Точно также поучительны переходы риносклеромы въ гортань и въ дыхательное горло. На таблицѣ II, на сложномъ рисункѣ одновременно показаны вызванныя риносклеромой измѣненія въ носу, хоанахъ, на язычкѣ, на дужкахъ и въ гортани. Поразительно вѣрно воспроизведены риноскопическія картины на таблицѣ IV.

Я перейду теперь къ тѣмъ случаямъ, которые я самъ наблюдалъ въ моей клиникѣ втеченіе года, и ограничусь здѣсь только упоминаніемъ о примѣненной мною терапіи.

### Лѣченіе.

Такъ какъ я на основаніи опыта пришелъ къ убѣжденію, что главнымъ мѣстомъ пораженія является носъ, а остальные или побочныя измѣненія представляютъ собой только послѣдовательные симптомы, то я обращалъ главное вниманіе на лѣченіе носа.

Носовая слизистая оболочка ежедневно по нѣсколько разъ подвергалась мѣстному лѣченію, при чемъ я исходилъ изъ предположенія, что необходимо ослабить заразительность бактерій, гнѣздящихся въ носу, на мѣстѣ ихъ скопленія. Это производится при помощи введенія ватныхъ бужей, смоченныхъ растворомъ крезола, а также посредствомъ впрыскиваній 1—2%-го раствора крезола или 2%-го раствора лизола, или же, наконецъ, посредствомъ частыхъ ежедневныхъ промываній слизистой оболочки носа, глотки, гортани при помощи распылителя. Этимъ я вовсе не хочу сказать, что мнѣ всегда удавалось излѣчить заболѣваніе; я достигалъ только замедленія въ дальнѣйшемъ распространеніи болѣзни.

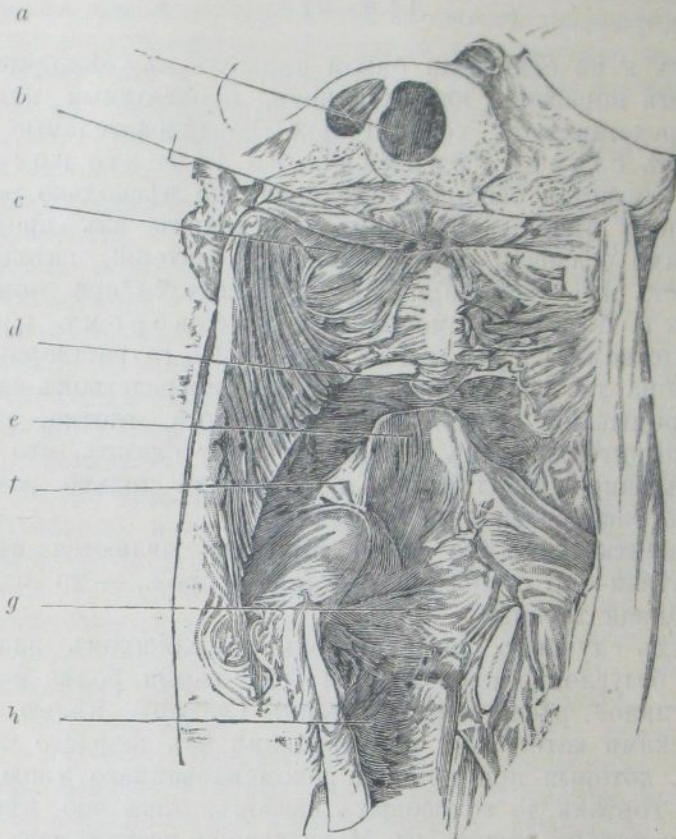
Если пациенты, какъ это часто бываетъ, являются въ позднихъ стадіяхъ болѣзни—со стенозами гортани и проч., — то здѣсь примѣняется особенная терапія.

Для такихъ случаевъ, когда стенозъ не слишкомъ значителенъ и не требуетъ безусловно производства трахеотоміи, болѣе всего пригодна прогрессивное расширеніе гортани. Съ этою цѣлью пользуются либо англійскими катетерами или трубками изъ твердаго каучука либо нейзильбера, которыя при помощи рекомендованнаго мною проводника вводятся въ гортань до голосовыхъ связокъ, такъ что нѣсколько выходящіе края трубки лежатъ въ Морганьевой пазухѣ надъ голосовыми связками. Эти трубки обыкновенно очень хорошо переносятся больными и поэтому заслуживаютъ предпочтенія предъ другими рекомендованными способами, такъ какъ онѣ могутъ оставаться въ гортани втеченіе цѣлаго дня: эффектъ расширенія, такимъ образомъ, наступаетъ скорѣе, чѣмъ при употребленіи катетера или трубокъ, оставляемыхъ въ гортани у пациентовъ не болѣе получаса.

Если, однако, суженіе гортани очень значительно, то необходимо тотчасъ же произвести трахеотомію и только черезъ нѣсколько дней приступить къ постепенному расширенію. Въ такихъ случаяхъ очень пригодны оловянные стержни (по *Schrötter's*), которые такъ же, какъ и трубки, представляютъ ту выгоду, что могутъ оставаться въ

гортани долгое время. При постепенномъ расширеніи отъ постоянного давленія припухлость и инфильтратъ подвергается обратному развитію, просвѣтъ гортани становится шире, и стенозъ исчезаетъ. Самой собой разумѣется, что, несмотря на подобное лѣченіе, мы не въ состояніи остановить дальнѣйшаго развитія процесса, который продолжается непрерывно книзу, распространяясь вплоть до бронховъ; послѣдніе во многихъ случаяхъ оказываются такъ же измѣненными, какъ гортань и верхняя часть дыхательнаго горла.

Прилагаемый рисунокъ поясняетъ состояніе носоглоточнаго пространства, гортани и дыхательнаго горла. Препаратъ приготовленъ по спо-

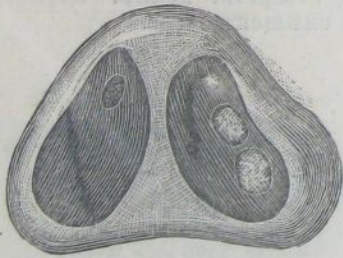


Фиг. 28. *a*—полость клиновидной кости; *b*—кольцеобразное отверстие, образовавшееся влѣдствіе радиарнаго рубцоваго стягиванія; эти рубцы, начинаясь отъ верхней и боковой стѣнки, въ видѣ кулисъ натянуты позади перегородки. Черезъ отверстие можно видѣть небольшой кусочекъ перегородки; *d*—язычекъ; *e*—рубцовыя перемычки на утолщенномъ надгортанникѣ; *f*—инфильтрированныя черпало-надгортанныя складки; *g*—валики, соответствующіе голосовымъ связкамъ; *h*—рубцы на слизистой оболочкѣ дыхательнаго горла.

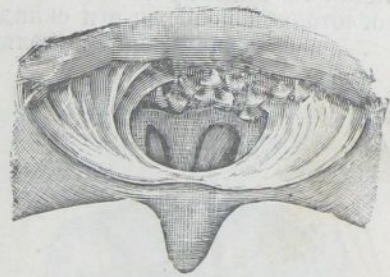
сому *Orth'a*, при чемъ изъ основанія черепа вычиленъ весь носоглоточный сводъ.

На слизистой оболочкѣ носоглоточнаго свода во многихъ мѣстахъ видны рубцовыя перемычки, которыя идутъ кнаружи по направленію

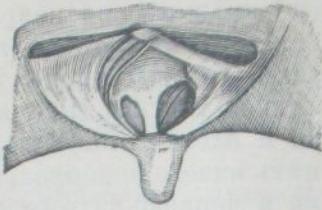
къ боковой стѣнкѣ; мѣстами находятся еще сочные узловатые инфильтраты. *Rosenmüller*'овы ямки съ обѣихъ сторонъ почти совершенно закрыты; на правой сторонѣ это мѣсто усѣяно рубцовыми пучками. Оба трубныхъ валика едва замѣтны и значительно смѣщены по направлению къ мягкому нѣбу. Задняя поверхность мягкаго нѣба точно также усѣяна многочисленными рубцовыми полосами, которые тѣсно переплетаются съ рубцовыми пучками боковой стѣнки глотки. По срединной линіи надъ язычкомъ находится широкій и плоскій инфильтратъ. Язычекъ самъ смѣщенъ влѣво. На дужкахъ нѣтъ ничего ненормальнаго. Надгортанникъ сильно утолщенъ, равно какъ и черпало-надгортанныя складки. Область лѣваго черпаловиднаго хряща превратилась въ большую опухоль. Слизистая оболочка всей гортани представляетъ рубцовое утолщеніе. Ложныя голосовыя связки, Морганьевы пазухи и истинныя голосовыя связки уже не могутъ быть различаемы въ отдѣльности и представляютъ сплошную неправильную плоскую опухоль. Въ субхордальномъ пространствѣ находятся такіе же инфильтраты, которые большею частью превратились въ рубцы; вслѣдствіе сліянія этихъ рубцовъ образовались маленькіе карманы и углубленія. Слизистая оболочка дыхательнаго горла также рубцово переродилась. На высотѣ пятаго хрящевого кольца трахеи на лѣвой стѣнкѣ существуетъ довольно глубокой, открывающійся книзу и влѣво, карманъ, который также возникъ вслѣдствіе сліянія двухъ рубцовыхъ пучковъ. Въ этомъ карманѣ осталась засохшая корка, которая вызвала внезапное задушеніе пациента.



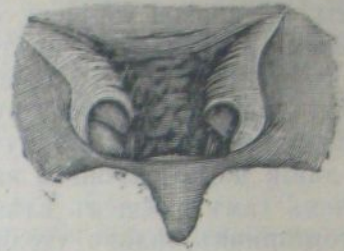
Фиг. 29. — Риноскопическая картина при склеромѣ. Обѣ нижнія носовыя раковины, значительно инфильтрированныя, образуютъ два опухолевидныхъ возвышенія, изъ которыхъ лѣвое имѣетъ на поверхности два узелка величиною въ чечевицу. Эти опухоли почти совершенно закладываютъ носовую полость.



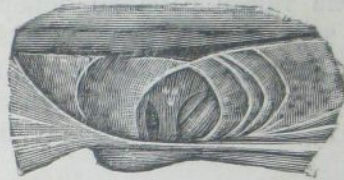
Фиг. 30. — На глоточномъ сводѣ находится еще небольшой остатокъ разраженій. Отъ боковыхъ частей носоглоточной полости тянутся многочисленные рубцовые пучки, которые идутъ книзу къ мягкому нѣбу и затрудняютъ осмотръ хоанъ. Правая хоана имѣетъ видъ щели, въ которой виденъ кусочекъ средней раковины. Лѣвая хоана больше, и черезъ нее видна большая часть средней носовой раковины. Сильное утолщеніе перегородки также содѣйствуетъ значительному суженію хоанъ.



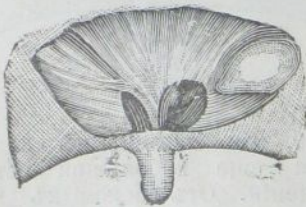
Фиг. 31.—Какъ со свода, такъ и съ боковыхъ стѣнокъ носоглоточной полости тянется множество рубцовыхъ пучковъ въ видѣ дугъ къ мягкому небу, такъ что существуетъ циркулярное суженіе хоанъ. Правая хоана кажется уже лѣвой.



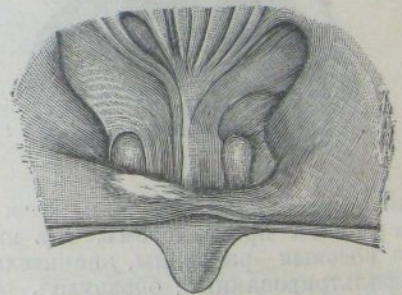
Фиг. 32.—Колоссальное утолщеніе носовой перегородки, стоящее въ прямой связи съ инфильтратомъ носоглоточнаго свода. Обѣ хоаны съ боковъ значительно сужены.



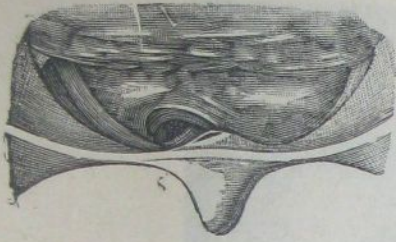
Фиг. 33.—Съ правой стороны находятся двѣ, а съ лѣвой—три рубцовыхъ складки въ видѣ кулисъ, которыя спускаются со свода и съ боковыхъ стѣнокъ носоглоточной полости; эти складки суживаютъ отверстія хоанъ. Перегородка значительно утолщена. Язычекъ смѣщенъ влѣво.



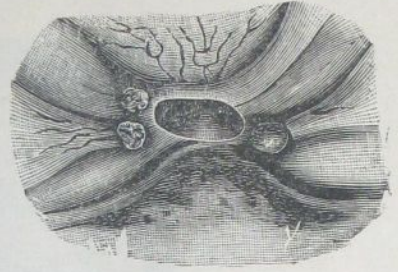
Фиг. 34.—На сводѣ носоглоточной полости проходятъ въ радіальномъ направленіи къ верхнему краю хоанъ многочисленныя рубцы. *Rosenmüller*'овыя ямки на обѣихъ сторонахъ закрыты. Трубные валки вслѣдствіе рубцоваго измѣненія получили видъ узкихъ горизонтальныхъ складокъ. Значительное суженіе хоанъ, рѣзче выраженное справа.



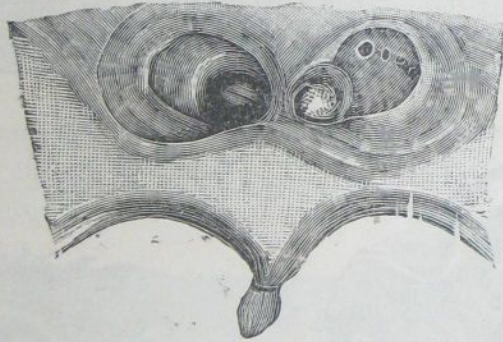
Фиг. 35.—На сводѣ носоглоточной полости находится нѣсколько возвышеній, раздѣленныхъ бороздками и идущихъ къ носовой перегородкѣ; послѣдняя сильно утолщена. Значительное суженіе хоанъ. На правой сторонѣ *plica salpingo-palatina* сильно инфильтрирована.



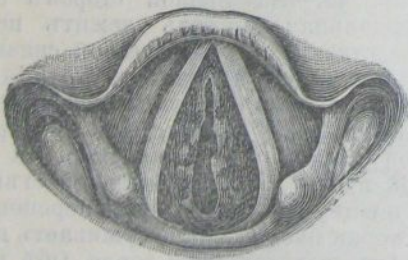
Фиг. 36.—Сильная инфильтрація свода носоглоточной полости. На боковых стѣнкахъ попадаются рубцы въ видѣ кулисъ. Лѣвая хоана совершенно заложена рубцами со складками, спускающимися сверху вниз; отъ правой хоаны осталось лишь узкое отверстіе. На мягкомъ нёбѣ по средней линіи находится довольно большой плоскій инфильтратъ.



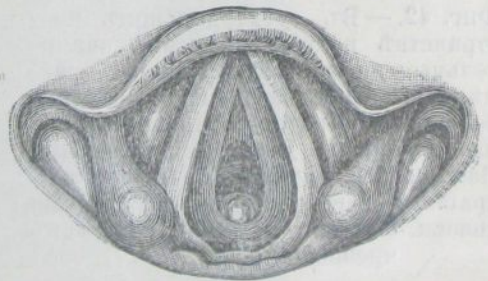
Фиг. 37.—Осмотръ черезъ хоаны возможенъ только при посредствѣ того овальнаго отверстія, которое образовалось вълѣдствіе концентрическаго суженія боковыхъ стѣнокъ носоглоточнаго пространства. На краю этого отверстія видны три свѣжихъ узла склеромы, величиною каждая въ перечное зерно



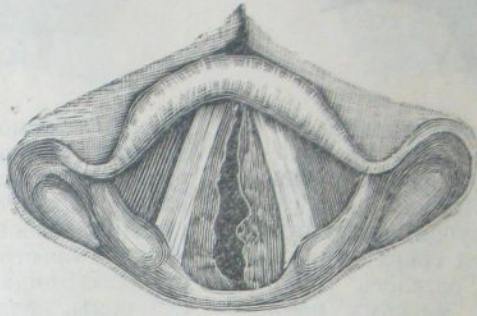
Фиг. 38.—Обѣ хоаны сужены вълѣдствіе образованія полулунныхъ складокъ и перегородокъ. Оба трубныхъ валика совершенно скрыты. На верхней поверхности мягкаго нёба по средней линіи находится плоскій инфильтратъ. Язычекъ стоитъ косо, наклонившись влѣво.



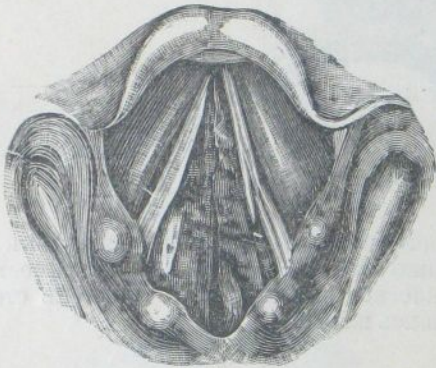
Фиг. 39.—Большая субхордальная опухоль, которая отдѣлена отъ голосовыхъ связокъ мелкой бороздкой и обусловливаетъ значительное суженіе нижнихъ частей гортани. Остальная область гортани нормальна.



Фиг. 40.—Значительные субхордальные инфильтраты, которые суживаютъ гортань со всѣхъ сторонъ. Въ глубинѣ блеститъ трахеотомическая трубка. Значительное утолщеніе обѣихъ черпало-надгортанныхъ складокъ.



Фиг. 41.—Субхордальная инфильтрація. Поверхность ея имѣетъ неровный видъ; слѣва виденъ маленькій узелокъ. Въ остальномъ гортань не измѣнена.



Фиг. 42.—Въ субхордальномъ пространствѣ находятся весьма значительные инфильтраты, которые раздѣлены бороздками на нѣсколько возвышеній и распространяются книзу на довольно далекое протяженіе. Назади эти опухоли безъ рѣзкихъ границъ переходятъ въ голосовыя связки. Стенозъ гортани выраженъ чрезвычайно сильно.



Фиг. 43.—На правой сторонѣ субхордальная опухоль лежитъ непосредственно надъ голосовой связкой; далѣе книзу находится стоящій въ связи съ этой опухолью почти полушаровидный инфильтратъ съ неровной узловатой поверхностью. На левой и передней трахеальной стѣнкѣ существуетъ полулунная перепонка, которая очень сильно суживаетъ просвѣтъ дыхательнаго горла. Обѣ черпалонадгортанныя складки, особенно правая, значительно утолщены.



Фиг. 44.—Характерное утолщеніе наружныхъ частей носа со значительнымъ суженіемъ ноздрей. На краю послѣднихъ находится нѣсколько узловъ величиною въ чечевицу. У носо-губной складки съ обѣихъ сторонъ видны линейныя рубцы, оставшіеся послѣ ринопластики.—Фотографическій снимокъ съ муляжа.



Фиг. 45.—Значительное утолщеніе наружныхъ частей носа съ полнымъ закрытіемъ ноздрей. Кроме того, видны весьма многочисленныя свѣжіе узлы.—Фотографическій снимокъ съ муляжа.



Фиг. 46.—Сильное сморщивание носа послѣ ринопластической операціи. Полное заращеніе ноздрей, благодаря которому пациентъ держитъ всегда ротъ открытымъ.



## XII.

## Доброкачественныя новообразованія въ полости носа.

## Слизистые полипы.

## Этіологія.

Выше мы уже подробно описали способъ развитія слизистыхъ полиповъ на хронически воспаленной носовой слизистой оболочкѣ. Всегда существующее при этомъ обильное отдѣленіе можно считать либо за причину, либо за послѣдствіе; во всякомъ случаѣ появившіеся полипы поддерживаютъ катарръ, который въ свою очередь приводитъ къ образованію новыхъ полипообразныхъ опухолей.

Этіологическимъ моментомъ для подобной типической опухоли, сидящей на ножкѣ, слѣдуетъ считать вызываемое закладываніемъ носа сопѣніе, т. е. форсированное вдыханіе и выдыханіе. Полипы вообще сохраняютъ форму той полости, въ которой образуются, и слѣпокъ съ которой они представляютъ.

## Локализація опухоли, множественность.

Въ большинствѣ случаевъ полипы находятся на нижней или средней раковинѣ и почти никогда не встрѣчаются на перегородкѣ или на другихъ стѣнкахъ носа. Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ находятъ одиночную опухоль, такъ какъ полипы почти всегда бываютъ весьма многочисленными, увеличиваясь въ объемъ по направленію спереди назадъ и достигая тамъ иногда громадной величины, при чемъ такіе глоточные полипы совершенно выполняютъ хоаны. Такіе глоточные полипы въ большинствѣ случаевъ имѣютъ своимъ началомъ задніе концы нижней и средней раковины и, въ отличіе отъ другихъ опухолей въ данной области, имѣютъ обычный видъ слизистыхъ полиповъ.

## Гистологическія данныя.

Слизистые полипы состоятъ изъ основного вещества, на которомъ они образовались; они тѣмъ больше напоминаютъ по виду носовую слизистую оболочку, чѣмъ они моложе. Въ нихъ находятъ мерцательный эпителий и слизистыя железы. Если, однако, полипы выстоятъ изъ носа, то въ нихъ наступаютъ ксеротическія измѣненія, и мерцательный эпителий превращается въ плоскій. Я лично наблюдалъ—также при выступавшихъ впередъ полипахъ—подобное высыханіе, но описанныхъ нѣкоторыми авторами эпидермоидальныхъ измѣненій не находилъ.

Съ увеличеніемъ полиповъ въ объемъ измѣняется также ихъ строеніе: слизистыя железы расширяются въ кисты, въ которыхъ иногда находится геморрагическое содержимое; остается лишь мѣшокъ съ отечной жидкостью, которая можетъ вытечь при операціи, такъ что въ проволочную петлю попадаетъ тогда только пустая трубка.

## Симптомы; распознаваніе.

Мѣстные симптомы, наступающіе при слизистыхъ полипахъ въ носу, напоминаютъ собой тѣ, которые мы описали въ главѣ о гипертрофіи носовой слизистой оболочки: непроходимость носа, высыханіе глотки, нарушеніе сна, головная боль, неспособность къ продолжительной умственной работѣ и, наконецъ, астматическія явленія.

Полипы носоглоточной полости затрудняютъ произношеніе совершенно иначе, чѣмъ полипы передней носовой области: подобные субъекты не только гнусятъ, но у нихъ наступаетъ задержка въ произношеніи нѣбныхъ звуковъ. Нѣбо стѣснено въ своихъ движеніяхъ и вслѣдствіе этого произношеніе становится чрезвычайно характернымъ.

При помощи носового зеркала эти опухоли легко узнаются по своему блеску и сѣроватожелтой окраскѣ. Посредствомъ зонда легко можно убѣдиться въ ихъ чрезвычайной подвижности. Наоборотъ, для распознаванія большихъ полиповъ въ носоглоточной области требуется задняя риноскопія. Послѣдняя не представляетъ затрудненій, такъ какъ мягкое нѣбо уже такъ далеко оттѣснено новообразованіемъ, что можно тотчасъ же увидѣть сѣровато-желтую опухоль. Въ большинствѣ случаевъ достаточно уже осмотра черезъ ротъ, а если это не приводитъ къ точному распознаванію, то слѣдуетъ проникнуть позади мягкаго нѣба пальцемъ, который еще прежде, чѣмъ достигаетъ глоточнаго свода, наталкивается на гладкую, скользкую и податливую опухоль, т. е. полипь.

## Лѣченіе.

Лѣченіе полиповъ уже давно сдѣлалось общимъ достояніемъ, такъ что мы не имѣемъ здѣсь сообщить много новаго. Раньше операціи производились при помощи полипныхъ щипцовъ, очень напоминающихъ старые корнцанги, при чемъ этими щипцами захватывали полипы и крутили до тѣхъ поръ, пока эти опухоли не откручивались и не отрывались. Иногда при этомъ попадали на раковину и вызывали поврежденіе ея; чѣмъ далѣе кзади заходилъ операторъ по искривленному иногда носовому ходу, тѣмъ чаще случалось, что онъ вмѣсто полипа или одновременно съ нимъ захватывалъ основаніе раковины. Дѣло дошло до того, что 25—30 лѣтъ тому назадъ хирурги даже совѣтовали, во избѣжаніе рецидивовъ, удалять не только полипы, но и всю слизистую оболочку, а если въ щипцы попадалась раковина, то и ее вмѣстѣ съ ней (*Schuh*). Подобный способъ операціи, конечно, слѣдуетъ считать грубымъ. Ломать или удалять кость потому только, что на ней находится разращеніе слизистой оболочки, представляетъ собой непроизводительный приѣмъ.

Современные способы, заключающіеся въ томъ, что вводятъ (холодную или раскаленную) петлю, захватываютъ полипы у основанія и отщепляютъ ихъ, представляютъ собой относительно легкую операцію, связанную съ незначительной болѣзненностью и небольшимъ кровотеченіемъ.

Такъ какъ эта операція производится всѣми практикующими врачами, то намъ остается только упомянуть о тѣхъ способахъ, при помощи которыхъ можно избѣгнуть рецидивовъ. Подобныхъ способовъ существуетъ множество. Самый старый изъ нихъ—тотъ, гдѣ съ цѣлью высушиванія основанія послѣ операціи примѣняли втеченіе долгаго времени известковую воду. Однако, дѣйствіе известковой воды ненадежно; она сильно раздражаетъ и не предупреждаетъ рецидивовъ. То же самое можно сказать о прижиганіи основанія при помощи гальванокаутера, ляписа, хромовой кислоты и проч. Наилучшій способъ всегда заключается въ томъ, чтобъ удалять разрастающіеся полипы до тѣхъ поръ, пока (черезъ 1—2 года) не будетъ уничтожена ихъ почва.

Гораздо труднѣе производится удаленіе глоточныхъ полиповъ. Это дѣлають либо спереди, вводя стальную петлю, при помощи которой окружають и отщемляютъ полипы, либо проникають петлею сзади и пытаются отсюда захватить тѣло полипа. Иногда этого не удается сдѣлать при помощи одной петли, но легко достигается во многихъ случаяхъ при содѣйствіи пальца въ качествѣ проводника. Но если тѣло полипа даже захвачено, то и тогда часто не удается удалить все сразу, вслѣдствіе слишкомъ большой величины новообразованія. Если петля такъ удачно наброшена на тѣло полипа, что она окружаетъ основаніе, то можно удалить полипъ у самаго корня. Если же петля попала только на часть полипа, то иногда при помощи вращенія инструмента вокругъ оси все же удается удалить полипъ съ корнемъ. Бываютъ поразительные случаи, когда вырванные полипы оказываются по величинѣ равными маленькому яблоку или грушѣ, такъ что трудно себѣ представить, какимъ образомъ тамъ помѣщалась подобная опухоль. Проподимость носа въ такихъ случаяхъ восстанавливается сразу, а дурное произношеніе и остальные симптомы исчезаютъ.

Кровотеченіе бываетъ ничтожнымъ; послѣдовательнаго лѣченія не требуется никакого, а рецидивы наблюдаются рѣдко.

### Фиброма.

Фиброзный полипъ носоглоточнаго пространства почти всегда исходить изъ свода глотки, хотя извѣстны такіе случаи, гдѣ источникомъ образованія его служила носовая полость. Эта опухоль встрѣчается обыкновенно въ среднемъ возрастѣ, рѣдко раньше.

#### Патолого-анатомическія данныя.

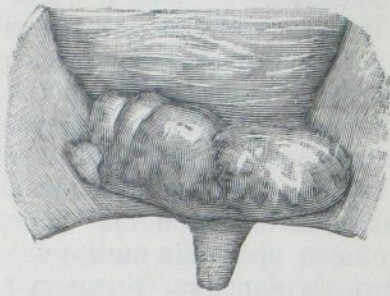
Эти стебельчатые опухоли почти всегда представляютъ собой чистыя фибромы, содержащія скудное количество клѣтокъ и выстланныя на поверхности плоскимъ эпителиемъ.

#### Данныя осмотра; распознаваніе.

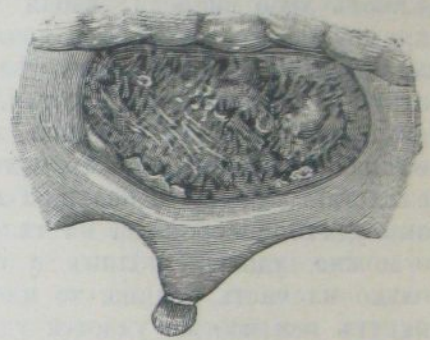
Фибромы уже по наружному виду отличаются отъ слизистыхъ полиповъ тѣмъ, что онѣ даже при сильномъ освѣщеніи не обнаруживаютъ такой прозрачности, какъ послѣдніе. Ихъ можно видѣть, впрочемъ,

только при задней риноскопии. Онъ всегда плотнѣе другихъ новообразований, имѣютъ гладкую поверхность и никогда не изъязвляются. Форма ихъ соответствуетъ формѣ носоглоточной полости, а величина бываетъ различной.

Самая большая опухоль, какая упоминается только въ литературѣ, наблюдалась мною; она описана и изображена въ моемъ руководствѣ по болѣзнямъ гортани. Дѣло шло въ этомъ случаѣ объ опухоли, исходящей изъ глоточнаго свода и простиравшейся книзу до гортани, такъ что при осмотрѣ нельзя было получить никакого представленія о ней, такъ какъ она покрывала собою всю заднюю стѣнку глотки и легко могла быть принята за нее.



Фиг. 47.—Фиброма, исходящая изъ правой верхней носовой раковины.



Фиг. 48.—Фиброма носоглоточнаго пространства, исходящая изъ глоточнаго свода.

Симптомы, вызываемые подобными опухолями,—тѣ же, что и при слизистыхъ полипахъ.

Предсказаніе чрезвычайно благоприятно. Рецидивовъ почти никогда не бываетъ.

#### Лѣченіе.

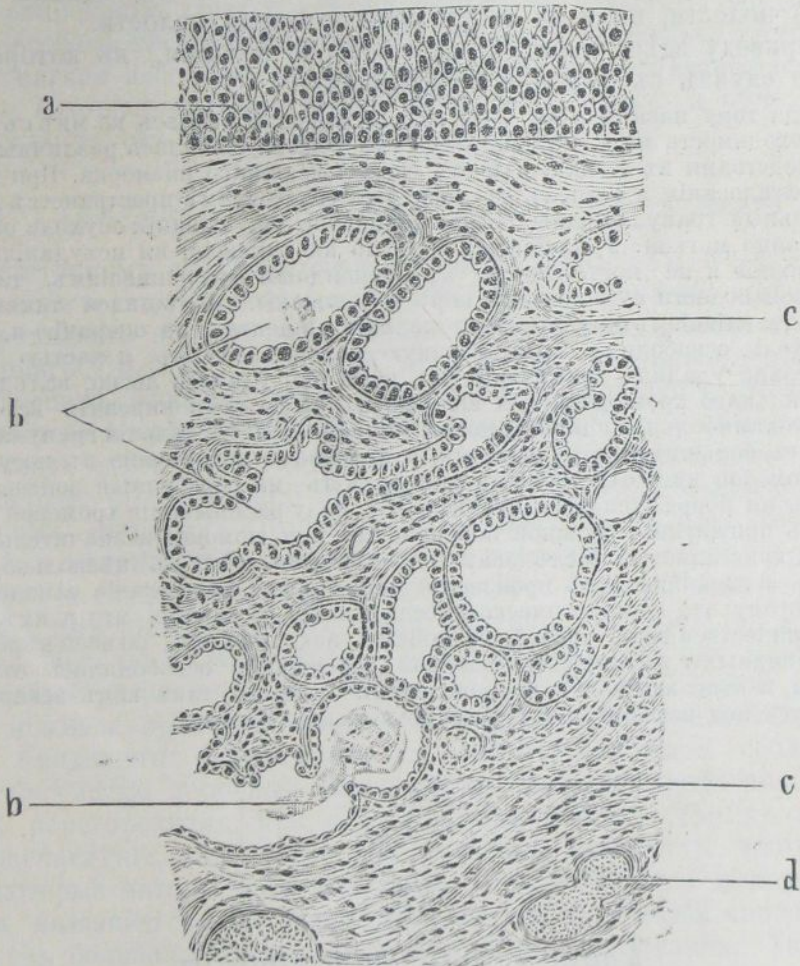
Само собою разумѣется, что здѣсь рѣчь можетъ идти только о вылученіи, которое благодаря большой величинѣ и плотности ножки гораздо труднѣе, чѣмъ при другихъ полипахъ. Въ большинствѣ случаевъ можно достигнуть радикальнаго удаленія опухоли при помощи петли, нерѣдко при содѣйствіи щипцовъ для хоанъ. Кровотеченіе здѣсь, конечно, бываетъ болѣе значительнымъ.

#### Аденоидная фиброма.

Иногда вслѣдствіе образованія железъ въ фибромѣ наступаетъ измѣненіе ея структуры. Форма и видъ опухоли остаются такими же, но гистологическое строеніе бываетъ инымъ, такъ что распознаваніе аденоидной фибромы *ex visu* невозможно. Эти опухоли, однако, всегда даютъ болѣе серьезное предсказаніе, чѣмъ обыновенныя фибромы, такъ какъ онѣ составляютъ переходъ къ злокачественнымъ новообразованиямъ.

## Папилломы; грануломы.

Папилломы, о которых мы еще будем вести рѣчь при описаніи болѣзней гортани, также встрѣчаются въ носовой полости, но—очень рѣдко и въ весьма ничтожномъ числѣ; мы ограничимся указаніемъ, что онѣ ничѣмъ не отличаются отъ папилломъ, развивающихся на другихъ слизистыхъ оболочкахъ. Онѣ обладаютъ довольно широ-



Фиг. 49.—*a* цилиндрической эпителий. Въ фиброзной соединительной ткани *c*, составляющей основу опухоли, находится множество новообразованныхъ железъ *b*; *d*—кровеносные сосуды.

кимъ основаніемъ и въ большинствѣ случаевъ бываютъ одиночными. Въ иныхъ случаяхъ онѣ отдѣляются при сморканіи самопроизвольно, въ другихъ—ихъ легко отщепить у мѣста прикрѣпленія при помощи петли. Въ виду частыхъ рецидивовъ требуется основательное выскребаніе и прижиганіе ея основы.

Къ доброкачественнымъ новообразованиямъ принадлежать также грануляціонныя опухоли или грануломы. Въ большинствѣ случаевъ онѣ расположены въ выводныхъ протокахъ придаточныхъ полостей носа и представляютъ собой грануляціонныя разращенія, величиною съ чечевицу, сѣровато-красноватаго цвѣта, которыя легко кровоточатъ и вызываются истекающимъ изъ этихъ придаточныхъ полостей секретомъ.

Гораздо интереснѣе для насъ большія грануломы. Онѣ относятся къ доброкачественнымъ новообразованиямъ, не обнаруживаютъ большой склонности къ рецидивамъ, такъ что лѣченіе сопровождается полнымъ успѣхомъ. Онѣ встрѣчаются не только въ заднихъ частяхъ носовой полости, но и на сводѣ носоглоточной полости.

Я приведу здѣсь вкратцѣ одну исторію болѣзни, въ которой дѣло идетъ о случаѣ съ большой грануломою.

4 года тому назадъ г-жа V—у изъ Будапешта явилась ко мнѣ съ жалобой на непроходимость носа. Раньше она безъ успѣха лѣчилась различными мѣстными средствами въ Будапештѣ отъ своего жестокаго насморка. При тщательномъ изслѣдованіи я нашелъ въ носу и носоглоточномъ пространствѣ довольно значительныя грануляціонныя разращенія; при ощупываніи опухоль оказалась чрезвычайно мягкой. У пациентки не было ни кахексіи, ни исхуданія. Это новообразование я не могъ отнести къ аденоиднымъ разращеніямъ, такъ какъ въ носовой полости онѣ до сихъ поръ не описаны. Я рѣшился такимъ образомъ, подъ вліяніемъ настойчиваго желанія пациентки, на операцію и, удаливъ всю опухоль, освободилъ носоглоточную полость. Затѣмъ я частью спереди, частью сзади удалилъ грануляціи изъ носа, что удалось легко; вслѣдствіе довольно сильнаго кровоточенія, я вынужденъ былъ тампонировать всю полость іодоформо-канифольной и іодоформовой марлей. Послѣ удаленія грануляцій, связаннаго съ большими затрудненіями, я произвелъ прижиганіе въ носу при помощи хромовой кислоты; набравъ кристалловъ на серебряный зондъ, я оставилъ ихъ на поврежденныхъ мѣстахъ. Въ виду расплыванія хромовой кислоты я достигъ прижиганія большой поверхности при помощи незначительнаго количества кристалловъ. Послѣдовательное лѣченіе тянулось нѣсколько недѣль, при чемъ я спокойно могъ произвести дальнѣйшее прижиганіе слизистой оболочки, потому что гистологическое изслѣдованіе показало, что я имѣлъ дѣло съ доброкачественнымъ новообразованиемъ, исходившимъ, по всей вѣроятности, изъ аденоидныхъ разращеній. Больная совершенно освободилась отъ своего страданія, и я не жалѣю о произведенной операціи, такъ какъ вскорѣ я получилъ отъ нея извѣстіе о совершенномъ выздоровленіи.

### XIII.

## Аденоидныя разращенія.

### Анатомическія замѣчанія.

Продолжая систематическое описаніе заболѣваній носа, мы переходимъ теперь къ изложенію болѣзней глоточнаго свода. Подъ послѣднимъ разумѣется пространство, которое лежитъ непосредственно позади и выше хоанъ и образуетъ начало глотки; ради краткости оно называется глоточнымъ сводомъ. Костнымъ основаніемъ вверху служитъ нижняя поверхность клиновидной кости, а сзади—позвоночный

столбъ. По отношенію къ своей формѣ и величинѣ глоточный сводъ стоитъ въ зависимости отъ развитія черепа. При описаніи строенія носа и его заболѣваній мы указали на то, что нѣкоторыя болѣзни обусловливаются формой носового скелета.

Разстояніе твердаго нѣба отъ позвоночника бываетъ чрезвычайно различнымъ, что очень важно для задней риноскопіи. Существуютъ люди, у которыхъ это разстояніе настолько велико, что осмотръ удается произвести при помощи гортаннаго зеркала, не прибѣгая къ другому инструменту. Если, однако, это разстояніе незначительно, и мягкое нѣбо, слѣдовательно, почти прикасается къ задней стѣнкѣ глотки, то заднюю риноскопию удается сдѣлать только съ большимъ трудомъ при помощи особаго инструмента (нѣбнаго крючка), которымъ оттягиваютъ впередъ мягкое нѣбо. Вообще, можно сказать, что встрѣчающіяся здѣсь болѣзни, которыя сильнѣе всего нарушаютъ слухъ и рѣчь, стоятъ въ зависимости отъ этой формы глоточнаго свода.

·Локализація; симптомы („глоточная миндалина“).

Въ глоточномъ сводѣ вверху встрѣчается скопленіе лимфоидной ткани весьма различной формы. Иногда это скопленіе имѣетъ видъ полушаровиднаго образованія, напоминающаго миндалевидную железу и названнаго *Luschka*, благодаря этой формѣ, мѣстоположенію и гистологическимъ особенностямъ, „глоточной миндалиной“. Нельзя, конечно, ничего возразить противъ подобнаго названія, но мы позволимъ себѣ сдѣлать здѣсь одно замѣчаніе, а именно, что указанное образованіе впервые было описано не анатомами, а практическимъ врачомъ *Wilhelm*'омъ *Meyer*'омъ (Копенгагенъ). *Meyer* въ 1870 г. точно описалъ всѣ измѣненія, встрѣчающіяся въ глоточномъ сводѣ и нарушающія рѣчь и слухъ. Это открытіе составляетъ его незабвенную заслугу, такъ какъ онъ выяснилъ намъ такія причины разстройства рѣчи, которыя до него не были извѣстны, при чемъ онъ впервые назвалъ эти своеобразныя разращенія въ глоточномъ сводѣ „аденоидной тканью“.

Мы можемъ привести слѣдующія подробности относительно глоточной миндалины; поверхность ея покрыта слизистой оболочкой и имѣетъ бугристый неровный видъ; иногда она оказывается раздѣленной какъ бы перегородками, при чемъ получается въ нѣкоторыхъ случаяхъ такое впечатлѣніе, какъ будто она состоитъ изъ двухъ частей, такъ что нѣкоторые авторы дали той ямкѣ, которая лежитъ между обѣими частями, названіе *recessus pharyngeus medius*. Глоточная миндалина состоитъ изъ большого числа лимфатическихъ фолликуловъ. Такъ какъ всѣ они собраны въ видѣ одного тѣла, то послѣднее напоминаетъ миндалевидную железу и было потому описано подъ этимъ названіемъ. Однако, въ виду чрезвычайнаго разнообразія въ формѣ аденоидной ткани подобный случай слѣдуетъ считать исключительнымъ, и чаще всего вся поверхность глоточнаго свода вплоть до *Rosenmüller*'овыхъ ямокъ бываетъ усыяна аденоидными разращеніями, которыя тянутся къ устьямъ Евстахіевыхъ трубъ, образуютъ передъ ними какъ бы валикъ, иногда даже закладываютъ ихъ и достигаютъ впереди до отверстій хоанъ; послѣднія также отчасти могутъ быть ими заложены. При узкой

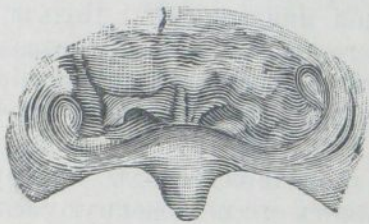
глоточной полости подобное закладывание хоанъ еще сильнѣе нарушаетъ рѣчь.

Мы возражаемъ противъ названія „глоточной миндалины“ не принципиально, а чисто съ практической точки зрѣнія, такъ какъ подобныя аденоидныя разраженія встрѣчаются главнымъ образомъ у молодыхъ субъектовъ, распространяются у нихъ по задней стѣнкѣ глотки часто настолько далеко, что становятся замѣтными даже безъ помощи зеркала при легкомъ приподнятїи мягкаго нѣба. Эти разраженія спускаются нерѣдко вдоль боковыхъ стѣнокъ глотки почти до противоположащихъ дужекъ: такимъ образомъ, эти разраженія захватываютъ все носоглоточное пространство, и названіе глоточной миндалины, слѣдовательно, не можетъ быть пригодно для всѣхъ случаевъ.

### Лѣченіе.

Такъ какъ эта книга имѣетъ цѣлью служить руководствомъ также для болѣе молодыхъ врачей, то я опишу данное страданіе какъ можно подробнѣе, чтобы въ то же время на основанїи этого описанія изложить терапію разраженій.

Показаніе къ операціи. Предсказаніе. — Уже *Wilhelm Meyer* показалъ, что подобныя разраженія требуютъ лѣченія,



Фиг. 50. Аденоидныя разраженія на носоглоточномъ сводѣ, закладывающія верхнія части хоанъ.

такъ какъ они обуславливаютъ т. н. гнусливое произношеніе. Это произношеніе, причина котораго давно уже была узнана, вполне исправимо, и поэтому существуетъ безусловное показаніе подвергнуть больныхъ основательному и радикальному лѣченію. Эти разраженія никогда не рецидивируютъ послѣ радикальнаго удаленія, и если ко мнѣ являлись субъекты съ рецидивами, то виною служила неудовлетворительная операція, а именно, въ такихъ случаяхъ

были удалены только самыя нижніе бугры, и этимъ дана была возможность къ новому разраженію.

Эта операція представляетъ собой самый благодарный изъ всѣхъ оперативныхъ приѣмовъ, примѣняемыхъ въ носоглоточной полости, такъ какъ эффектъ наступаетъ тотчасъ же. Наоборотъ, я знаю нѣкоторыхъ взрослыхъ субъектовъ, у которыхъ я еще въ дѣтствѣ распозналъ аденоидныя разраженія, и которые либо сами не рѣшались на операцію, либо были слабо побуждаемы къ этому врачами, при чемъ у этихъ людей осталось ихъ гнусливое произношеніе, а нерѣдко и тугоухость слуха.

Инструменты. При тщательномъ производствѣ операціи надо удалить все, что существуетъ въ глоточномъ сводѣ, при чемъ мы для этой цѣли прибѣгаемъ къ различнымъ способамъ. Уже *Wilhelm Meyer* придумалъ особый инструментъ для того, чтобы черезъ носъ произвести выскребаніе глоточнаго свода, что, однако, не удавалось вполне,



такъ какъ введенный въ носъ инструментъ могъ соскабливать только ту ткань, которая находилась въ плоскости носового хода. Въ настоящее время мы имѣемъ цѣлый рядъ инструментовъ, предназначенныхъ для этой операціи. Я предложилъ закрытую петлю, которая вводится со стороны глотки; она имѣетъ тупые края, отличается прочностью, сидитъ въ металлическомъ кольцѣ и можетъ поэтому захватить и удалить все; однако, эта петля оказалась все же недостаточной. Впослѣдствіи я сталъ употреблять большую острую ложечку съ длинной ручкой и большой выскребывающей поверхностью. Затѣмъ предложено было множество подобныхъ ложекъ, между прочимъ и такія, при помощи которыхъ можно было выскребывать верхнюю и заднюю стѣнки глотки, а *Hartmann* придумалъ инструментъ для выскребыванія боковыхъ частей глотки.

Вскорѣ вошли въ употребленіе инструменты въ видѣ щипцовъ, которые можно было открывать сзади напередъ; при помощи ихъ удавалось захватить разращенія, отщепить ихъ и вырвать. *Schütz*, мой ученикъ, придумалъ особеннымъ образомъ устроенный инструментъ.

Техника операціи.—Операція сама по себѣ производится очень легко и не сопровождается никакими осложненіями; кровотечения и неумышленныхъ раненій почти не бываетъ. Существуютъ извѣстные правила для производства этой операціи, какъ напр., то, что инструментомъ, которымъ обычно пользуются, надо управлять увѣренной рукой. Если пользуются круглымъ ножомъ *Hartmann*'а, отшлифованнымъ по краямъ и представляющимъ, по моему, наиболѣе удобный инструментъ, то его надо захватить полной рукой и при извѣстномъ надавливаніи провести вправо и влѣво по глоточному своду съ цѣлью удалить всѣ разращенія. Я почти совершенно не допускаю мысли, чтобы можно было при помощи этого ножа, удерживаемаго въ сагитальномъ направленіи, повредить трубы, хотя это не невозможно. Инструментъ, рекомендованный *Gottstein*'омъ, установленъ въ поперечномъ направленіи, такъ что при помощи его удаляютъ все отъ хоанъ до задней стѣнки глотки, при чемъ удается также спуститься по послѣдней внизъ и удалить всѣ находящіяся тамъ разращенія.

Предварительныя приготовленія; кровотеченіе.—Приготовленія къ операціи заключается просто въ томъ, что ребенка держатъ за руки и фиксируютъ ему голову, такъ какъ при безпокойномъ поведеніи его, напр., если онъ отскакиваетъ назадъ, привстаетъ и проч., операція становится невыполнимой. Во время операціи иногда наступаютъ легкое кровотеченіе въ полости глотки или изъ носа. Промыванія холодной водой, употреблявшіяся раньше въ такихъ случаяхъ, я сталъ считать въ послѣднее время неудобными, такъ какъ вслѣдствіе ненормальныхъ движеній нѣба жидкость можетъ попасть въ трубы. Кровотеченіе вообще бываетъ незначительнымъ и совершенно прекращается черезъ 1—2 часа.

Успѣхъ операціи по отношенію къ сопутствующимъ симптомамъ.—Надо предупредить родителей, что нѣкоторые неприятыя симптомы не тотчасъ же исчезнутъ послѣ операціи, потому что подобныя дѣти уже почти отъ рожденія спали съ открытымъ ртомъ, и послѣдствія подобнаго дыханія, а именно, катарръ носа, носо-

глоточнаго пространства, закладываніе носа, катарръ трубъ и послѣдовательный катарръ гортани, не могутъ исчезнуть немедленно. Особенно родители стремятся къ тому, чтобъ устранить описанное уже *Wilhelm'омъ Meyer'омъ* тупое выраженіе лица у дѣтей. Можетъ, конечно, случиться, что у подобныхъ больныхъ появляются также психическія расстройства, безпокойство, непонятливость и проч., но тамъ, гдѣ *Moriz Schmidt* <sup>1)</sup> упоминаетъ объ этомъ, по нашему мнѣнію, они существовали лишь въ видѣ сопутствующихъ симптомовъ.

*Moriz Schmidt* назвалъ эту главу: „заболѣванія четырехъ миндалинъ“. Онъ, конечно, правъ съ своей точки зрѣнія, и если бы мы не считали цѣлесообразнымъ описывать отдѣльно каждое пораженное мѣсто, то мы послѣдовали бы примѣру *Schmidt'a*. Въ этой главѣ онъ трактуетъ о заболѣваніи всѣхъ четырехъ миндалинъ и даетъ общую картину болѣзни. До нѣкоторой степени такое изложеніе яснѣе нашего, но требуетъ отъ читателя большой эрудиціи. Въ качествѣ клиническаго преподавателя я полагаю, однако, что окажу лучшую услугу ученикамъ и врачамъ, если опишу болѣзненные процессы въ отдѣльности, расположивъ ихъ въ строго послѣдовательномъ порядкѣ по ихъ локализаци.

#### XIV.

### Злокачественныя новообразованія носа.

Кромѣ эпителиомъ въ описываемой здѣсь области развиваются только саркомы. Если злокачественныя опухоли наружныхъ частей носа относятся почти исключительно къ области пластической хирургіи, то тѣмъ болѣе это имѣетъ мѣсто по отношенію къ опухолямъ полости носа. Опухоль, развивающаяся близъ носоглоточной полости или въ придаточныхъ полостяхъ, если не считать рѣдкихъ случаевъ (когда, напр., обнаруживаются въ то же время симптомы катарра придаточной полости), остается до тѣхъ поръ нераспознанной, пока она не проникнетъ въ носъ и не обнаружитъ себя здѣсь стѣсненіемъ дыханія или кровотечениями.

Рино-ларинголога подобные случаи интересуютъ лишь настолько, насколько ему приходится быть либо случайнымъ діагностомъ, либо консультантомъ хирурга при рѣшеніи вопроса о доступности даннаго мѣста или о возможности выполненія той обезображивающей операціи, которая здѣсь обыкновенно требуется.

Такимъ образомъ, въ послѣдующихъ строкахъ рѣчь пойдетъ преимущественно о такихъ опухоляхъ, первичный очагъ которыхъ доступенъ осмотру, и которыя могутъ быть распознаны при помощи самыхъ тонкихъ вспомогательныхъ приѣмовъ современной ринологіи. Этотъ ранній діагнозъ тѣмъ важнѣе, что вслѣдствіе злокачественности саркомъ и карциномъ данной области и вслѣдствіе быстраго распространенія ихъ въ глубину, незначительный самъ по себѣ успѣхъ мѣстнаго вмѣшательства возможенъ еще только въ самые ранніе періоды. Я дол-

<sup>1)</sup> Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1894.

жёнъ, однако, здѣсь же замѣтить, что я втеченіе 35 лѣтъ убѣдился въ безуспѣшности всѣхъ производимыхъ при этихъ условіяхъ операцій и потому, даже при настойчивомъ требованіи, обыкновенно съ трудомъ соглашаюсь на такое хирургическое пособіе.

### Фибросаркома.

Относительно благопріятное предсказаніе при раннемъ производствѣ операціи даютъ тѣ фибросаркомы, которыя отличаются отъ чистыхъ фибромъ только обиліемъ клѣточныхъ элементовъ. По одному наружному виду діагноза нельзя поставить, если только эта поверхность мѣстами не распалась. Если такую опухоль приходится изслѣдовать съ самаго начала, то она имѣетъ видъ и форму большого полипа, но подобныя фибросаркомы очень быстро выполняютъ существующее пространство, вытѣняя все предъ собою, и увеличиваются въ объемѣ на счетъ костнаго остова носа. Такія сильныя разращенія полости носа проявляются тѣмъ, что пациенты получаютъ одностороннюю припухлость на лицѣ, а именно, одностороннее вздутіе носа. При очень сильномъ разращеніи дѣло доходитъ до прободенія верхней челюсти въ fossa canina, такъ что опухоль суживаетъ даже непораженную половину носа вслѣдствіе смѣщенія костей на пораженной сторонѣ.

Вначалѣ фибросаркома обнаруживается обычными симптомами носовыхъ полиповъ, при чемъ въ это время мы можемъ констатировать только существованіе опухоли въ носоглоточной полости, но вскорѣ остальные явленія сразу же выявляютъ злокачественность новообразования. Послѣднее разрастается такъ сильно, что суживаетъ глазницу, вытѣсняетъ глазное яблоко, отодвигаетъ кпереди мягкое нѣбо и служитъ препятствіемъ для дыханія и глотанія. Это новообразование не имѣетъ никакого отношенія къ возрасту и встрѣчается какъ у молодыхъ, такъ и у взрослыхъ субъектовъ.

### Кругло- и веретенообразно-клѣточная саркома.

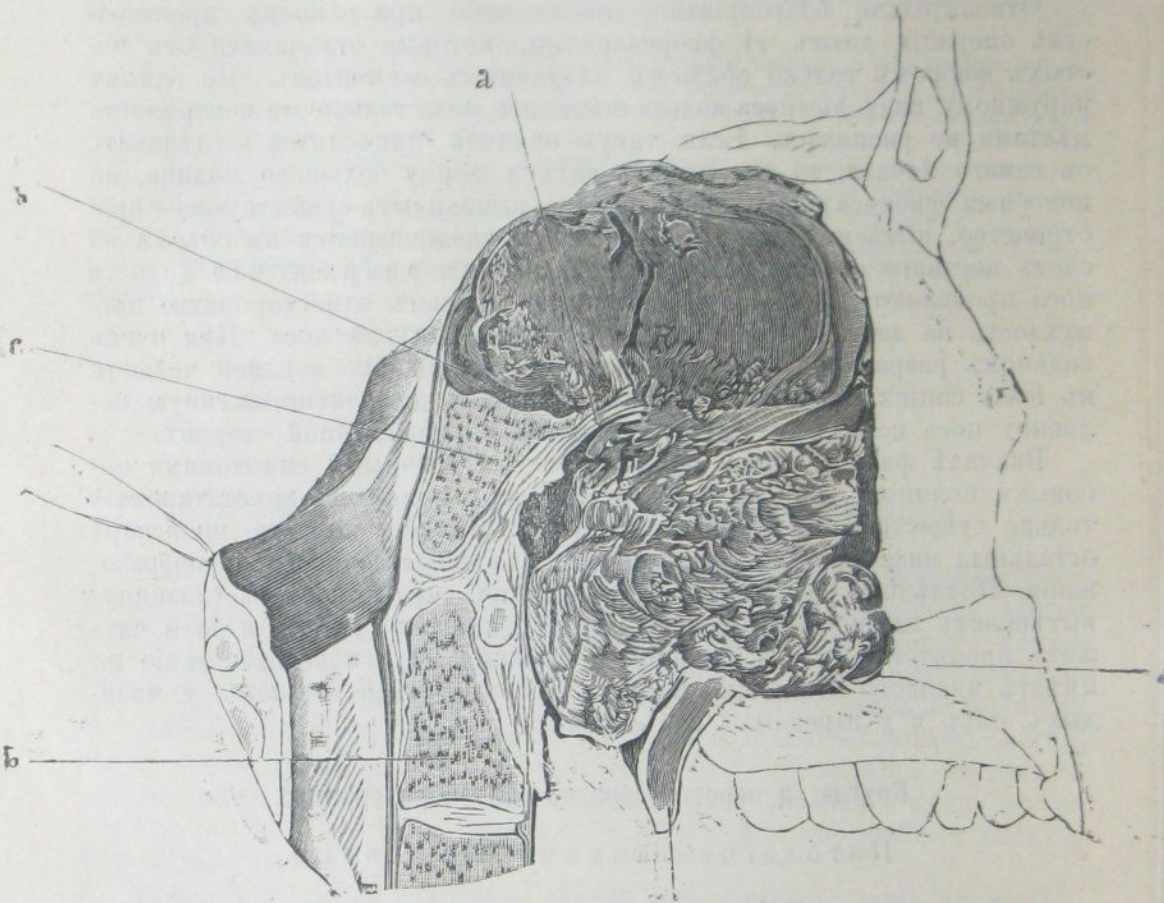
#### Патолого-анатомическія данныя.

Болѣе богатая клѣтками саркомы, подобно другимъ чистымъ формамъ ихъ, развиваются изъ глубокихъ слоевъ слизистой оболочки и изъ періоста. Нѣкоторыя изъ нихъ очень богаты круглыми клѣтками, другія—веретенообразными, и, благодаря содержанію молодой ткани, отличаются чрезвычайной злокачественностью.

#### Симптомы.

Указанныя новообразования распространяются здѣсь съ такой же интензивностью, какъ и на другихъ мѣстахъ тѣла, узурпируя и разрушая на пути костныя стѣнки. Изъ верхнечелюстной полости они вслѣдствіе проростанія черезъ твердое нѣбо появляются во рту, путемъ прободенія верхней поверхности проникаютъ въ полость глаза и при отѣсненіи стѣнокъ верхней челюсти—наружу. Они обра-

зуютъ на щеки выпячиваніе въ видѣ яблока. Самой злокачественной является та форма, когда саркома растетъ изъ глоточнаго свода, такъ какъ она прободаетъ основаніе черепа и разрастается въ черепной полости. Надо замѣтить, что при быстромъ ростѣ этихъ опухолей, сосуды, встрѣчающіеся на ихъ пути, разрушаются, и такимъ образомъ очень часто появляются очень обильныя кровотечения.



Фиг. 51. *a*—носоглоточный сводъ; *b*—полость клиновидной кости, выполненная новообразованіемъ; *c*—тѣло клиновидной кости; *d*—позвоночный столбъ; *e*—твердое нѣбо, горизонтальный отростокъ верхней челюсти, въ нижней своей части проѣденный новообразованіемъ; *f*—Uvula, нѣсколько отъснѣнный впереди. Круглокѣлочная саркома.

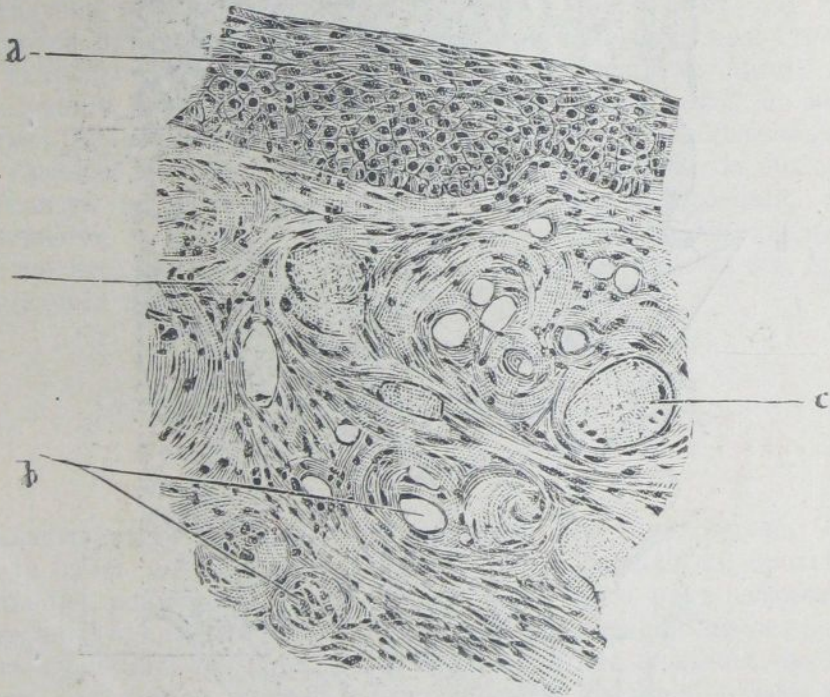
Симптомы непроходимости носа наблюдаются здѣсь въ рѣзкой формѣ, при чемъ данное страданіе имѣетъ особенный отличительный признакъ, а именно, при этомъ наступаютъ непрерывныя жестокія головныя боли, сосредоточивающіяся въ затылочной кости.

Саркомы вообще имѣютъ довольно однообразный видъ. Отъ доброкачественныхъ опухолей онѣ отличаются, однако, тѣмъ, что здѣсь быстро наступаетъ распаденіе, такъ что при сморканіи и чиханіи самопроизвольно отдѣляются маленькіе кусочки. У больного появляется зловонное дыханіе, гнойный секретъ и даже обиль-

кое нагноеніе въ носоглоточномъ пространствѣ. Гибельное теченіе процессъ обыкновенно получаетъ, однако, вслѣдствіе появленія кровотеченій, такъ какъ больные быстро становятся кахектичными.

Приводимая ниже исторія болѣзни, гдѣ дѣло идетъ о случаѣ круглоклеточной саркомы, поясняетъ теченіе, клиническую картину и патолого-анатомическія измѣненія при этомъ страданіи.

*Carl B.*, 45 лѣтъ отъ роду, почталіонъ, принятъ въ клинику 3 октября 1894 г. Болѣзнь началась у него закладываніемъ лѣвой половины носа, причемъ вскорѣ присоединились обильныя кровотеченія. Въ то же время обнаружилось ихорозное истеченіе изъ носа.



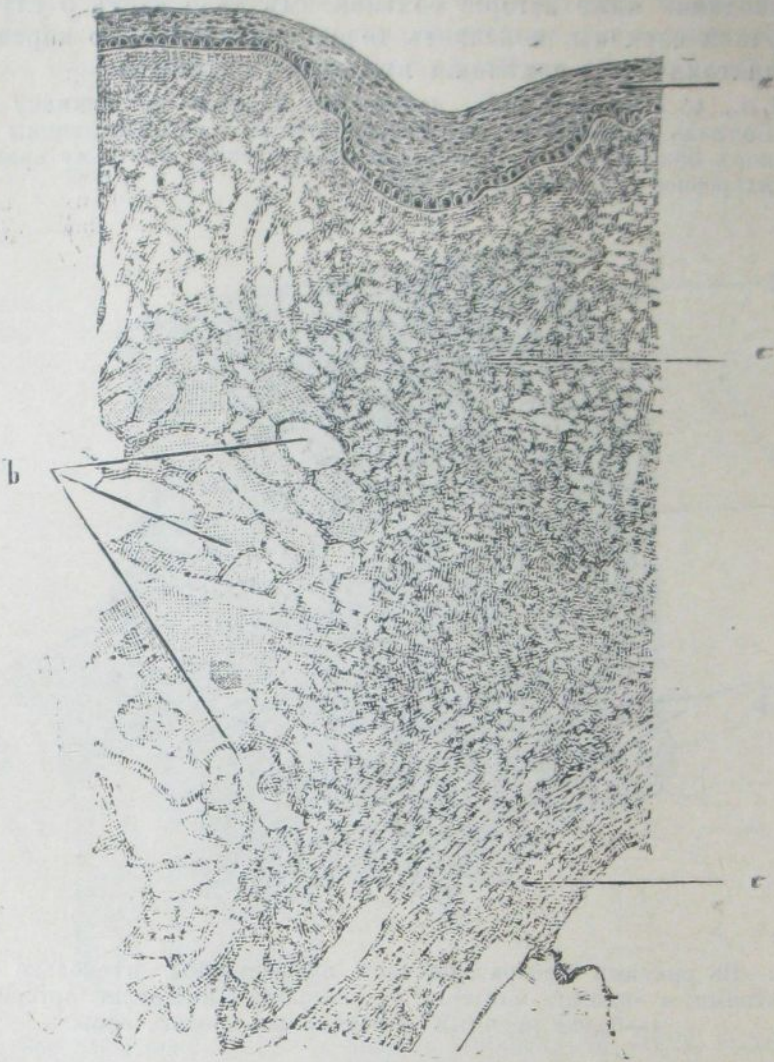
Фиг. 52.—На рисункѣ изображена часть ангиосаркомы, нѣсколько болѣе бѣдная клетками; *a*—плоскія эпителии; *b*—капилляры и мелкія артеріи опухоли; *c*—болѣе крупныя, наполненныя кровью, вены.

При передней риноскопіи найдено, что вся лѣвая и отчасти правая половины носа заложены вдающеюся въ носовую полость опухолью и выполнены зловоннымъ секретомъ; при задней риноскопіи оказалось, что носоглоточное пространство также выполнено опухолью, которая имѣла гладкую поверхность и была покрыта свернувшейся кровью и засохшей слизью. Опухоль достигаетъ своей нижней поверхностью высоты мягкаго нѣба и выполняетъ все носоглоточное пространство въ такой степени, что хоанъ нельзя совершенно видѣть. Никакихъ припухавій железъ. Сильныя боли въ затылкѣ.

Черезъ 3 недѣли послѣ поступленія больного на твердомъ нѣбѣ появилась опухоль, величиною въ волошскій орѣхъ, мягкой консистенціи, съ гладкой поверхностью; она медленно вращалась въ полость рта и стала затруднять глотаніе.

Лѣченіе заключалось въ томъ, что посредствомъ гальванокаустики старались удалить кусочки опухоли, чтобы сдѣлать носъ проходимымъ; кромѣ того, производились орошенія носа съ цѣлью устранить зловонный секретъ. Изслѣ-

дованіе вылученныхъ частей показало существованіе круглоклѣточной саркомы. Смерть наступила 4 ноября 1894 г.



Фиг. 53.—Опухоль содержитъ очень обильное количество маленькихъ однообразныхъ клѣтокъ съ круглыми ядрами и ясною каймой протоплазмы; эти клѣтки большею частью расположены рядами, рѣже въ видѣ болѣе значительныхъ скопленій (c). Въ щеляхъ соединительной ткани клѣтки расположены въ видѣ 1—3 рядовъ. Части, содержащая исключительно новообразованныя клѣтки, усѣяны большимъ числомъ кругловатыхъ или овальныхъ пространствъ. Эти пространства, если не представляютъ геморрагической инфильтраціи, состоятъ изъ гомогенныхъ гіалиновыхъ массъ b, въ которыхъ нѣтъ никакихъ клѣтокъ, и которыя безъ рѣзкихъ границъ переходятъ въ клѣточные части новообразованія. Мѣстами на границѣ между этимъ гіалиновымъ веществомъ и окружающей массой опухоли попадаются перерожденные клѣтки.

Прилагаемый рисунокъ показываетъ состояніе носа и носоглоточной полости. Препаратъ, приготовленный по способу Orth'a путемъ выпиливанія изъ

черепна, представляет въ сагиттальномъ разрѣзѣ носоглоточное пространство, выполненное опухолью; послѣдняя находится въ непосредственной связи съ тѣми частями опухоли, которыя проросли черезъ мягкое нѣбо; вверхъ опухоль продолжается въ полость клиновидной кости, выполняя ее почти всю; она произвела даже узуру ея стѣнки, въ особенности верхней. Проростанія опухоли въ черепную область не удалось доказать. Кпереди опухоль распространилась къ глазницамъ, при чемъ лабиринтъ рѣшетчатой кости былъ совершенно выполненъ новообразованиемъ. Для уясненія состоянія мягкаго нѣба можетъ служить сохранившійся задній конецъ его, а также ясно замѣтный язычекъ.

Сюда относятся также ангиосаркомы (фиг. 52). Онѣ отличаются отъ другихъ видовъ саркомъ только своимъ громаднымъ содержаніемъ сосудовъ. Предсказаніе при ней такъ же неблагоприятно, какъ при остальныхъ формахъ, хотя она растетъ нѣсколько медленнѣе.

Слѣдуетъ упомянуть еще о цилиндромахъ (фиг. 53), которыя отличаются отъ саркомъ только своимъ гистологическимъ строеніемъ, а по микроскопическому виду совершенно сходны съ ними. Эти новообразования исходятъ большею частью изъ Гайморовой полости, выполняютъ полость носа и верхнюю челюсть и обусловливаютъ выпячиваніе-глазного яблока и стѣсненіе дыханія; въ черепную полость онѣ прорастаютъ въ рѣдкихъ случаяхъ. Среди новообразованій, которыя распознаются и оперируются въ раннихъ періодахъ, цилиндromы даютъ относительно лучшее предсказаніе. Существуютъ случаи, гдѣ послѣ ихъ удаленія наступило продолжительное излѣченіе.

## Эпителиальный ракъ.

### Анатомія.

Излюбленнымъ мѣстомъ рака является основаніе черепа. Раковые опухоли здѣсь почти безъ исключенія принадлежали къ плоскому эпителиальному виду рака. Кромѣ того, очень часто ракъ развивается изъ придаточныхъ полостей, чаще всего изъ Гайморовой полости, гдѣ онъ можетъ существовать иногда втеченіе долгаго времени, не вызывая другихъ симптомовъ, кромѣ обыкновеннаго катарра; только впоследствии онъ прорастаетъ черезъ боковую стѣнку носа и появляется въ самой полости носа, гдѣ онъ такъ же, какъ и остальные злокачественныя опухоли, приводитъ къ закладыванію полости со всеми послѣдовательными явленіями. Что касается гистологическаго строенія этого новообразованія, то подобный ракъ Гайморовыхъ полостей очень часто относится къ т. н. ворсинчатому раку.

### Симптомы.

Первымъ симптомомъ является чрезвычайно обильное отдѣленіе, которое вскорѣ становится гнойнымъ, ихорознымъ и зловоннымъ, такъ какъ опухоль уже рано подвергается изъязвленію. Нѣкоторая проходимость носа удивительнымъ образомъ еще сохраняется втеченіе долгаго времени. Впоследствии наступаютъ характерныя боли въ затылкѣ.

## Данные осмотра.

При изслѣдованіи зеркаломъ находятъ, что глоточный сводъ выполненъ широкой шишкообразной опухолью. Гладкое новообразование при изслѣдованіи пальцемъ оказывается чрезвычайно плотнымъ.

## Терапія.

Въ прежнее время я всегда оперировалъ ихъ, если только существовала надежда на радикальное удаленіе опухоли, и старался при помощи острыхъ щипцовъ, искривленной острой ложечки и гальванокаутера, несмотря на сильное кровотеченіе, удалить всѣ измѣненныя части. Однако, обильныя кровотеченія при подобныхъ операціяхъ удавалось остановить всегда лишь съ большимъ трудомъ.

## Предсказаніе.

Тогда какъ на другихъ мѣстахъ тѣла вылученіе подобныхъ плоскихъ эпителиальныхъ раковъ, какъ извѣстно, сопровождалось успѣхомъ, того же далеко нельзя сказать относительно рака глоточнаго свода. Всѣ произведенныя мною операціи остались безуспѣшными, такъ что я теперь совершенно отказался отъ нихъ.

Само собой разумѣется, что этимъ далеко не исключается симптоматическое и даже оперативное пособіе, если приходится возстановить проходимость носа или устранить зловонное истеченіе.

## Лимфосаркома глотки и гортани (начальный стадій).

### Распознаваніе.

Распознаваніе лимфосаркомы до сихъ поръ *in vivo* не удавалось ни ларинго-, ни ринологическимъ путемъ. Втеченіе цѣлага ряда лѣтъ я, а вмѣстѣ со мною и многіе другіе авторы, имѣлъ случай наблюдать лимфосаркому въ носоглоточной полости. Я долженъ, однако, тутъ же сознаться, что мой діагнозъ всегда былъ невѣрнымъ, т. е. что я не распознавалъ въ этихъ случаяхъ лимфосаркомы. Для распознаванія начала лимфосаркомы въ носоглоточной полости всѣ діагностическія средства, извѣстныя до сихъ поръ, оказались недостаточными. Только *Kundrat* у удалось пролить больше свѣта на это своеобразное страданіе своимъ докладомъ о лимфосаркомѣ, читаннымъ въ Императорскомъ Обществѣ Врачей. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло шло о лимфосаркомѣ, я вначалѣ всегда ставилъ діагнозъ сифилиса или же рака, если процессъ зашелъ далеко; правильное распознаваніе мнѣ удавалось сдѣлать только послѣ изслѣдованія вырѣзанныхъ изъ опухоли маленькихъ кусочковъ. При отсутствіи микроскопическаго изслѣдованія проходили недѣли и мѣсяцы, прежде чѣмъ выяснялось, что дѣло шло не о сифилисѣ и не о ракѣ. Этимъ сознаніемъ я пролагаю путь къ лучшей діагностикѣ. Главное затрудненіе при распознаваніи лимфосар-



комы заключается уже въ томъ, что подобные больные въ большинствѣ случаевъ являются къ намъ только тогда, когда новообразование уже изъязвилось. Въ этомъ изъязвленіи нѣтъ ничего характернаго, такъ что нѣкоторые случаи настолько симулировали сифилисъ, что я производилъ прижиганія и получалъ даже временное улучшение; это, конечно, еще болѣе укрѣпляло меня въ моемъ ложномъ распознаваніи.

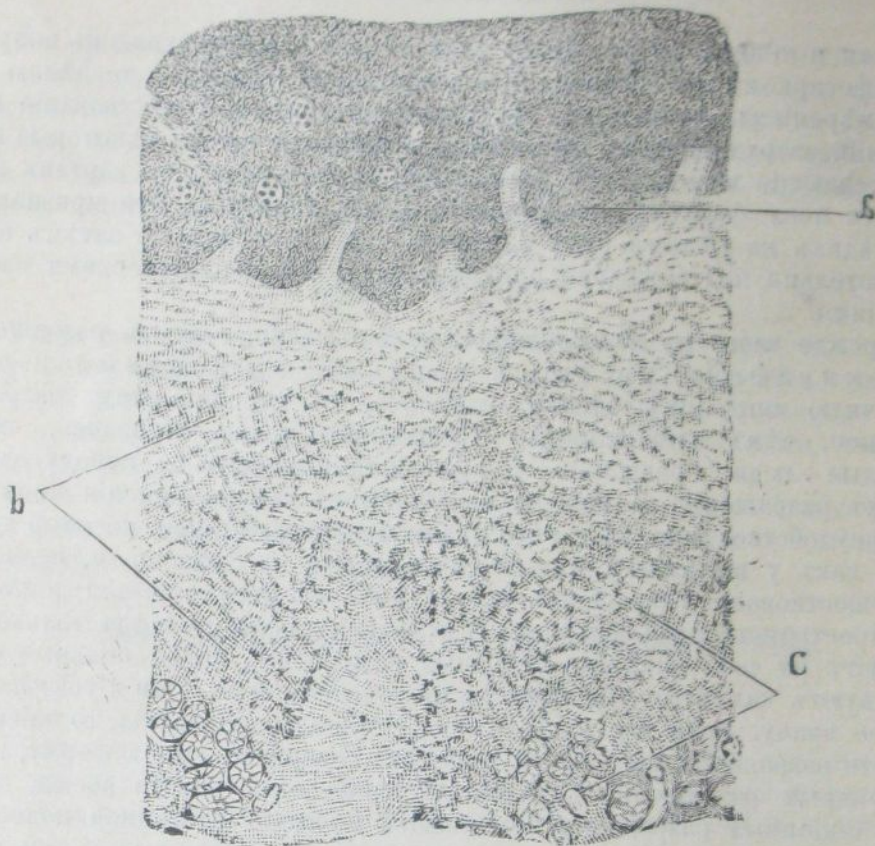
### Симптоматологія.

Если я теперь по истеченіи ряда лѣтъ снова приступаю къ вопросу о лимфосаркомѣ въ гортани и носоглоточной полости, то дѣлаю это съ намѣреніемъ указать на то, что, несмотря на существованіе изъязвленій, затрудняющихъ діагнозъ, я подмѣтилъ все же нѣкоторые признаки, дающіе возможность распознать лимфосаркому въ гортани и въ полости носа безъ микроскопическаго изслѣдованія. Эти признаки я прослѣдилъ на цѣломъ рядѣ случаевъ, гдѣ распознаваніе затѣмъ было окончательно подтверждено послѣдующими микроскопическими изслѣдованіями.

Прежде всего въ носоглоточной полости существуютъ разращенія, напоминающія по своей картинѣ аденоидныя и т. н. глоточную миндалину; однако, оказалось, что строеніе этихъ разращеній иное, чѣмъ аденоидныхъ. Чрезвычайно рѣдко случалось, чтобы взрослые люди обращались за врачебной помощью по поводу аденоидныхъ разращеній. У молодыхъ субъектовъ эти разращенія причиняютъ неудобство лишь тѣмъ, что дѣлаютъ непроходимыми носовые ходы, тогда какъ у взрослыхъ такого послѣдствія не бываетъ и, несмотря на существованіе разращеній, всегда еще въ носу остается достаточное пространство для дыханія. У взрослыхъ поэтому тогда только обращаютъ на себя вниманіе подобныя разращенія, когда больные сами чувствуютъ какую-то перемѣну въ носоглоточной полости и указываютъ на нее врачу. Если изслѣдовать посредствомъ ощупыванія, то найдемъ, что эти разращенія плотнѣе и имѣютъ совершенно иную форму, чѣмъ аденоидныя разращенія у молодыхъ субъектовъ. Въ то время, когда грануляціонныя разращенія проникаютъ въ глубь глоточной полости и достигаютъ язычка, дѣло доходитъ уже до изъязвленія, при чемъ процессъ успѣваетъ спуститься изъ глоточнаго свода по обѣимъ сторонамъ глотки. Какъ образуются изъязвленія, этого я не знаю. Въ то же самое время больные начинаютъ жаловаться на ненормальную чувствительность, при чемъ обыкновенно примѣняется неправильное лѣченіе подобныхъ изъязвившихся разращеній, благодаря ложному діагнозу. Только тогда, когда, несмотря на тщательное мѣстное лѣченіе и на примѣненіе ртути и іодистаго калия, я не получалъ никакого улучшенія въ болѣзненномъ процессѣ и замѣтилъ даже нѣкоторое увеличеніе язвъ, я приходилъ къ заключенію, что имѣю дѣло съ злокачественнымъ новообразованиемъ; такъ какъ въ этой области я никогда не встрѣчалъ другихъ новообразованій, кромѣ рака или круглоклеточной саркомы, то я, отказавшись отъ распознаванія „сифилиса“, ставилъ діагнозъ того или другого злокачественнаго новообразованія. Въ большинствѣ случаевъ, однако, больные не подвергались у меня дальнѣйшему лѣченію.

## Казуистика.

Наблюдавшийся в моей клинике случай касался 33-летней прачки, которая за 6 месяцев до своего поступления в больницу (3 февраля 93 г.) подверглась операции вследствие рака грудной железы. В течение 6 недель постепенно развивалась непрерывно усиливавшаяся одышка. Status praesens: При передней риноскопии не найдено ничего ненормального.



Фиг. 54.—*a* эпителий; *b* инфильтрация лимфатическими клетками; *c* железы подвергшіяся огчасти слизистому перерожденію.

Слизистая оболочка рта и глотки имѣетъ блѣдный цвѣтъ. Обѣ миндалевидныя железы сильно увеличены въ объемѣ и достигаютъ величины голубиного яйца, въ нижней части правой миндалевидной железы находится кратерообразная ямка съ инфильтрированными и огчасти рубцовыми краями; фолликулы на корнѣ языка значительно утолщены и мѣстами сливаются между собой. Задняя стѣнка глотки усѣяна многочисленными продолговатыми возвышеніями и узлами, идущими снизу вверхъ параллельно другъ другу; эти узлы нѣсколько возвышаются надъ уровнемъ слизистой оболочки. При задней риноскопии найдено, что эти возвышенія и узлы продолжаютъ вплоть до основанія черепа. Хоаны не заложены: слизистая оболочка здѣсь блѣдна. Задняя и верхняя поверхности мягкаго нѣба покрыты узлами, напоминающими узлы на задней стѣнкѣ глотки. Свободный край мягкаго нѣба, особенно возлѣ язычка, сильно утолщенъ и при фонаціи движется не такъ свободно; этотъ инфильтратъ продол-

жается на дужки и на правой нёбно-глоточной дужкѣ достигаетъ sinus pyriformis.

Гортань, подобно глоткѣ, имѣетъ блѣдный видъ. Надгортанникъ сильно утолщенъ, увеличенъ въ объемъ и у своего основанія въ области petiolus представляетъ бугристый инфильтратъ, который тянется до мѣста схождения голосовыхъ связокъ; черпало-надгортанныя связки отчетно вздуты, при чемъ на правой близъ sinus pyriformis находится нѣсколько узелковъ величиною въ печное зерно.

Боковые стѣнки гортани и ложныя голосовыя связки инфильтрированы. Настоящія голосовыя связки имѣютъ бѣловато-сѣрый цвѣтъ, гладки и вполне подвижны. Подъ ними съ обѣихъ сторонъ находятся 2 толстыхъ возвышенія, которыя при глубокомъ дыханіи отдѣляются отъ связокъ мелкими бороздками: послѣднія впереди выражены сильнѣе, такъ что здѣсь получается узкая щель, шириною въ нѣсколько миллиметровъ. Слизистая оболочка на этихъ возвышеніяхъ имѣетъ бѣловато-красноватый цвѣтъ и гладкую поверхность. Въ дыхательномъ горлѣ, насколько оно доступно осмотру, ничего ненормальнаго нѣтъ.

При выслушиваніи и выстукиваніи легкихъ найдено было только нѣсколько сухихъ хриповъ и слегка притупленный тонъ въ области, простирающейся отъ рукоятки грудины до прикрѣпленія 3-го ребра.

„Несмотря на то, что пациентка явилась въ клинику съ диагнозомъ рака грудной железы, мы не могли не усомниться въ правильности распознаванія, такъ какъ ея настоящее состояніе не вполне согласовалось съ такимъ диагнозомъ. Въ виду этого мы рѣшились вырѣзать кусочекъ инфильтрата изъ глотки для гистологическаго изслѣдованія. Къ сожалѣнію, у пациентки еще до биопсїи наступилъ тяжелый приступъ одышки, такъ что пришлось произвести поспѣшно трахеотомию, которая не сопровождалась никакими осложненіями. Вскрѣвъ послѣ этого у пациентки наступило улучшение, но уже вечеромъ того же дня (8) сдѣлался коллапсъ, и больная скончалась.

Вскрытіе, произведенное на слѣдующій день, показало, что диагнозъ рака дѣйствительно былъ ошибоченъ.

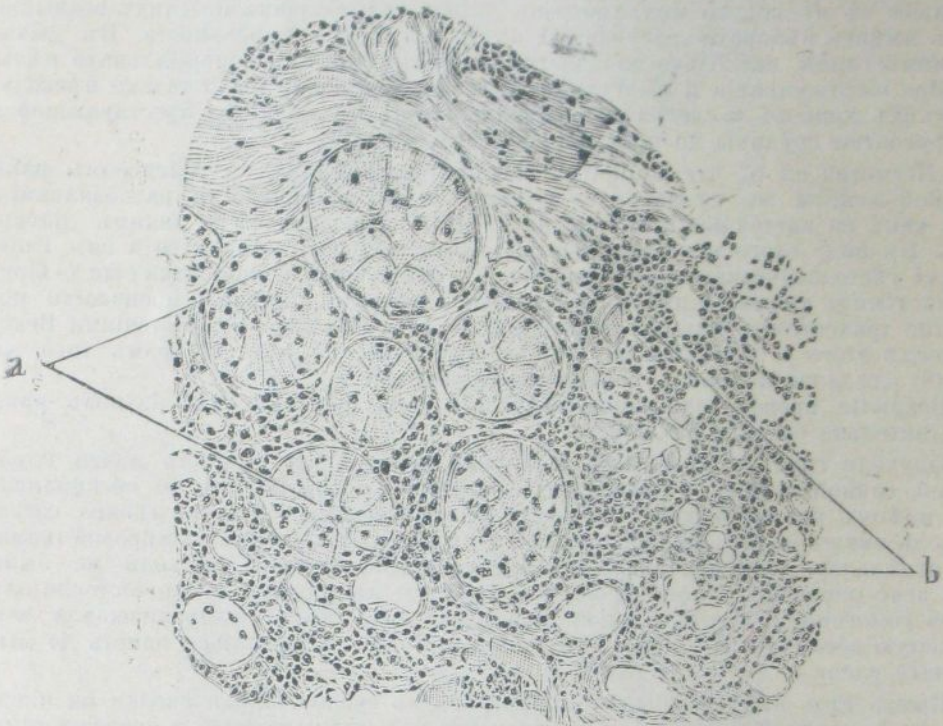
Опухоли грудной железы состояли изъ твердой, на разрѣзѣ почти гомогенной, сочной ткани, съ поверхности разрѣза которой все же не соскабливалось ножомъ никакого сока. Въ кожѣ, за исключеніемъ области лѣваго соска, опухоль оканчивалась рѣзкой границей у фасціи, тогда какъ въ жировой ткани, гдѣ отдѣльныя дольки подверглись инфильтраціи, границы опухоли не были такъ ясно очерчены. Инфильтраты въ глоткѣ и въ гортани также состояли изъ бѣлой гомогенной, почти сальной массы, которая мѣстами пронизывала всю слизистую оболочку и отчасти подслизистую ткань и проникла вплоть до мышечнаго слоя.

Кромѣ того, найденъ былъ инфильтратъ въ средостѣнніи и узелки на плеврѣ и на перикардїи: верхнія яремныя и правыя подмышечныя и средостѣнныя железы также были инфильтрированы“.

Гистологическое изслѣдованіе также подтвердило, что дѣло идетъ о случаѣ лимфосаркомы. Послѣдняя развилась изъ глоточныхъ образований, содержащихъ лимфатическіе фолликулы, и, во-первыхъ, перешла на гортань, гдѣ вслѣдствіе образовавшихся сильныхъ припуханій подъ голосовыми связками наступили рѣзкія явленія стеноза, а во-вторыхъ, привела къ развитію метастазовъ въ обѣихъ грудныхъ железахъ, въ кожѣ на груди, въ средостѣнніи, на плеврѣ, перикардїи и, наконецъ, въ яремныхъ, средостѣнныхъ и правыхъ подмышечныхъ железахъ.

Эпителий на слизистой оболочкѣ повсюду сохранился и образуетъ рѣзкую границу съ подлежащимъ инфильтратомъ. Подъ эпителиемъ вся слизистая оболочка представляетъ почти равномерную, разлитую и сильную инфильтрацію мелкими круглыми кѣтками, которыя по своей величинѣ и формѣ соответствуютъ лимфатическимъ тѣльцамъ. Между этими кѣтками можно различить нѣжный соединительно-тканый остовъ. Инфильтрація заходитъ также въ подслизистую ткань, но постепенно уменьшается, обнуриваясь подъ конецъ лишь отдѣльными полосами.

Существованіе многихъ подобныхъ полосчатыхъ инфильтратовъ, состоящихъ изъ такихъ же мелкихъ круглыхъ клѣтокъ, служитъ яснымъ доказательствомъ, что они расположены въ преформированныхъ ходахъ (лимфатическихъ сосудахъ). Полосчатая инфильтрація проникаетъ въ железы и достигаетъ здѣсь на нѣкоторыхъ мѣстахъ, особенно между отдѣльными дольками и вокругъ выводныхъ протоковъ, значительной толщины. Мѣстами инфильтрація, пройдя черезъ железы, проникаетъ въ мышечный слой. Въ железахъ наступило сильное слизистое перерожденіе.



Фиг. 55.—*a* перерожденныя железы; *b* инфильтрація изъ лимфатическихъ тѣлецъ.

13 апрѣля 1891 г. явилась ко мнѣ г-жа F. Sch., 22 лѣтъ отъ роду, жена директора банка изъ Салоникъ, живущая въ Константинополь. Она была чрезвычайно красивая рыжая женщина, но отличалась такой необыкновенной блѣдностью, какую можно видѣть только при перниціозной анеміи.

Пациентка сообщила, что она уже втеченіе многихъ лѣтъ страдаетъ сильнымъ насморкомъ. Проподимость носа была совершенно уничтожена, и произношеніе стало гнусливымъ; даже при незначительномъ отодвиганіи мягкаго нѣба можно было видѣть выступающую бѣловато-красную опухоль. Больная жаловалась на постоянныя головныя боли и наступавшую временами одышку вслѣдствіе задержки носового дыханія, что представляетъ извѣстное намъ уже рефлекторное явленіе. Самая опухоль не представляла особенной плотности и была еще нѣсколько подвижной.

Несмотря на то, что пациентка явилась для операціи, я, имѣя въ виду сильное малокровіе ея, не тотчасъ же приступилъ къ вылученію опухоли, и посоветовалъ, видя настойчивое стремленіе обоихъ супруговъ къ операціи, призвать прежде всего на консиліумъ *Billroth'a*.

Послѣдній высказался въ пользу операціи и предложилъ мнѣ расщепить мягкое нѣбо посрединѣ, чтобы легче можно было удалить опухоль. За доброкачественность опухоли, по мнѣнію *Billroth's*, говорило то, что, несмотря на долготѣе существованіе болѣзни, нигдѣ нельзя было найти припуханія лимфатическихъ железъ, ни на затылкѣ, ни на шеѣ, ни подъ челюстнымъ угломъ. Это обстоятельство доказывало также, что, несмотря на сильно выраженную анемию, дѣло не дошло ни до лейкеміи, ни до псевдолейкеміи, и что мы, по всей вѣроятности, имѣли здѣсь дѣло съ громадными разраженіями аденоидной ткани.

15 апрѣля я сдѣлалъ операцію, при чемъ расщепилъ мягкое нѣбо не посрединѣ, а съ боку. Хотя я зналъ, что расщепленіе по срединѣ дало бы мнѣ больше доступа къ опухоли, но, съ другой стороны, я имѣлъ въ виду, что гнусливое произношеніе, на которое пациентка жаловалась, усилилось бы отъ подобнаго способа операціи. Въ виду этого я передъ удаленіемъ опухоли расщепилъ мягкое нѣбо на лѣвой сторонѣ, непосредственно у мѣста перехода въ дужку, оттянулъ его и получилъ возможность свободно осмотрѣть полость глотки. Я долженъ тутъ же упомянуть, что выгоду бокового расщепленія я узналъ на опытѣ въ случаяхъ сифилитическихъ поражений.

Такъ, если гумозное новообразованіе у сифилитика распадается на средней линіи мягкаго нѣба и прорастаетъ его въ этомъ мѣстѣ, такъ что оно кажется какъ бы расщепленнымъ, то *mm. constrictores pharyngis*, насколько они еще сохранились, растягиваютъ обѣ половины влѣво и вправо, такъ что потеря вещества становится еще большей, и произношеніе становится гнусливымъ. Съ другой стороны, я наблюдалъ, что если мягкое нѣбо вслѣдствіе распаденія гумознаго образованія расщеплено сбоку, и если образовалось даже довольно большое отверстіе, то произношеніе все же оставалось еще хорошимъ.

Въ виду этихъ данныхъ я вознамѣрился посредствомъ бокового расщепленія достигнуть здѣсь улучшенія рѣчи. Я вошелъ въ носоглоточное пространство при помощи большихъ щипцовъ, ширина которыхъ почти равнялась мягкому нѣбу. Щипцы открывались сзади напередъ, т. е. въ поперечномъ, а не въ сагитальномъ направленіи. Такимъ образомъ мнѣ удалось захватить большую часть опухоли у мѣста ея прикрѣпленія. Дыханіе стало болѣе свободнымъ, рѣчь менѣе гнусливой, но слѣдуетъ замѣтить тутъ же, что кровотеченіе во время операціи было ужасающимъ. *Billroth*, присутствовавшій при операціи, и я съ большимъ трудомъ только остановили кровотеченіе. Можно было опасаться, что пациентка, которая и безъ того была анемична, не перенесетъ такую страшную потерю крови. слѣдуетъ замѣтить, кромѣ того, что операція была произведена безъ наркоза, такъ какъ я не желалъ вызвать во время хлороформоваго наркоза обморока, который такъ часто бываетъ у подобныхъ слабыхъ субъектовъ. Пациентка перенесла операцію съ удивительнымъ терпѣніемъ.

Мы остановили кровотеченіе при помощи іодоформовой марли и канифоли, прибѣгнувъ къ плотной механической тампонаціи. Поверхность разрѣза на мягкомъ нѣбѣ обнаружила склонность къ заживленію; носъ сталъ проходимымъ, а рѣчь перестала быть гнусливой. Больная и ея супругъ были болѣе довольны успѣхомъ операціи, чѣмъ я: послѣ удаленія опухоли я поручилъ произвести гистологическое изслѣдованіе въ патолого-анатомическомъ институтѣ и получилъ отвѣтъ, что здѣсь дѣло шло не о ракъ, а о лимфосаркомѣ.

Выздоровѣвъ на видъ, пациентка оставила санаторій *Löw's*, гдѣ она подверглась операціи, 27 апрѣля 1891 г. и возвратилась въ Константинополь. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ я получилъ отъ лѣчившаго ее врача англійскаго посольства въ Константинополь извѣстіе, что наступилъ рецидивъ. Пациентка хотѣла вновь пріѣхать въ Вѣну, чтобы подвергнуться операціи, но я отклонилъ это предложеніе. Больная прожила послѣ операціи годъ и затѣмъ умерла. слѣдуетъ замѣтить еще, что опухоль развилась только на глоточномъ сводѣ и на стѣнкахъ глотки, тогда какъ мягкое нѣбо и дужки были ею пощажены.

Лѣтомъ 1892 года ко мнѣ обратился Г. L., молодой человекъ, 32 лѣтъ, оберъ-лейтенантъ инженернаго корпуса. Пациентъ имѣлъ очень блѣдный видъ и тотчасъ же сообщилъ мнѣ, что военный врачъ лѣчилъ его всевозможными средствами уже долгое время отъ болѣзни глотки.

Исследование показало присутствие обширного изъязвления на задней стѣнкѣ глотки позади мягкаго нѣба. Язва была значительной ширины и занимала большую часть задней глоточной стѣнки; она отличалась по своему цвѣту и была покрыта налетомъ, а противолежащая стѣнка мягкаго нѣба подверглась отечному припуханію.

Произведя осмотръ при помощи риноскопа, я тотчасъ же пришелъ къ мысли о существованіи сифилитическаго процесса. На мой вопросъ больной отвѣтилъ, что онъ страдалъ сифилисомъ и долгое время лечился отъ него. Давныя относительно примѣнявшагося противосифилитическаго леченія показали, кромѣ того, что онъ получалъ наружныя и внутреннія специфическія средства, но не подвергался въ то же время мѣстному леченію глотки. Это обстоятельство послужило для меня основаніемъ принять, что примѣннаго до сихъ поръ леченія было недостаточно, а что слѣдовало бы въ то же время назначить мѣстные средства для излеченія язвы позади мягкаго нѣба. Это предложеніе было принято пациентомъ, и я началъ мѣстное леченіе при помощи прижиганій ляписомъ *in substantia*, который я вводилъ туда посредствомъ искривленнаго зонда. Однако, пациентъ являлся ко мнѣ неправильно, черезъ большіе промежутки времени, и во время одного изъ визитовъ я сказалъ ему, что подобное противосифилитическое леченіе будетъ бесполезно и безцѣльно, такъ какъ необходимо, чтобы онъ подвергся систематическому леченію въ какомъ-либо учрежденіи, хотя бы потому, что, по его же словамъ, онъ находится въ весьма щекотливыхъ обстоятельствахъ, такъ какъ сдѣлался женихомъ и долженъ излѣчиться по возможности скорѣе. Это, само собой разумѣется, послужило для меня новымъ основаніемъ настаивать на леченіи въ какомъ-либо учрежденіи. Съ этихъ поръ я пациента больше не видалъ. Онъ тѣмъ временемъ обратился къ товарищу *Ch.*, изъ сообщенія котораго я заимствовалъ указанія относительно дальнѣйшаго теченія. При изслѣдованіи, произведенномъ 30 сентября 1892 г., на правой половинѣ задней стѣнки глотки находилась язва съ толстымъ бѣловатымъ налетомъ, которая простиралась отъ середины носоглоточнаго пространства до входа въ гортань и распространялась на правую заднюю дужку и заднюю поверхность мягкаго нѣба. Коллега *Ch.* также счелъ въ то время эту язву сифилитической; мѣстнаго леченія онъ не производилъ въ виду связанныхъ съ этимъ сильныхъ болей. 8 октября, послѣ того какъ уже верхняя часть язвы зажила нѣсколько дней тому назадъ, прописано было 2,0 юдистага калия *pro die*, при чемъ послѣдній переносился больнымъ хорошо. Черезъ нѣсколько дней верхній край язвы оказался сильно припухшимъ и получилъ бѣловато-красный цвѣтъ; подобное же измѣненіе, хотя въ меньшей степени, наступило на краю задней правой нѣбной дужки. Вырѣзанный 13 октября кусочекъ для гистологическаго изслѣдованія показалъ существованіе лимфосаркомы. Въ послѣднія 2 недѣли язва закрылась, но инфильтрація правой задней дужки въ своей верхней части оставалась замѣтной въ видѣ бѣлыхъ мѣстъ, величиною въ чечевицу; въ нижнихъ частяхъ наступило быстрое изъязвленіе, которое въ послѣдующіе дни при явленіяхъ лихорадки, припуханія и покраснѣнія мягкаго нѣба, распространилось на всѣ инфильтрированныя части. Такимъ образомъ всѣ инфильтраты превратились въ язвы и отторгались въ видѣ отратительныхъ массъ, при чемъ подобныя язвы образовались также на лѣвой задней дужкѣ, на задней стѣнкѣ глотки и на всей задней поверхности мягкаго нѣба. Затѣмъ образовались инфильтраты въ носоглоточной полости, при чемъ болѣзнь протекала такъ, что заживленіе язвъ и новое появленіе инфильтратовъ чередовались между собой, несмотря на назначенное съ ноября мѣсяца леченіе Фовлеровымъ растворомъ.

Въ концѣ ноября появились узлы, величиною въ орѣхъ, на правой сторонѣ носоглоточной полости и на нижнемъ концѣ лѣвой задней нѣбной дужки, которые вкорѣ же изъязвились. Въ началѣ января 1893 г. подъ лѣвымъ челюстнымъ угломъ обнаружилось припуханіе железы, которая достигла величины орѣха, имѣла плотную консистенцію и была болѣзненна; послѣ кратковременной припухлости лѣвой щеки 6 января на этой сторонѣ наступилъ полный параличъ лицевого нерва. Въ послѣдующія недѣли мягкое нѣбо и задняя часть твердаго нѣса превратились въ темно-красныя объемистые бугры. Такія же разращенія образовались въ носоглоточной полости. Въ концѣ января вся носоглоточная полость была заложена этими разращеніями, при чемъ наступило значительное выпячиваніе *fossa canina*.

Разраженія стали съ этого времени увеличиваться и распространяться далѣе; наступили сильныя затрудненія глотанія, жестокия головныя боли, выпячиваніе лѣваго глаза изъ глазницы съ временными потерями сознанія.

17 января у пациента наступилъ эпилептической приступъ и значительный упадокъ силъ, такъ что его большею частью приходилось кормить при помощи зонда. Припухшая железа подъ лѣвымъ челюстнымъ угломъ тѣмъ временемъ вскрылась, и при этомъ вытекло много гноя.

Наконецъ, вскорѣ на лѣвой сторонѣ наступила полная слѣпота и глухота и входъ въ зѣвъ былъ въ высокой степени суженъ опухолью; пациентъ умеръ внезапно 18 марта 1893 г.

При вскрытіи найдены были, кромѣ мѣстныхъ явленій, метастазы въ железахъ porta hepatis, брыжейки, ретроперитоніальнаго пространства и въ поджелудочной железнѣ.

Одинъ изъ моихъ товарищей, депутатъ W, лѣтомъ 1893 г. обратился ко мнѣ съ жалобой на непріятныя болѣзненные ощущенія въ горлѣ. При осмотрѣ я не нашелъ въ глоткѣ и въ гортани ничего ненормальнаго. При ринологическомъ изслѣдованіи я открылъ, что позади мягкаго нѣба на задней верхней стѣнкѣ глотки, какъ разъ по средней линіи, существовала довольно глубокая язва. Далѣе кверху слизистая оболочка, равно какъ задняя стѣнка мягкаго нѣба были припухши. Такъ какъ я не нашелъ никакихъ другихъ измѣненій, то я предположилъ, что эта язва представляетъ собой остатокъ сифилиса, потому что я довольно часто встрѣчалъ подобные случаи у старыхъ сифилитиковъ. Я уступилъ желанію пациента подвергнуться мѣстному лѣченію и сталъ прижигать измѣненныя мѣста ляписомъ,—повидимому, съ успѣхомъ. По крайней мѣрѣ, онъ заявлялъ, что послѣ нѣсколькихъ прижиганій онъ сталъ чувствовать себя лучше. Такъ какъ я черезъ нѣсколько недѣль, когда онъ ко мнѣ вновь явился, не нашелъ никакого объективнаго улучшенія, то я предложилъ ему специфическое лѣченіе. Однако, онъ упорно отрицалъ у себя сифилисъ и, когда я заявилъ ему о своей увѣренности въ этомъ, онъ, сославшись на нашу старую дружбу, сказалъ мнѣ: „даю тебѣ честное слово, что никогда не имѣлъ сифилиса“. При такихъ условіяхъ я ограничился назначеніемъ иодиатаго калия. Однако, онъ его очень дурно переносилъ и получилъ сильный острый насморкъ и жестокия боли въ затылкѣ. Въ виду старыхъ товарищескихъ отношеній эта неудача поставила меня въ очень непріятное положеніе, и я заявилъ больному, что теперь ничего не остается, какъ подвергнуться втираніямъ. Онъ не рѣшился на это и пересталъ ко мнѣ являться. Черезъ нѣсколько недѣль, я снова его увидѣлъ. Онъ сильно похудѣлъ, имѣлъ чрезвычайно анемическій видъ, а язва стала еще больше, чѣмъ прежде. Когда я снова повторилъ, что мѣстное лѣченіе не дастъ никакого результата, и что я надѣюсь только на общее лѣченіе, онъ опять пересталъ ходить ко мнѣ.

По истеченіи приблизительно 2 мѣсяцевъ больной обратился къ моему товарищу профессору Ch., который получилъ такимъ образомъ возможность продолжать мои наблюденія. Изъ его сообщеній я приведу здѣсь самыя главныя данныя относительно дальнѣйшаго теченія болѣзни.

При изслѣдованіи на задней стѣнкѣ глотки найдена была плоская широобразная опухоль, занимавшая почти всю стѣнку, простиравшаяся въ ширину на одинъ сантиметръ и имѣвшая желтовато-красный цвѣтъ. Опухоль, изъязвившаяся вверху, закрывала хоаны и устья трубъ. При гистологическомъ изслѣдованіи вырѣзаннаго кусочка найдено было существованіе лимфосаркомы. Тотчасъ же назначено было внутреннее лѣченіе мышьякомъ и стали производиться вырыскиванія въ опухоль; нѣсколько позже, приблизительно въ серединѣ декабря, опухоль была удалена посредствомъ выскребыванія въ нѣсколько сеансовъ, и хоаны такимъ путемъ совершенно освободились. Но сильная головная боль и боль въ ушахъ оставались, такъ что въ виду этого стали примѣняться смазыванія кокаиномъ носоглоточнаго пространства. 3 февраля послѣдовало опять частичное удаленіе рецидивировавшихъ опухолей. Остатки ихъ исчезъ самопроизвольно. Черезъ нѣкоторое время, однако, снова обнаружилась плоская опухоль на задней стѣнкѣ глотки, простиравшаяся вплоть до входа въ гортань. На обѣихъ нѣбныхъ дужкахъ съ каждой стороны образова-

лись узлы, величиною въ орѣхъ. Эти опухоли около середины апрѣля исчезли по дѣлу вприскиванія Фовлерова раствора и піоктанина. Въ концѣ апрѣля внезапно наступила сильная лихорадка съ потрясающимъ ознобомъ, продолжавшаяся при значительныхъ ремисіяхъ около 14 дней. На задней стѣнкѣ глотки выше нѣба образовалась новая опухоль, которая самопроизвольно вскрылась и выдѣлила отвратительнаго вида плотную пробку, представлявшую собой, очевидно, часть *lig. longitudin. vertebr. antic.* Упадокъ силъ и потрясающій ознобъ продолжались; на обѣихъ сторонахъ наступило гнойное воспаление среднего уха, которое вскорѣ ослабло. 8 мая внезапно парализовалась лѣвая половина языка, а 12 мая наступилъ полный параличъ языка.

Вслѣдствіе возрастающаго упадка силъ и невозможности глотанія 18 мая наступила смерть при явленіяхъ потери сознанія. Въ послѣднее время передъ смертью на нижней части задней стѣнки глотки были замѣтны небольшія опухоли, но на шеѣ снаружи не было припуханія железъ.

Эти двѣ послѣднія исторіи болѣзни показываютъ, что въ началѣ заболѣванія нѣтъ никакихъ руководящихъ данныхъ для распознаванія лимфосаркомы. Слизистая оболочка бываетъ обыкновенно припухша, и на ней находится язва. Подобные признаки несомнѣнно говорятъ также въ пользу сифилиса, который я и предполагалъ въ нѣкоторыхъ подобныхъ случаяхъ.

Послѣ того, какъ я съ большимъ вниманіемъ и интересомъ прочиталъ статью *Kundrat'a*, а еще болѣе, когда я просмотрѣлъ приготовленные имъ препараты, меня особенно поразилъ одинъ изъ послѣднихъ. Дѣло шло объ инфильтраціи на значительномъ протяженіи большой кривизны желудка; инфильтрація занимала всю стѣнку и простиралась вплоть до привратника. Эта лимфосаркома желудка имѣла такой видъ, какъ будто бы она состояла изъ мутнаго стекла. Она была такъ плотна и такъ толста, что я невольно сравнилъ ее со стеклянными пластинками, которыя употребляются для крышекъ. На поверхности находились небольшіе бугры. Стекло, съ которымъ я сравнилъ лимфосаркому, также не вполне прозрачно, но и не мутно, а пропускаетъ все еще свѣтъ.

Другіе препараты, которые *Kundrat* демонстрировалъ мнѣ, вполне подтверждаютъ его описаніе и показываютъ, что инфильтрація окружаетъ всю часть органа или весь органъ и пронизываетъ его, такъ что онъ становится плотнымъ и толстостѣннымъ. Если это наступаетъ въ дыхательномъ горлѣ, то оно превращается въ толстостѣнную трубку, при чемъ при дальнѣйшемъ разращеніи лимфоидной ткани просвѣтъ его окончательно исчезаетъ.

Эти прогрессирующія разращенія и инфильтрація наипоминаютъ мнѣ одинъ случай, который я наблюдалъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ моей клинической амбулаторіи, и который я показалъ *Kundrat'у*. Этотъ въ то время еще не выясненный случай, который не могъ быть отнесенъ ни на счетъ туберкулеза, ни на счетъ рака, ни на счетъ лейкеміи, сохранился въ моихъ воспоминаніяхъ и былъ занесенъ даже въ книгу. Какъ это видно изъ прилагаемыхъ исторій болѣзни, я вырѣзала кусочекъ разращенія для гистологическихъ изслѣдованій и сохраняла до сихъ поръ препараты.

Когда я въ послѣднее время особенно занялся вопросомъ о лимфосаркомѣ, мнѣ представился второй случай, исторію котораго я такъ же сообщаю ниже, и который протекъ совершенно аналогично пер-



тому случаю; позднѣйшія гистологическія изслѣдованія показали, что инфильтрація представляла собой рѣзкій случай начальной лимфосаркомы въ глоткѣ и въ гортани. Это былъ несомнѣнно первый случай лимфосаркомы, распознанный и демонстрированный *in vivo*.

Относительно этихъ двухъ случаевъ лимфосаркомы, которые мы ниже сообщимъ, важно отмѣтить еще то обстоятельство, что припуханіе инфильтрата совершенно прекращается на границѣ Морганьева желудка. Въ одномъ случаѣ рѣчь оставалась совершенно нормальной, и истинныя голосовыя связки были нетронуты. Это обстоятельство представляетъ цѣнный признакъ для исключенія рака гортани. Я уже указывалъ, говоря о вылушеніи рака гортани, что до тѣхъ поръ, пока ракъ сосредоточивается только въ щитовидномъ хрящѣ, никогда не бываетъ инфильтраціи лимфатическихъ железъ. Точно также при ракѣ голосовыхъ связокъ я никогда не наблюдалъ метастазовъ. Уже тогда я высказалъ предположеніе, что это стоитъ въ зависимости отъ развѣтвленія лимфатическихъ путей, и что при лимфосаркомѣ дѣло обстоитъ, повидимому, такъ же, потому что это новообразование, въ свою очередь, преимущественно распространяется по лимфатическимъ путямъ.

6 іюня 1883 г. пришла въ мою амбулаторію *Cäcilie W.*, дѣвушка, 18 лѣтъ отъ роду. По ея рассказамъ, она годъ тому назадъ страдала болями въ горлѣ, относительно которыхъ она не могла сообщить никакихъ подробностей, такъ какъ онѣ вскорѣ исчезли. Съ этихъ поръ у нея осталось нѣкоторое непріятное ощущеніе въ горлѣ и, какъ она выражалась, „сильное отдѣленіе слизи“.

*Status praesens*: дѣвушка представляетъ очень нѣжное тѣлосложеніе и блѣдную окраску покрововъ; изслѣдованіе всего тѣла не открываетъ никакихъ признаковъ предшествовавшаго заболѣванія. При физическомъ изслѣдованіи легкихъ нигдѣ не найдено ни катаррального процесса, ни туберкулезной инфильтраціи. Изслѣдованіе горла обнаружило чрезвычайно рѣзко выраженное измѣненіе, никогда еще до этихъ поръ не наблюдавшееся мною: начиная отъ мягкаго нѣба вплоть до гортани существовало равномерное отеочное припуханіе. Этотъ терминъ, „отеочное припуханіе“, которое вообще считается результатомъ сильнаго остраго воспаленія, не совсѣмъ, впрочемъ, подходилъ къ данному случаю. Начиная отъ мягкаго нѣба, соотвѣтственно обѣмъ дужкамъ, находилась равномерная инфильтрація, которая спускалась до *ligamentum glosso-epiglottideum* и до складки, которая идетъ по боковой поверхности гортани къ глоткѣ. Надгортанникъ также былъ инфильтрированъ и утолщенъ, какъ и обѣ дужки, при чемъ инфильтрація распространялась отъ надгортанника на обѣ черпало-надгортанныя связки. Слизистая оболочка обѣихъ черпаловидныхъ хрящѣ была инфильтрирована и выдавалась въ видѣ купола. Нормальными оставались только голосовыя связки. Корень языка припухъ, и фолликулы его были значительно увеличены. Общій видъ представлялъ собой такую инфильтрацію, которую нельзя было назвать отекомъ; я вообще никогда еще не наблюдалъ подобной инфильтраціи, которая всегда оставалась въ одномъ и томъ же состояніи безъ всякихъ воспалительныхъ явленій. Въ такомъ положеніи больная находилась уже больше года, при чемъ всѣ средства, направленные къ устраненію этой припухлости, остались безуспѣшными. Вся картина напоминала собой общую гипертрофію глотки и гортани. Между различными другими предположеніями мнѣ пришла мысль, не лежитъ ли въ основѣ этого процесса сифилисъ, но какъ анамнезъ, такъ и обстоятельное изслѣдованіе не дали никакихъ данныхъ для подобнаго діагноза. Больная была *virgo intacta* и, по словамъ ея и сопровождавшаго ее брата, который самъ былъ врачомъ, никогда не приходила ни съ кѣмъ въ болѣе близкое общеніе. Въ виду этого діагноза сифилиса слѣдовало совершенно отвергнуть. Бугорчатку можно было исключить по виду больной и по отсутствію какихъ-либо объективныхъ признаковъ.

Картина, которую представляли отечно припухшія глотка и гортань, могла, по моему взгляду, объясняться только существованіем лимфатической инфильтраціи. После того как больная в течение цѣлаго года находилась у меня въ пользованіи, я показалъ ее тогда моему покойному другу, профессору *Kundraty*, который въ свою очередь заявилъ, что онъ никогда не видалъ ничего подобнаго; такъ какъ не было никакихъ воспалительныхъ явленій, а инфильтратъ имѣлъ синевато-сѣрый или желтоватый цвѣтъ, то онъ также высказался за существованіе лимфатическаго инфильтрата, возникшаго отъ неизвѣстной причины. Однако, чтобы добиться болѣе точнаго распознаванія, я вырѣзалъ изъ припухшей лѣвой нѣбно-язычной дужки кусочекъ, уплотнилъ его и приготовилъ цѣлый рядъ срѣзовъ; о микроскопической картинѣ я сообщу впоследствии. Больная в течение послѣдующихъ двухъ лѣтъ неоднократно являлась ко мнѣ на пріемъ; лѣвая дужка зажила замѣтнымъ рубцомъ. Впоследствии пациентка исчезла изъ моего наблюденія и при запросѣ, посланномъ ей соотечественнику врачу, я получилъ извѣстіе, что она два года спустя умерла. При какихъ условіяхъ наступилъ летальный исходъ, онъ мнѣ не сообщилъ подробно, но высказалъ подозрѣніе относительно туберкулеза.

Гистологическое изслѣдованіе (*Cécilie W.*, лимфосаркома). Кусочки изъ слизистой оболочки глотки представляютъ отчасти совершенно плоскій, сосредоточивающійся лишь въ поверхностныхъ слояхъ, отчасти нѣсколько болѣе глубокой, вѣдряющейся даже въ мускулатуру, инфильтратъ, который состоитъ изъ мелкоклеточной ясновѣтчатой лимфоидной ткани; мѣстами подъ толстымъ ороговѣвшимъ плоскимъ эпителиемъ выступаютъ большіе лимфатическіе фолликулы.

М. Н., 40 лѣтъ отъ роду, замужняя женщина, жена обойщика.

Діагнозъ: *lymphosarcoma palati molli, pharyngis, laryngis.*

Анамнезъ съ 23 мая 1894 г. Пациентка сообщаетъ, что охрипла съ Рождества 1893 г.; она лѣчилась, но улучшенія не наступало, и хрипота даже увеличилась; у нея появилось ощущеніе, какъ будто въ горлѣ у нея что-то припухло, при чемъ она постепенно стала замѣчать, что глотаніе и рѣчь встрѣчали теперь какія-то затрудненія. Болей, однако, у нея не было.

4 недѣли тому назадъ, въ концѣ апрѣля, больная внезапно проснулась ночью съ чрезвычайно сильной одышкой и думала, что задохнется; этотъ припадокъ прошелъ черезъ 10 минутъ. Такой же припадокъ удушья наступилъ внезапно 19 мая ночью, но также прошелъ самъ собою черезъ 10 минутъ.

Пациентка сообщаетъ далѣе, что она со времени своего заболѣванія похудѣла. Она ставитъ это въ связь съ сильными головными болями въ области затылка, которыя в течение года испытывала днемъ и ночью въ видѣ чувства тупого давленія.

Кромѣ того, словомъ со времени ея первой беременности (18 лѣтъ тому назадъ), по ея словамъ, бывали нервные припадки, наступавшіе только по ночамъ и заключавшіеся въ судорожныхъ сокращеніяхъ конечностей и въ громкомъ крикѣ; эти припадки проходили, при чемъ пациентка не сохраняла о нихъ никакого воспоминанія; она узнавала о нихъ всегда лишь отъ своего мужа, или же замѣчала, что опорожнила мочу въ постели, либо находила свой языкъ искусаннымъ. Подобные припадки отдѣлялись другъ отъ друга промежутками въ нѣсколько мѣсяцевъ (часто до 9) и оставляли послѣ себя сильную усталость.

Въ дѣтствѣ у нея была корь, а 15 лѣтъ тому назадъ она перенесла, по видимому, сыпной тифъ.

Она рожала 6 разъ, при чемъ пятеро дѣтей живы и здоровы; четвертый ребенокъ умеръ въ возрастѣ 14 мѣсяцевъ отъ воспаленія легкихъ.

Отецъ пациентки умеръ отъ апоплексіи 67 лѣтъ, а мать—также въ возрастѣ свыше 60 лѣтъ при явленіяхъ психоза (бредъ преслѣдованія).

Сестра ея, бывшая двумя годами старше, умерла послѣ 20-лѣтняго существованія гемиплегія; младшая сестра недавно получила ударъ; братъ умеръ отъ воспаленія легкихъ.

Status praesens съ 28 іюня 1894 г. Пациентка высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія; лицо блѣдно, не худощаво; цвѣтъ лица, по видимому, ранъ

ше былъ лучшимъ, но и въ настоящее время не особенно плохъ. Губы блѣдны, десны припухши и разрыхлены, зубы не совсѣмъ въ порядкѣ. Мускулатура на всемъ тѣлѣ достаточно развита. Пациентка утверждаетъ, что раньше она была гораздо полнѣе, нежели теперь, хотя и въ настоящее время ее нельзя назвать худощавой. Повсюду находится еще достаточное количество жировой подстилки, и мышцы плеча развиты въ надлежащей мѣрѣ. Больная говоритъ, что была такъ слаба, что не могла исполнять домашнихъ работъ. Она ежедневно являлась на приемъ, но могла пройти пѣшкомъ только небольшое разстояніе. При изслѣдованіи кожи нигдѣ нельзя было найти никакихъ рубцовъ; подозрѣніе относительно сифилиса, слѣдовательно, должно быть исключено, тѣмъ болѣе, что нигдѣ не видно было никакого заболѣванія костей.

Носъ проходимъ. Изслѣдованіе носоглоточнаго пространства показываетъ, что, начиная отъ мягкаго нѣба, между листками слизистой оболочки развилось очень своеобразное заболѣваніе, а именно,—между задней и передней поверхностью мягкаго нѣба, между задней и передней поверхностью обѣихъ дужекъ, которыя спускались внизъ по боковой стѣнкѣ глотки. Отсюда инфильтратъ изъ *lig. epiglottideo-pharyngeum* распространился на весь надгортанникъ. На *lig. epiglottideo-arytaenoideum* и на обѣихъ черпаловидныхъ хрящахъ находится инфильтратъ, занимающій всю слизистую оболочку, какъ при остромъ отека голосовой щели. Истинныя голосовыя связки блестяще-бѣлаго цвѣта, но не измѣнены. Отъ *lig. epiglottideo-pharyngeum* инфильтратъ спускается внизъ на слизистую оболочку пищевода вплоть до *fossae pyriformes* обѣихъ сторонъ, а сверху инфильтратъ распространяется до корня языка; лимфатическіе фолликулы на корнѣ языка слились въ довольно равномерную однородную массу.

У пациентки язычекъ имѣлъ необыкновенно большіе размѣры и притомъ былъ раздвоенъ. Онъ былъ отрѣзанъ на 1 сантиметръ для микроскопическаго изслѣдованія. Тотчасъ же послѣ ампутаціи, произведенной посредствомъ гильотины, наступило кровотеченіе, которое на правой сторонѣ было чисто артеріальнымъ, такъ какъ изъ культи брызгала кровь. Не оставалось ничего другаго, какъ остановить кровотеченіе при помощи перевязки язычка; нитка оставалась втеченіе 3 дней на мѣстѣ. При этомъ обнаружился чрезвычайно интересный фактъ, что подъ лигатурой признаки лимфосаркомы исчезли.

Опухоль, какъ выше было указано, занимала всю глотку и гортань, отличаясь совершенно своеобразной желтовато-сѣрой окраской; эта припухлость не имѣла обычнаго цвѣта отечной ткани, т. е. синевато-бѣлаго, и не имѣла той рыхлости, какъ при отека: видно было, что слизистая оболочка вздута вслѣдствіе существованія лимфоиднаго инфильтрата, но при этомъ она оставалась прозрачной и свѣтлой.

Данныя осмотра, произведеннаго 31 августа 1894 г. (при солнечномъ свѣтѣ). При сдѣланномъ мною новомъ осмотрѣ я прибѣгъ главнымъ образомъ къ задней риноскопіи, чтобы убѣдиться, существуетъ ли такой же инфильтратъ, какъ въ глоткѣ и въ гортани, позади мягкаго нѣба. Я нашелъ, что хоаны, окружность трубъ и задняя стѣнка глотки до глоточнаго свода были совершенно нормальны, т. е. тамъ не было ни инфильтраціи, ни припухлости, и окраска была нормальной. Рубецъ на перевязанномъ языкѣ былъ относительно менѣе инфильтрированъ, чѣмъ остальные части; наоборотъ, нѣбно-глоточныя и нѣбно-язычныя дужки оставались столь же инфильтрированными, утолщенными и твердыми, какъ при поступленіи больной.

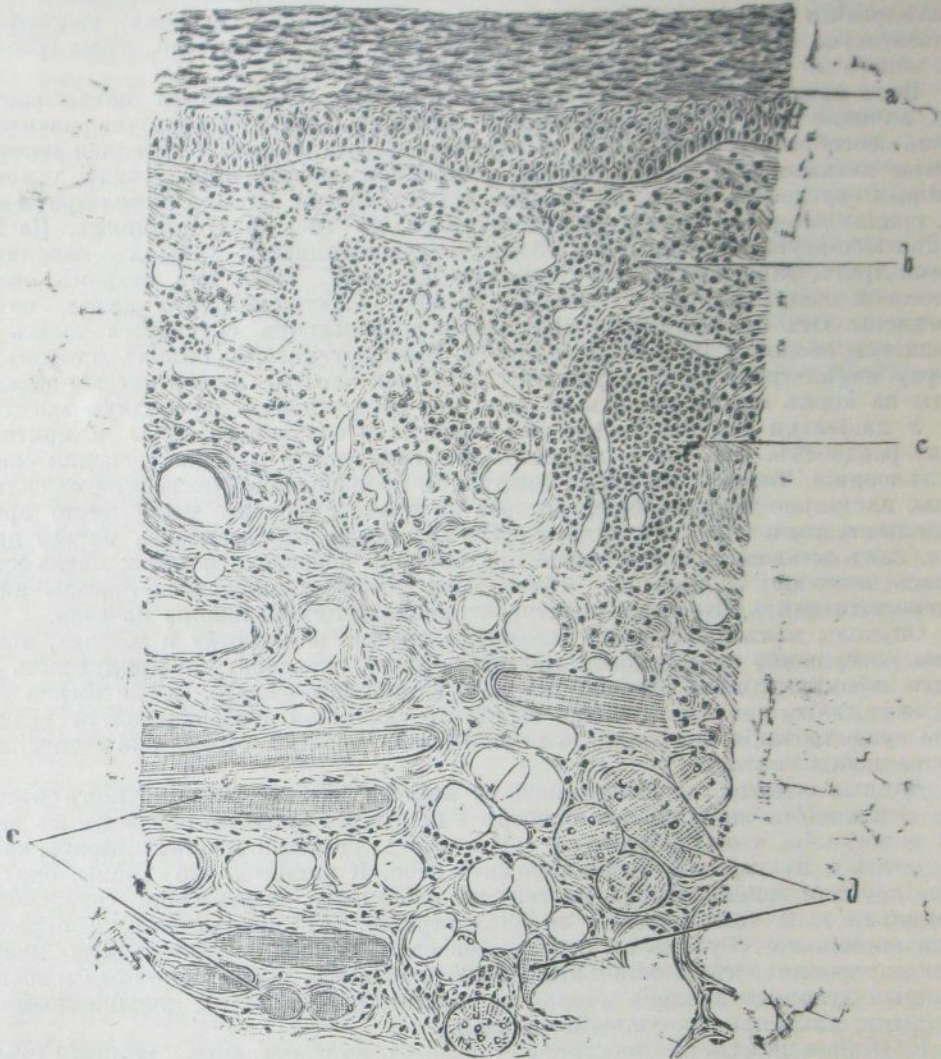
Нѣкоторое измѣненіе наступило только въ надгортанникѣ, который сталъ еще нѣсколько плотнѣе, толще и болѣе гиперемированнымъ, чѣмъ раньше.

То же самое я замѣтилъ на ложныхъ голосовыхъ связкахъ. И здѣсь инфильтрація, равно какъ гиперемія, нѣсколько увеличилась; тогда какъ эти части раньше были плотными, бѣловато-желтаго цвѣта, теперь онѣ имѣли красноватый оттѣнокъ. Слизистая оболочка на обѣихъ черпаловидныхъ хрящахъ, въ особенности по срединѣ, была сильнѣе инфильтрирована и припухша, такъ что средина вдавалась въ полость гортани. Голосъ и голосовыя связки не подверглись измѣненіямъ; функція ихъ не была нарушена.

Гистологическое изслѣдованіе присланнаго язычка (23 мая 1894 г.) сообщено профессоромъ *Kolisko*.

Разрѣзъ сдѣланъ во фронтальной плоскости черезъ расщепленный язычекъ.

Подъ микроскопомъ эпителий, жировая, соединительная ткань, равно какъ пучки поперечно-полосатой мускулатуры оказались безъ измѣненій. Лимфатическіе сосуды и маленькіе кровеносные сосуды не увеличены въ числѣ, и стѣнки ихъ нормальны. Въ глубинѣ, близъ основанія сагиттальной щели, найдены 2 группы слизистыхъ железъ съ выводными протоками, обильно наполненными слизью.



Фиг. 56.—*a*—плоскій эпителий; *b*—обильное скопленіе лимфатическихъ тѣлецъ; *c*—лимфатическій фолликулъ; *d*—слизистыя железы, подвергшіяся отчасти перерожденію; *e*—мышечныя волокна *azygos uvulae*.

Вдоль слизистой оболочки и непосредственно подъ нею находятся въ довольно правильныхъ разстояніяхъ другъ отъ друга ясно ограниченныя, весьма многочисленные лимфатическіе фолликулы, числомъ отъ 16 до 17. Между ними и вокругъ нихъ подъ слизистой оболочкой находится поясъ менѣе густо лежащихъ круглыхъ кѣткокъ, расположенныхъ отчасти группами, отчасти неправильно разсѣянныхъ и вдающихся въ глубокой слой соединительной ткани; группы въ большинствѣ случаевъ соотвѣтствуютъ лимфатическимъ щелямъ.

Аналогичные пучки и скопления таких круглых клѣтокъ находятся далѣе въ глубинѣ возлѣ мѣста ампутаціи и въ особенности вокругъ упомянутыхъ выше симметрично лежащихъ двухъ группъ слизистыхъ железъ. И здѣсь онѣ лежатъ отчасти въ соединительной ткани, отчасти въ расширенныхъ лимфатическихъ щеляхъ. Во многихъ мѣстахъ соединительнотканная волокна въ области подобныхъ клѣточныхъ скопленій кажутся нѣсколько увеличенными въ числѣ.

При сильномъ увеличеніи видно, что круглыя клѣтки фолликуловъ, расположенныхъ вдоль слизистой оболочки, существенно отличаются отъ окружающихъ ихъ и лежащихъ болѣе глубоко клѣтокъ, которыя стоятъ менѣе густыми рядами.

Первыя имѣютъ видъ обыкновенныхъ круглыхъ клѣтокъ аденоидной ткани: кругловатая ядра, которыя мѣстами очень сильно окрашиваются съ чрезвычайно узкой каймой протоплазмы, величиною въ ядро лейкоцита. Одиночныя клѣтки подобнаго рода встрѣчаются также въ окружающемъ клѣточномъ скопленіи, но въ значительно меньшемъ числѣ. Большинство клѣтокъ въ этихъ скопленіяхъ соотвѣтствуютъ тѣмъ, которыя исключительно и безъ примѣси другихъ клѣточныхъ формъ находятся въ соединительной ткани и лимфатическихъ щеляхъ болѣе глубокихъ частей. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ онѣ лежатъ не густо, онѣ имѣютъ болѣею частью кругловатую форму, нѣкоторыя изъ нихъ—продолговатую, при чемъ ядра почти вездѣ обладаютъ кругловатыми очертаніями; кайма протоплазмы по ширинѣ равна приблизительно половинѣ диаметра ядра. Послѣднее не всегда лежитъ въ центрѣ. Въ скопленіяхъ клѣтки отъ взаимнаго давленія уплощены, такъ что протоплазма часто получаетъ многоугольную форму; ядра въ такихъ клѣткахъ также пріобрѣтаютъ иногда продолговатые очертанія.

Распаденія ядеръ, какъ въ гнойныхъ клѣткахъ, въ круглыхъ здѣсь нигдѣ не встрѣчается. Окраска по *Gram-Weigert*'у и *Löffler*'у при изслѣдованіи на бактеріи дала отрицательные результаты.

Противъ воспалительнаго процесса говорятъ форма ядра, протоплазмы и круглыхъ клѣтокъ, а также ихъ расположеніе относительно сосудовъ. Въ виду формы клѣтокъ и въ виду разлитой инфильтраціи ткани можно предположить, что дѣло здѣсь, повидимому, идетъ о лимфосаркомѣ. Исходную точку ея, само собой разумѣется, нельзя опредѣлить по присланному вырѣзанному кусочку ткани.

Изслѣдованіе крови произведено 29 мая 1894 г. Въ естественномъ препаратѣ крови нѣтъ ни пойкилоцитовъ, ни лейкоцитовъ и никакихъ другихъ отступленій отъ нормы.

Содержаніе гемоглобина (по *Fleischl*'ю) = 80%.

Число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ = 3,760.000 въ 1 куб. мил.

„ бѣлыхъ „ „ = 6.320 „ „ „ „

Отношеніе = 1 : 580.

На окрашенныхъ препаратахъ (эозинъ-гематоксилинъ) находятъ преимущественно многоядерныя и полиморфноядерныя клѣтки и, кромѣ того, лейкоциты. Ядродержащихъ красныхъ клѣтокъ нѣтъ. На 4 препаратахъ, приготовленныхъ выдавливаніемъ, нѣтъ эозинофильныхъ лейкоцитовъ.

Къ этимъ случаямъ примыкаетъ еще слѣдующій, наблюдавшійся въ моей клиникѣ и еще не вышедшій до сихъ поръ изъ подъ наблюденія.

Исторія болѣзни. Р. С., 36 лѣтъ, женатъ; родился въ Neu-Sandetz (Галиція).

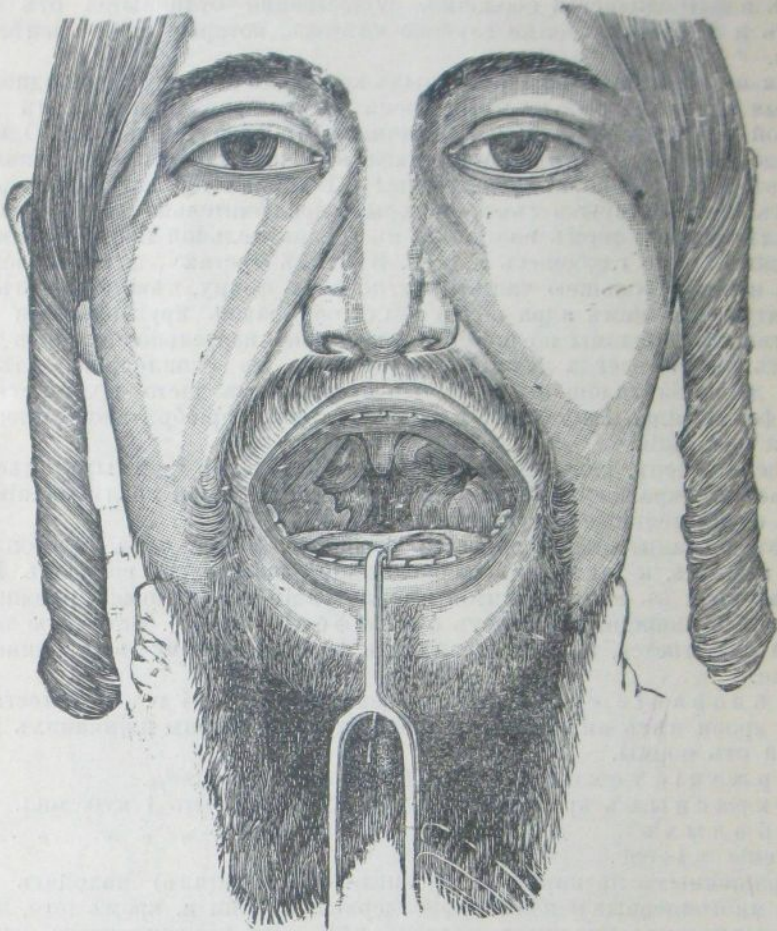
Анамнезъ: 12 апрѣля 1895 г. Пациентъ сообщаетъ, что онъ уже около 4 мѣсяцевъ испытываетъ ощущеніе инороднаго тѣла въ глоткѣ. Съ этого же времени у него нѣсколько нарушена рѣчь. Наоборотъ, у него нѣтъ ни болей, ни затрудненія глотанія.

Пациентъ совѣтовался съ нѣсколькими врачами. Лѣченіе заключалось въ полосканіяхъ. Въ послѣдніе 14 дней передъ поступленіемъ больного въ Венскую ларингологическую клинику пациентъ находился въ пользованіи у Краювскаго профессора *Piniaszek*'а, по совѣту котораго онъ принималъ іодистый жалий.

*Status praesens.* Передняя риноскопия не открываетъ ничего ненормальнаго.

Напротивъ, при фарингоскопии найдено колоссальное измѣненіе миндалевидныхъ железъ.

Послѣднія сильно гипертрофированы, величиною почти въ маленькое яблоко, и такъ далеко выступаютъ по направленію къ средней линіи, что почти соприкасаются между собой. Поверхность ихъ повсюду имѣетъ бѣловато-красно-



Фиг. 57.—Объ миндалевидныя железы образуютъ опухоли, величиною приблизительно въ голубиное яйцо, поверхность которыхъ раздѣлена нѣсколькими бороздками на дольки (см. исторію болѣзни).

ватый цвѣтъ и усѣяна многочисленными, отчасти линейными, отчасти кругловатыми бѣловатыми мѣстами, которыя представляютъ собой не что иное, какъ рубцы. Обѣ миндалевидныя железы расчленены на множество долекъ. Въ нѣкоторыхъ бороздкахъ находится обильное количество слизи. На правой миндалевидной железн, кромѣ того, находится, приблизительно на ея срединѣ, плоская потеря вещества. Задняя стѣнка глотки нормальна.

При задней риноскопии зато было найдено, что носоглоточное пространство усѣяно многими частью узловатыми, частью плоскими возвышеніями, которыя имѣли гладкую поверхность и блѣднокрасноватый цвѣтъ. Эти образованія по бокамъ глотки спускались до *Rosenmüller*'овыхъ ямокъ, которыя ими были совершенно выполнены.

Трубные валики на обѣихъ сторонахъ утолщены.

Боковыя стѣнки носоглоточнаго пространства, какъ и глоточный сводъ, покрыты узлами, которые доходили до верхняго края миндалевидныхъ железъ.

Вслѣдствіе образованія разраженій въ сводѣ носоглоточной полости, хоаны въ своихъ верхнихъ частяхъ заложены, такъ что ни на правой, ни на лѣвой сторонѣ нельзя видѣть верхнія носовыя раковины. Остальныя раковины видны, но не представляютъ ничего ненормальнаго.

На корнѣ языка находится нѣсколько частью узловатыхъ, частью плоскихъ возвышеній съ гладкой поверхностью. Эти возвышенія повсюду лежатъ въ видѣ лучей; нѣкоторыя изъ нихъ выходятъ изъ середины корня языка.

Однако, здѣсь не оказалось ни язвъ, ни рубцовъ.

Въ гортани не найдено ничего ненормальнаго.

Гистологическое изслѣдованіе кусочка, вырѣзаннаго изъ правой миндалевидной железы:

Вырѣзанный кусочекъ ткани покрытъ многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ и усѣянъ частью совершенно плоскими, частью высокими сосочками, между которыми длинныя узкія углубленія простираются далѣе въ глубину ткани. Подъ эпителиемъ лежитъ ткань, напоминающая лимфоидную, которая почти равномерно развита по всему протяженію вырѣзаннаго кусочка. Мѣстами только можно распознать совершенно обособленные пучки широкихъ однородныхъ перекладинъ соединительной ткани.

Ткань состоитъ частью изъ клѣтокъ, аналогичныхъ лимфоиднымъ, частью изъ болѣе объемистыхъ клѣтокъ, болѣе богатыхъ протоплазмой и содержащихъ рѣзко очерченныя ядра, которыхъ иногда бываетъ нѣсколько. Первые клѣтки находятся въ поверхностныхъ частяхъ, вторыя—въ болѣе глубокихъ.

Между клѣтками того и другого рода залегаетъ нѣжная сѣтчатая соединительной ткани, которая мѣстами утолщена въ видѣ болѣе толстыхъ перекладинъ. По послѣднимъ проходятъ въ опухоли многочисленныя наполненные кровью сосуды.

Въ болѣе объемистыхъ клѣткахъ видны многочисленныя каріокинетическія фигуры. Даже между перекладинами волокнистой однородной соединительной ткани, которая встрѣчается мѣстами въ опухоли, вѣдряется упомянутая выше богатая клѣтками ткань, раздвигая эти перекладины, при чемъ волокнистая ткань послѣднихъ переходитъ въ сѣтку лимфоидной ткани.

Діагнозъ: *lymphosarcoma pharyngis*.

## XV.

### Заболѣваніе лобной пазухи.

Въ лѣченіи болѣзней лобной пазухи принимаютъ участіе 2 различныхъ группы специалистовъ, не конкурируя другъ съ другомъ; скорѣе они совмѣстно стремятся каждый съ своей точки зрѣнія помочь больному. При нѣкоторыхъ воспаленіяхъ костей наступаютъ нагноенія въ глазницѣ, которыя отгѣсняютъ бумажную пластинку и при значительномъ скопленіи гноя выпячиваютъ глазное яблоко, что заставляетъ пациента обратиться въ глазную клинику.

Вскорѣ послѣ прободенія бумажной пластинки гной изливается въ носъ, и у пациента нѣтъ больше заболѣванія глазъ, а существуетъ лишь заболѣваніе носа: онъ обращается къ ринологамъ. Уже этотъ маленький примѣръ показываетъ, что обѣ специальности другъ друга дополняютъ.

Прежде чѣмъ я сообщу о своихъ собственныхъ наблюденіяхъ, съ указанной выше точки зрѣнія будетъ интересно привести здѣсь мнѣніе *Leopold'a Müller'a* <sup>1)</sup>, ассистента Вѣнской глазной клиники, завѣдуемой профессоромъ *Fuchs'омъ*, относительно эмпіемы *sinus frontalis* и *ethmoidalis*.

Онъ начинаетъ съ констатированія того факта, что *Zuckerkanndl* въ своей обстоятельной работѣ о носовой полости и о пневматическихъ придаточныхъ полостяхъ не приводитъ ни одного случая изолированнаго воспаления слизистой оболочки лобной пазухи и ни одного случая расширения *sinus frontalis* вслѣдствіе эмпіемы ея. *Müller* полагаетъ, что уже въ виду этихъ обстоятельствъ слѣдуетъ признать это заболѣваніе чрезвычайно рѣдкимъ.

Что касается наблюденій и изслѣдованій *Zuckerkanndl'*я, которыя онъ изложилъ въ своемъ цѣнномъ трудѣ согласно матеріалу, добытому имъ при помощи большого числа вскрытій, то по этому поводу надо замѣтить слѣдующее:

*Zuckerkanndl* находился вдвойнѣ въ счастливыхъ условіяхъ, описывая заболѣванія носа. Какъ анатомъ, онъ могъ совершенно свободно распоряжаться вскрытіемъ, могъ разсѣкать или изслѣдовать трупъ по всѣмъ направленіямъ, что для насъ, работающихъ въ больницахъ, даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ о стационарныхъ больныхъ, представляется невозможнымъ. Носовую полость мы можемъ изслѣдовать только такимъ образомъ, что мы изнутри по способу *Orth'a* дѣлаемъ циркулярный разрѣзъ, но тогда отъ насъ ускользаетъ все то, что *Zuckerkanndl* можетъ видѣть на своихъ анатомически препарированныхъ трупахъ.

Во-вторыхъ, *Zuckerkanndl*, помимо своей большой эрудиціи въ анатоміи, имѣлъ еще за собой практическій опытъ, который онъ приобрѣлъ въ качествѣ ученика и ассистента *Rokitansky*, и эти два счастливыхъ обстоятельства, при той талантливости, съ которой онъ схватываетъ суть дѣла, дали ему возможность въ его превосходной работѣ воспользоваться обѣими отраслями знанія при изученіи этого вопроса.

Здѣсь, однако, дѣло идетъ объ остромъ воспалительномъ процессѣ, отъ котораго пациентъ никогда не умираетъ, такъ что дѣлу не помогаютъ ни описательная, ни патологическая анатомія, потому что эти процессы наблюдаются *in vivo* и то лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ. *Müller* указываетъ, что онъ, несмотря на ежегодный пріемъ въ клиникѣ *Fuchs'a* 15000 пациентовъ, очень рѣдко встрѣчалъ случаи заболѣванія *sinus frontalis* и *sinus ethmoidalis*.

Вторая причина, по которой подобные больные рѣдко наблюдаются въ глазныхъ клиникахъ, заключается въ упомянутомъ выше обстоятельстве, а именно, что они идутъ къ ринологамъ, но такъ какъ и послѣдніе рѣдко сталкиваются съ такими случаями, то это служитъ доказательствомъ, что описываемое здѣсь заболѣваніе вообще встрѣчается далеко не часто.

<sup>1)</sup> *Leopold Müller*. Ueber Empyem des Sinus frontalis und ethmoidalis. Докладъ, читанный въ засѣданіи Королевскаго Вѣнскаго медицинскаго общества 23 ноября 1894 г. Wiener klin. Wochenschr., №№ 11, 12 и 13, 1895.



Анатомическія данныя показываютъ, что лобная пазуха имѣеть чрезвычайно различный объемъ и протяженіе. Я произвелъ изслѣдованіе на мацерированныхъ костяхъ и на спиртныхъ препаратахъ и нашелъ, что величина или емкость этихъ пазухъ бываетъ чрезвычайно различной, при чемъ я не могъ рѣшить вопроса, зависитъ ли это различіе отъ степени развитія *diploe* въ черепныхъ костяхъ.

Относительно выводныхъ протоковъ можно сказать опредѣленно, что большинство лобныхъ пазухъ обладаетъ только однимъ протокомъ; этимъ и объясняется то обстоятельство, что очень рѣдко удается проникнуть въ лобную пазуху изъ полости носа. Выводной протокъ *sinus frontalis* открывается на боковой стѣнкѣ средняго носового хода въ верхней части *hiatus semilunaris*.

*Müller* говоритъ, что зондированіе протока со стороны вскрытой лобной пазухи производится легко, представляя драгоценное терапевтическое средство, и прибавляетъ, что зондированіе со стороны полости носа иногда удавалось ему на трупѣ, но не у живыхъ.

Выстилающую слизистую оболочку онъ описываетъ слѣдующимъ образомъ: „она вмѣстѣ съ періостомъ образуетъ одну оболочку, которую *Weichselbaum* называетъ „*involucrum*“. Она покрыта слоистымъ мерцательнымъ эпителиемъ“.

Механизмъ происхожденія заболѣванія лобной и надглазничной полостей до сихъ поръ не выясненъ.

Въ высшей степени поучителенъ описанный *Müller*'омъ первый случай, гдѣ наблюдалась вполне острая форма заболѣванія, которая привела скорѣ къ смерти; этотъ случай тѣмъ болѣе поучителенъ, что по способу развитія заболѣванія можно было съ увѣренностью предположить присутствіе гдѣ-нибудь въ глазницѣ гнойнаго очага. На это указывали хемозъ конъюнктивы, отечное препуханіе верхняго вѣка и надглазничнаго края, при чемъ въ глазной клиникѣ были произведены неоднократно проколы глазницы съ цѣлью отыскать этотъ очагъ. Однако, его найти не удалось. Чрезвычайно острое теченіе болѣзни заставило перевести пациентку въ хирургическую клинику, гдѣ произведена была трепанация. При этомъ найдены были свѣжіе метастазы, а на вскрытіи, къ которому дѣло скорѣ пришло, оказалось, что первоначальнымъ заболѣваніемъ послужила эмпіема лобной пазухи, и что если бы сдѣлали прободеніе верхней глазничной стѣнки, то нашли бы гнойный очагъ, и пациентка была бы спасена. Этотъ случай, прошедшій черезъ руки многихъ опытныхъ врачей, ясно показываетъ, какъ трудно распознаются подобныя острые формы. Вскрытіе (профессоромъ *Paltauf*) слѣдующимъ образомъ разъяснило теченіе болѣзни.

„Первичное гнѣздо лежало въ лѣвой лобной пазухѣ надъ верхней частью глазницы. Въ послѣдней при вскрытіи найдена была эмпіема, которая при помощи отверстія, прикрытаго грануляціями, сообщалась со вскрытой очищенной лѣвой лобной пазухой. Эта эмпіема послужила причиной ранняго развитія глазничнаго очага. Нижняя стѣнка полости, наполненной гноемъ, была необыкновенно тонка, такъ что ее можно было легко проколоть при пункціи глазницы и этимъ излѣчить процессъ. Но такъ какъ эта эмпіема, а также нагноеніе въ лобной пазухѣ не были вскрыты, то дѣло дошло до образованія метастазовъ“...

Во второмъ, также остро протекшемъ случаѣ, дѣло шло о молодомъ 23-лѣтнемъ человѣкѣ, который заболѣлъ при явленіяхъ гриппа. Появились также отекъ вѣка и лихорадка. И здѣсь было заподозрено нагноеніе глазницы, но при проколахъ гноя не нашли. Подъ конецъ предположили нагноеніе лобной пазухи и при трепанациі ея получили гной. Послѣ дренажированія лобной пазухи и опороженія отъ гноя черезъ носъ спустя 3 недѣли наступило излѣченіе, при чемъ выдѣленіе гноя изъ носа и насморкъ прекратились и слегка выпятившееся глазное яблоко стало снова вполне подвижнымъ.

Эти отрицательные результаты операціи въ обоихъ случаяхъ указываютъ на затрудненія, съ которыми связано распознаваніе въ острыхъ случаяхъ. *Müller* по этому поводу указываетъ на слѣдующее: „если мы сравнимъ между собою степень припуханія вѣка и степень птоза, то найдемъ, что острые процессы въ лобной пазухѣ (а также внутричерепные процессы) при относительно слабомъ припуханіи верхняго вѣка вызываютъ очень сильный птозъ, тогда какъ при воспаленіи въ глазницѣ припухлость и птозъ пропорціональны другъ къ другу“.

Такъ какъ я не имѣлъ случая наблюдать острую эмпіему лобной пазухи, то я вынужденъ былъ привести здѣсь наблюденія *Müller'a*. Мои свѣдѣнія о подобныхъ состояніяхъ основаны на томъ, что нѣкоторые больные при сильномъ насморкѣ (гриппѣ) особенно жалуются на продолжительныя головныя боли въ области лба; однако, мы ни разу не имѣли возможности прибѣгнуть къ операціи у подобныхъ пациентовъ. Это состояніе, продолжающееся иногда недѣлями, не было все же настолько острымъ, чтобы мы могли посовѣтовать оперативное пособіе, или чтобы пациенты сами рѣшились на это. Въ виду этого мы приложили много старанія къ тому, чтобы найти способъ проникновенія въ лобную пазуху, не прибѣгая къ трепанациі.

Наша обязанность указать здѣсь особенно на работу *Jurasz'a* <sup>1)</sup>. На эту работу вначалѣ не обратили достаточнаго вниманія, такъ что авторы, не очень ревностно занимавшіеся этимъ вопросомъ, просмотрѣли или недостаточно оцѣнили эту работу. *Jurasz* рѣшился въ одномъ случаѣ зондировать лобную пазуху и подробно описываетъ способъ зондированія, но говоритъ въ своей брошюрѣ, что этотъ приемъ часто не удается, такъ какъ „лобная пазуха, какъ извѣстно, на одной сторонѣ даже совершенно не имѣетъ устья“. Я полагаю, что зондированіе лобной пазухи не удается часто именно по этой причинѣ: всѣ попытки проникнуть зондомъ въ каналъ должны остаться въ подобныхъ случаяхъ безплодными.

Я не только хотѣлъ бы указать на эту превосходную работу *Jurasz'a* (онъ дѣйствительно первый указалъ дорогу для проникновенія въ лобную пазуху), но желалъ бы кое-что прибавить къ этому, дать еще нѣкоторыя указанія, при помощи которыхъ подобное проникновеніе въ пазуху нѣсколько облегчается.

*Schech* <sup>2)</sup> часто пробовалъ зондировать, но это ему не удавалось; между тѣмъ *Schech* является слишкомъ опытнымъ, искуснымъ и добро-

<sup>1)</sup> *A. Jurasz*. Ueber die Sondirung der Stirnhöhle. Berliner klin. Wochenschr., 1887, № 3.

<sup>2)</sup> *Schech*. Die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase und ihre Behandlung. Мюнхенъ, 1883.

совѣстнымъ специалистомъ, чтобы можно было сомнѣваться, что онъ не приложилъ стараній при попыткахъ проникнуть въ лобную пазуху.

*Michel* полагаетъ, что слѣдуетъ раньше удалить среднюю носовую раковину и затѣмъ только проникнуть въ лобную пазуху.

*Jurasz* уже въ 1883 г. на собраніи естествоиспытателей въ Фрейбургѣ опубликовалъ свой способъ, и съ тѣхъ поръ много приложено было стараній изучить этотъ вопросъ; благодаря этому былъ выработанъ вполне пригодный методъ, который я считаю нужнымъ дополнить нѣкоторыми указаніями. Какъ бы мы тщательно ни разсматривали то мѣсто, на которомъ открывается выводной протокъ лобной пазухи, но мы тогда только можемъ узнать его, если секретъ вытекаетъ изъ пазухи. Этотъ секретъ, подобно секрету Гайморовой полости, имѣетъ видъ сливокъ, и бѣлый цвѣтъ его можетъ служить намъ руководящимъ признакомъ.

Если ввести тонкій, искривленный на переднемъ концѣ, зондъ въ этомъ мѣстѣ, покрытомъ секретомъ, то проникаютъ имъ до извѣстной высоты; въ удачномъ случаѣ можно ясно ощущать, какъ конецъ зонда проходитъ черезъ каналъ и проникаетъ въ полость. Въ большинствѣ случаевъ пациенты сами въ состояніи дать точное указаніе, гдѣ они чувствуютъ пуговку зонда. Эти указанія пациента и длина введеннаго зонда отъ конца его до *spina nasalis anterior* даютъ возможность навѣрное опредѣлить, проникли ли мы зондомъ въ лобную пазуху. Расстояніе между задней верхней стѣнкой полости и *spina nasalis anterior* = 7—9 см.

Само собой разумѣется, что при помощи твердаго зонда нельзя изслѣдовать стѣнокъ лобной пазухи, на которыхъ находятся многочисленные складки. Самое большее, что удастся сдѣлать, это — достигнуть зондомъ какой-нибудь одной точки на стѣнкѣ, но коснуться нѣсколькихъ точекъ невозможно, такъ какъ введенный зондъ движется только въ одномъ направленіи.

Если хотятъ проникнуть въ лобную пазуху, то вводятъ черезъ протокъ тонкій, гибкій серебряный зондъ, который, пройдя по отысканному каналу, проникаетъ въ пазуху. Къ переднему концу этого зонда, который я неоднократно вводилъ, я приплавливалъ ляписъ, чтобы прижечь каналъ. Я долженъ тутъ же замѣтить, что этотъ пріемъ имѣетъ цѣлью лишь раскрыть каналъ, расширить его, сдѣлать болѣе проходимымъ или облегчить послѣдующее введеніе тонкой трубочки, которая также должна быть искривлена, и при помощи которой можно вырывать слабые растворы ляписа въ лобную пазуху.

Лѣченіе болѣзней лобной пазухи выяснится изъ прилагаемой ниже исторіи болѣзни. Въ этомъ случаѣ мнѣ удалось прекратить головныя боли, продолжавшіяся мѣсяцами и даже годами, тѣмъ, что я при помощи холодной стальной петли удалилъ грануляціонныя разраженія на средней раковинѣ, а именно, съ ея середины (или съ конца первой трети); эти разраженія, вѣроятно, закрывали выводной протокъ.

Какъ только каналъ освободился, тотчасъ же прекратились головныя боли на соотвѣтственной сторонѣ. Пациентка, которая 3 раза лѣчилась въ моей клиникѣ, обнаружила какъ разъ то, что безусловно необходимо при подобномъ методѣ лѣченія, а именно—териѣніе.

К. Л., 24 лѣтъ, модистка.

Поступила 22 октября 1894 г. Пациентка сообщает, что она уже в течение года страдает головными болями во лбу и преимущественно на лѣвой сторонѣ. Затѣмъ наступило въ лѣвой половинѣ носа сильное гнойное отдѣленіе съ неприятнымъ запахомъ. Боль распространялась отъ корня носа на лѣвую половину лба, а еще чаще на всю лѣвую половину лица. Вслѣдствіе усиленія этихъ болей пациентка обратилась въ клинику за врачебной помощью.

*Status praesens.* При передней риноскопії было найдено, что лѣвая нижняя носовая раковина гипертрофирована. Она соприкасается съ перегородкой, которая сильно искривлена въ лѣвую сторону, образуя выпуклое возвышеніе.

Осмотръ верхнихъ частей лѣвой половины носа показываетъ, что въ среднемъ носовомъ ходѣ содержится обильное количество слизисто-гноянаго секрета, который покрываетъ преимущественно боковыя части. Средняя раковина также припухша и отчасти поэтому, отчасти вслѣдствіе описаннаго выше искривленія перегородки, осмотръ средняго носового хода невозможенъ. Если при помощи зонда, введеннаго въ средній носовой ходъ, проникнуть въ сторону, то натываются на сидящія тамъ на широкомъ основаніи грануляціи, между которыми просачивается гной. Эти грануляціи покрываютъ какъ верхнюю поверхность средней раковины, такъ и нижнюю поверхность верхней раковины, а нѣкоторыя находятся на боковой стѣнкѣ средняго носового хода.

На правой сторонѣ найдено умѣренное припуханіе всей слизистой оболочки; другихъ измѣненій даже при задней риноскопії открыть не удалось.

Съ цѣлью опредѣлить источникъ происхожденія гноя, передній концы лѣвой средней носовой раковины и грануляціи, сидящія въ среднемъ носовомъ ходѣ, были удалены холодной петлей, при чемъ вытекло много гноя. Такъ какъ послѣ операціи возникло сильное кровотеченіе, то пришлось тампонировать лѣвую половину носа. Черезъ 2 дня тампонъ былъ удаленъ. Тогда прежде всего сдѣлано было промываніе Гайморовой полости изъ *hiatus maxillaris* что удалось легко. Результатъ промыванія — отрицательный. Затѣмъ сдѣлана была попытка зондированія выводнаго протока лобной пазухи при помощи тонкаго, соответственно искривленнаго, металлическаго зонда. По выводному протоку удалось пройти далеко вверхъ, при чемъ каждый разъ пациентка сообщала, что она чувствуетъ пуговку въ области лба. Мимо зонда вытекалъ гной. Послѣ зондированія лобной пазухи сильныя головныя боли прошли, при чемъ отдѣленіе гноя стало еще значительнѣе. Однако, при помощи повторныхъ промываній лобной пазухи и кратковременныхъ смазываній посредствомъ очень тонкаго ватнаго бужа 20—50%—нымъ растворомъ ляписа, мы довели дѣло до того, что головныя боли появлялись лишь изрѣдка, и секретъ сталъ незначительнымъ. Дальнѣйшее лѣченіе производилось амбулаторно. Въ это время послѣ одного прижиганія наступило сильное кровотеченіе изъ носа, такъ что снова пришлось взять больную на нѣскольکو дней въ клинику. Послѣ этого инцидента лѣченіе опять производилось амбулаторно, пока въ концѣ декабря 1894 г. пациентка не перестала совсѣмъ лѣчиться, такъ какъ боли, повидимому, совершенно исчезли.

Черезъ мѣсяць, однако, она снова явилась, жалуясь на такія же боли и на распространеніе ихъ на лѣвую височную область. При осмотрѣ найдены были тѣ же самыя измѣненія, такъ что примѣнена была та же терапія. Послѣ удаленія опять выросшихъ грануляцій въ среднемъ носовомъ ходѣ производились ежедневныя промыванія лобной пазухи; черезъ каждыя 2 дня дѣлались прижиганія ляписомъ *in substantia* посредствомъ тонкаго серебрянаго зонда. Этимъ путемъ удалось въ концѣ концовъ, черезъ 4 мѣсяца, улучшить состояніе больной настолько, что головныя боли совершенно исчезли, а оставалось только очень ничтожное отдѣленіе гнойнаго секрета.

При выписываніи больной (24 іюня 1895 г.) ей дана была для промыванія носа прямая трубка изъ твердаго каучука съ закрытымъ концомъ, на которомъ вверху находилось отверстіе, такъ что струя вытекала изъ трубки подъ прямымъ угломъ. Мѣтка, сдѣланная на верхней стѣнкѣ трубки, давала возможность пациенткѣ вводить ее въ носъ такъ далеко, чтобы отверстіе приблизительно совпадало съ устьемъ лобной пазухи; этимъ путемъ удалялся скопившійся тамъ секретъ.

Слѣдующій случай въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ еще интереснѣе, чѣмъ первый, такъ какъ рѣчь идетъ о пациентѣ, который былъ присланъ къ намъ въ клинику изъ глазной больницы черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ того, какъ онъ былъ тамъ оперированъ. Ему сдѣлали трепанацію на правомъ надглазничномъ краѣ непосредственно подъ бровью. Боли, на которыя пациентъ жаловался, совершенно прекратились послѣ этой трепанаціи и непосредственного лѣченія лобной пазухи; заболѣваніе, повидимому, вполне излѣчилось. Однако, по истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, послѣ того какъ искусственный ходъ въ лобную пазуху зажилъ (можно было ощупать глубоко втянутый костный рубецъ), снова повторились прежнія боли.

Мы сочли теперь болѣе цѣлесообразнымъ отыскать естественный путь, и поэтому мы не вскрыли оперированнаго мѣста, а постарались войти, какъ описано выше, въ лобную пазуху изъ полости носа, что намъ вполне удалось. Вскорѣ выводной протокъ былъ раскрытъ, сдѣланъ проходимымъ, и всѣ боли исчезли, послѣ того какъ вытекло обильное количество секрета. Пациентъ выпиcался со значительнымъ улучшеніемъ.

A. Z., 21 года, холостъ, подмастерье мѣдника.

Діагнозъ: empyema sinus frontalis, гипертрофія носовой раковины.

Анамнезъ съ 6 іюня 1895 г. Кромѣ скарлатины, перенесенной имъ на 9-омъ году, пациентъ до 12 лѣтъ оставался совершенно здоровымъ. Въ это время онъ получилъ ударъ рогомъ подъ правый надглазничнй край, а именно на внутренней половинѣ этой области. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ поврежденія пациентъ замѣтилъ появленіе на этомъ мѣстѣ опухоли, величиною въ чечевицу, а затѣмъ съ каждымъ днемъ она стала увеличиваться. Опухоль достигла вскорѣ величины орѣха и благодаря своему объему стѣснила кнаружи правый глазъ. При дальнѣйшемъ оттѣсненіи глазного яблока стало нарушаться зрѣніе.

Больной оставался въ этомъ состояніи до мая 1891 г., когда появились сильныя боли въ правой половинѣ головы. Въ маѣ 1891 г. вслѣдствіе воспаленія глазного яблока, сильно смѣстившагося въ послѣднее время, больной долженъ былъ обратиться за помощью въ клинику профессора *Fuchs'a*, гдѣ ему 22 мая 1891 г. подъ наркозомъ сдѣлана была операція, такъ какъ иначе глазу угрожала серьезная опасность. Вскрытая полость была денажирована втеченіе 14 дней, а затѣмъ больной получилъ серебряную дренажную трубку, которую носилъ 3 мѣсяца. По снятіи повязки втеченіе 3 недѣль оставалась диплопія, а затѣмъ вернулось нормальное зрѣніе. Рана промывалась въ продолженіе 4 мѣсяцевъ послѣ операціи. Осенью 1891 г. рана зажила, и пациентъ чувствовалъ себя хорошо до середины мая 1895 г. Въ это время стали постепенно появляться, особенно въ полдень, боли въ правой половинѣ лба и затылка, которыя все усиливались и сопровождались слезотеченіемъ и легкимъ оттѣсненіемъ глазного яблока кпереди и кнаружи. Вслѣдствіе усиленія болей пациентъ 5 іюня 1895 г. обратился въ ларингологическую клинику.

*Status praesens.* При передней риноскопій найдено было слѣдующее: носовая перегородка слегка отклонена влѣво, при чемъ наибольшее искривленіе находится противъ средняго носового хода; правая половина носа вслѣдствіе этого сильно расширена. Слизистая оболочка здѣсь умѣренно покраснѣла и припухла; средняя и нижняя носовыя раковины, въ особенности на переднихъ концахъ, значительно гипертрофированы. Носовые ходы сужены. Въ правомъ среднемъ носовомъ ходѣ соотвѣтственно *hiatus semilunaris* виденъ комочекъ гноя, послѣ удаленія котораго вскорѣ же появляется новый. Попытки проникнуть въ лобную пазуху тонкимъ зондомъ остались безуспѣшными. На лѣвой сторонѣ нѣтъ ничего ненормальнаго, кромѣ покраснѣнія и умѣреннаго припуханія всей слизистой оболочки.

При задней риноскопій найдено, что вся слизистая оболочка припухла и на нѣкоторыхъ мѣстахъ покрыта гноемъ. Задніе концы среднихъ раковинъ

превратились въ маленькія шаровидныя сѣрья образованія съ перовой поверхностью.

На задней бѣловато-красной стѣнкѣ глотки находятся гипертрофическіе, возвышенныя, красныя, величиною въ чечевицу, участки, между которыми видны маленькіе расширенныя сосуды.

Гортань нормальна.

Лѣченіе. 8 іюня 1895 г. были удалены холодной петлей передніе концы средней и нижней раковины на правой сторонѣ, при чемъ вытекло много гнойнаго секрета; боли во лбу и выпячиваніе глазного яблока исчезли.

14 іюня 1895 г.: зондированіе и промываніе лобной пазухи.

Зондированіе лобной пазухи удается очень легко, такъ какъ каналъ стать очень широкъ. При промываніи вытекаетъ довольно много гноя.

15 іюня 1895 г.: такъ какъ въ области hiatus semilunaris находились еще гипертрофическіе участки на слизистой оболочкѣ, то они были удалены посредствомъ холодной петли.

Тампонація. Обильное отдѣленіе гноя продолжается.

15 іюня больной выписанъ со значительнымъ улучшеніемъ.

Дальнѣйшее лѣченіе производилось амбулаторно. Головные боли совершенно прекратились.

Кромѣ этихъ двухъ случаевъ, можно привести еще два, которые находились въ послѣднее время въ моей клиникѣ, и при которыхъ также посредствомъ зондированія канала лобной пазухи и удаленія оттуда гноя удалось быстро прекратить боли во лбу.

Первый случай касается 19-лѣтняго конторщика Л. К., который явился первый разъ въ клинику 9 сентября 1894 г. съ жалобой на непроходимость носа. При осмотрѣ найденъ хроническій ринитъ съ частичной атрофіей и обильнымъ скопленіемъ гнойнаго секрета, особенно на правой сторонѣ. Лѣченіе заключалось въ промываніи носа. Въ январѣ 1895 г. появились сильныя головныя боли въ правой половинѣ лба съ прижатіемъ праваго глаза; кромѣ того, въ правомъ среднемъ носовомъ ходѣ наступило обильное отдѣленіе гнойнаго секрета. Зондированіе лобной пазухи удалось очень легко, при чемъ гной вытекалъ мимо введеннаго зонда. Произведено удаленіе передняго конца средней носовой раковины, при чемъ сразу выдѣлилось большое количество гноя. Головные боли и прижатіе праваго глаза съ тѣхъ поръ исчезли; послѣ обычнаго мѣстнаго лѣченія (промыванія, смазыванія ляписомъ) отдѣленіе уменьшилось, такъ что теперь оно стало ничтожнымъ.

2-й случай касается 22-лѣтней дѣвушки М. Г. У нея существовали сильныя боли въ правой половинѣ лба и прижатіе глаза. При изслѣдованіи носа найденъ былъ сильный ринитъ съ припуханіемъ слизистой оболочки. На правой сторонѣ въ среднемъ носовомъ ходѣ подъ сильно увеличенной носовой раковиной найдено было скопленіе гнойнаго секрета. Удаленіе передняго конца средней носовой раковины. Зондированіе лобной пазухи удается легко; обильное истеченіе гноя. Головная боль и давленіе въ глазу совершенно прекратились. Подъ вліяніемъ мѣстнаго лѣченія обильныя отдѣленія гноя значительно сократились.

Относительно лѣченія эмпіемы лобной пазухи знаменитый отиатръ *Hartmann* въ Берлинѣ дѣлаетъ въ *Archiv für klinische Medicin* въ высшей степени разумное предложеніе вдуть по способу *Politzer'a* подъ сильнымъ давленіемъ воздухъ въ лобную пазуху и этимъ способствовать выдѣленію застоявшагося секрета; онъ приводитъ 2 случая, гдѣ этотъ приемъ сопровождался блестящимъ успѣхомъ. Этотъ способъ во всякомъ случаѣ, въ виду своей совершенной безвредности, можетъ быть испробованъ при соотвѣтственныхъ условіяхъ, такъ какъ вдунаніе воздуха подъ большимъ давленіемъ можетъ иногда дѣйствительно вызвать выдѣленіе секрета, если выводной протокъ закрыть припухшей слизистой оболочкой.

## XVI.

## Болѣзни клиновидной пазухи.

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ о сущности и происхожденіи этихъ заболѣваній извѣстно было очень мало. Первые относящіяся сюда сообщенія принадлежатъ *Schaeffer*'у. Въ своей первой статьѣ, появившейся въ 1885 г., онъ самъ утверждаетъ, что это страданіе попадаетъ рѣдко. При своихъ старательныхъ изслѣдованіяхъ онъ въ настоящее время достигъ такой опытности и точности въ распознаваніи, что мы охотно послѣдуемъ его описаніямъ.

Въ своихъ изслѣдованіяхъ онъ пошелъ по чисто научной дорогѣ, стараясь распознавать заболѣваніе *sinus sphenoidalis* посредствомъ исключенія патологическихъ процессовъ въ носоглоточномъ пространствѣ, въ Гайморовой полости и въ лобной пазухѣ, и этимъ путемъ онъ пришелъ не только къ установленію надежныхъ діагностическихъ признаковъ, но и къ выработкѣ опредѣленныхъ методовъ лѣченія <sup>1)</sup>.

Прежде всего ему приходилось рѣшить вопросъ, можно ли распознать острое заболѣваніе клиновидныхъ пазухъ. На этотъ вопросъ онъ отвѣтилъ положительно и подтвердилъ это операціями при острыхъ заболѣваніяхъ.

По его словамъ, заболѣваніе обнаруживается вначалѣ въ видѣ остраго катаррального воспаленія, и только впоследствии образуется стойкая эмпіема.

Лучше всего будетъ, если мы воспроизведемъ діагностическіе признаки по его описанію. *Schaeffer* говоритъ:

„Больные въ большинствѣ случаевъ указываютъ, что они недавно страдали сильнымъ насморкомъ, къ которому присоединялись почти невыносимыя боли въ затылкѣ и въ срединѣ головы, равно какъ въ глубинѣ черепа. Лихорадка у нихъ была сильнѣе, чѣмъ при обыкновенномъ насморкѣ; у нихъ существовала бессонница, и они чувствовали себя очень усталыми и разбитыми. Нѣкоторые пациенты жалуются, кромѣ того, на головокруженіе, въ особенности когда они наклоняются, и на давленіе сзади на одинъ или оба глаза, смотря по тому, идетъ ли дѣло объ одностороннемъ или двустороннемъ заболѣваніи.

Эти симптомы легко объясняются задержкой секрета, количество котораго увеличивается отъ воспаленія, и происходящимъ вслѣдствіе этого давленіемъ на стѣнки клиновидныхъ пазухъ. Если естественное выводное отверстіе изъ пазухъ расположено неблагоприятно для стока, есло оно такъ мало, что почти нельзя найти его, то вслѣдствіе припуханія слизистой оболочки во время насморка между средней раковиной и перегородкой и на ихъ поверхности истеченіе секрета можетъ даже вовсе прекратиться.

<sup>1)</sup> *Max Schaeffer. Ueber acute und chronische Erkrankungen der Keilbeinhöhlen. Deutsche med. Wochenschr., 1892. № 47 (Лейпцигъ, 1892, изд. Georg'a Thieme).*

Въ подобныхъ случаяхъ больные стараются объяснить свои боли и прочіе симптомы прежде всего насморкомъ. Если, однако, обычное время, втеченіе котораго насморкъ продолжается, уже прошло, а боли не исчезли, то они обращаются къ врачу, если не сдѣлали этого раньше вслѣдствіе рѣзкихъ сопутствующихъ явленій. На этомъ основаніи онъ предположилъ, что острый періодъ продолжается довольно долго.

Такимъ образомъ, мы имѣемъ здѣсь дѣло либо съ распространеніемъ воспалительнаго процесса по продолженію со слизистой оболочки носа и носоглоточнаго пространства на клиновидную пазуху, или же съ самостоятельнымъ заболѣваніемъ покрова пазухъ“.

Относительно объективныхъ симптомовъ *Schaeffer* отмѣчаетъ слѣдующее: наступаетъ выпячиваніе переднихъ уступчивыхъ стѣнокъ пазухъ кпереди и книзу. По виду секрета, однако, нельзя сдѣлать никакого заключенія. Въ острыхъ случаяхъ онъ находилъ даже гной въ пазухѣ.

Терапія его заключается въ томъ, что онъ непосредственно проникаетъ въ заболѣвшія части при помощи зонда съ ватой, смоченной въ 10%-омъ растворѣ кокаина; онъ прижимаетъ этотъ зондъ въ складкѣ между перегородкой и средней раковиной. Клиновидная пазуха вслѣдствіе припуханія слизистой оболочки выпячивается отъ соушика кпереди.

Иногда ему удавалось при дальнѣйшемъ продвиганіи зонда найти естественное выводное отверстіе, при чемъ онъ ясно ощущалъ тогда легкое погруженіе въ мягкую слизистую оболочку. Если онъ нажималъ сильнѣе, то попадалъ въ клиновидную полость, и тогда зондъ можно было продвинуть еще глубже. При подниманіи и опусканіи зонда чувствовалось, что верхній конецъ его движется въ полости, отстоящей отъ входа въ носъ на 9—11 см.

Если послѣ удаленія зонда заставить больного сильно сморкаться, зажавъ другую половину носа, то клиновидная пазуха вслѣдствіе разрѣженія воздуха впереди ея освобождается отъ своего секрета. Послѣдній выдѣляется въ большинствѣ случаевъ въ видѣ толстыхъ комковъ бѣловато-сѣровато-красноватаго гноя, смѣшаннаго съ кровью, при чемъ больной въ тотъ же моментъ заявляетъ, что мучительная головная боль сразу исчезла. Послѣдовательное кровотеченіе бываетъ ничтожнымъ.

Подобные случаи принадлежатъ къ самымъ благопріятнымъ и типическимъ формамъ. Наоборотъ, если нормальное выводное отверстіе слишкомъ незначительно, чтобы его вообще можно было отыскать, или если оно лежитъ очень далеко кпереди, то не остается ничего другого, какъ при помощи зонда сдѣлать прободеніе слизистой оболочки и передней костной стѣнки клиновидной пазухи. Эта операція, впрочемъ, не требуетъ никакого усилія. По крайней мѣрѣ *Schaeffer* всегда находилъ, что, насколько стѣнка оказывалась на здоровой сторонѣ твердой и неуступчивой при давленіи зонда, настолько же она на больной сторонѣ обнаруживала эластичность, мягкость, уступчивость и ломкость. При



этой операциі слышать и чувствуютъ легкій хрустящій трескъ тонкихъ костныхъ пластинокъ, послѣ прободенія которыхъ попадаютъ въ клиновидную пазуху. При помощи зонда, не снабженнаго ватой, а также при помощи введеннаго ложкообразнаго зонда можно удостовѣриться при ошупываніи полости въ гладкости стѣнокъ. *Schaeffer* никогда не находилъ шероховатыхъ костей и могъ, слѣдовательно, вполне опредѣленно отнести эти формы къ острымъ.

При такихъ условіяхъ въ большинствѣ случаевъ тотчасъ послѣ сморканія также выдѣляются гнойные комочки, смѣшанные съ кровью, хотя это происходитъ съ большимъ трудомъ, чѣмъ въ описанныхъ выше случаяхъ. Зондъ при прободеніи образуетъ неправильное отверстіе, которое вскорѣ снова отчасти закрывается, вслѣдствіе расправленія эластичныхъ костныхъ пластинокъ. Вдуваніе воздуха посредствомъ баллона *Politzer*'а часто въ такихъ случаяхъ значительно помогаетъ болѣе легкому выдѣленію секрета.

Авторъ пришелъ къ убѣжденію, что если хотять болѣе прочнаго успѣха, то надо удалить перфорированную костную пластинку щипцами, а еще чаще прибѣгнуть къ наложенію болѣе глубокаго выводнаго отверстія для пазухи. Если при приподниманіи и опусканіи рукоятки зонда впереди носа онъ чувствуетъ, что задняя часть клиновидной полости лежитъ довольно глубоко, то онъ входитъ послѣ новой анестезіи кокаиномъ въ полость своимъ ложкообразнымъ зондомъ и прободаетъ переднюю часть дна клиновидной полости книзу. Затѣмъ онъ вводитъ костные щипцы и удаляетъ продавленные части костной пластинки.

Если дно клиновидной полости оказываетъ при этомъ слишкомъ большое сопротивленіе, то онъ расширяетъ выводное отверстіе книзу при помощи костныхъ щипцовъ.

При такомъ отверстіи, устроенномъ какъ можно глубже и сдѣланномъ какъ можно больше, гной освобождается безпрепятственно.

Въ засѣданіи Вѣнскаго Ларингологическаго общества, происходившемъ 3 мая 1895 г. въ моей клиникѣ, *Weil* представилъ одного, а *Hayek* двухъ пациентовъ, у которыхъ сдѣлано было прободеніе передней стѣнки клиновидной полости. Я тутъ же произвелъ измѣренія на этихъ больныхъ и сравнилъ эти данныя съ измѣреніями на мацерированномъ черепѣ, при чемъ выяснилось, что отношеніе было какъ разъ такимъ, какъ его описалъ *Schaeffer*. Зондъ, введенный до конца клиновидной полости, проникалъ на 9—11 см. глубины, считая отъ ноздрей.

## XVII.

## Патологическія измѣненія рѣшетчатой кости.

(Кистовидно-пневматическое перерожденіе средней раковины).

Къ числу условій, нарушающихъ носовое дыханіе, надо отнести также препятствіе, возникающее вслѣдствіе перерожденія средней раковины въ видѣ пневматическихъ кистъ. Это заболѣваніе встрѣчается довольно рѣдко и только тогда сопровождается особенными симптомами, если пузырьчатое расширеніе передняго конца раковины бываетъ значительнымъ. Средній носовой ходъ можетъ при этомъ закладываться либо мѣстами, либо на всемъ протяженіи, боковая стѣнка носа выпячивается въ *antrum maxillare*, перегородка искривляется, и отверстіе Гайморовой полости закрывается. Кромѣ стѣсненія носового дыханія, ослабленія обонянія и увеличенія секрета, наблюдались при этомъ также невралгіи въ области тройничнаго нерва и даже астматическіе приступы. Подобные случаи описали, напр., *Glasmacher* <sup>1)</sup>, *Schmiegelow* <sup>2)</sup>, *Schaeffer* <sup>3)</sup>, *Schach* <sup>4)</sup>, *Berger* и *Tyrmann* <sup>5)</sup>. Мой ученикъ *Zwillinger* <sup>6)</sup>, наблюдавшій два такихъ случая, считаетъ эти симптомы, если діагнозъ несомнѣненъ, показаніемъ для удаленія костныхъ кистъ гальванокаустической или холодной петлей. Если нельзя пройти между перегородкой и костной кистой, то въ послѣдней наконецникомъ прижигателя дѣлаютъ отверстіе и удаляютъ кисту ножницами, послѣ чего всѣ симптомы исчезаютъ.

*Meyerson* <sup>7)</sup> наблюдалъ 5 случаевъ этого рѣдкаго заболѣванія, при чемъ всѣ они были односторонними, а два изъ нихъ сопровождались слизистыми полипами. Онъ описываетъ костную кисту, какъ полость со стѣнками толщиной въ 1 мм., достигающую непосредственно до рѣшетчатыхъ клѣтокъ. Костныя стѣнки снаружи окружены нормальной, рѣже утолщенной слизистой оболочкой, а внутри выстланы очень тонкой перепонкой; самая полость въ большинствѣ случаевъ или пуста, или содержитъ воздухъ, рѣже (*Bayer*) жидкость; иногда она вышолнена слизистыми полипами и представляетъ аномалію развитія. Онъ описываетъ симптомы, вызываемые этимъ заболѣваніемъ, такъ же, какъ и *Zwillinger*, и приводитъ обстоятельную исторію болѣзни, интересную по величинѣ костной кисты и по осложненіямъ.

1) *Glasmacher*. Berlin. klin. Wochenschr., 1884, № 36.

2) *Schmiegelow*. Transform. cystopneum. Revue de Laryngologie.

3) *Schaeffer*. Chirurgische Erfahrungen in der Laryngologie und Rhinologie. Висбаденъ, 1855.

4) *Schach*. Die Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase. Лейпцигъ и Вѣна.

5) *Berger* и *Tyrmann*. Die Erkrankungen der Keilbeinhöhle und des Siebbeinlabirinth.

6) *Hugo Zwillinger*. Ueber cystopneumatische Entartung der mittleren Nasenschel. Wiener klin. Wochenschr., 1891, № 19.

7) *S. Meyerson*. Ueber Knochenblasenbildung in der Nase, nebst einem Falle von empyematöser Knochenblase. Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1893, № 7.

### Эмпіема лабиринта рѣшетчатой кости.

Наибольшія затрудненія встрѣчаетъ распознаваніе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ о нагноеніи лабиринта рѣшетчатой кости; если указанныхъ ниже измѣненій не существуетъ, то діагнозъ иногда становится совершенно невозможнымъ. Нельзя отрицать, что при тщательномъ исключеніи всѣхъ другихъ процессовъ нагноенія, можно въ концѣ концовъ заподозрить заболѣваніе лабиринта рѣшетчатой кости. *Hajek* 1), который предпринялъ въ этомъ отношеніи точныя изслѣдованія, также говоритъ, что діагнозъ возможенъ только путемъ исключенія всѣхъ другихъ эмпіемъ, напр., эмпіемы лобной, челюстной или глазничной полостей, а также другихъ источниковъ нагноенія въ носу; при такихъ условіяхъ посредствомъ зондированія можно было бы дойти до клѣточки лабиринта, которая въ моментъ прободенія освобождаетъ свое гнойное содержимое.

Само собой разумѣется, что подобная операція должна производиться очень осторожно; однако, новѣйшіе ринологи въ последнее время стали придавать все большее и большее значеніе тщательному зондированію и при помощи этого приема находили костную

Что касается меня, занимавшагося ринологіей много лѣтъ, то я долженъ отсовѣтовать подобный грубый приемъ. Если при помощи зонда попадають на тонкую пластинку слизистой оболочки и ошупываютъ ее, то легко можетъ получиться ощущеніе предлежащей кости; само собой разумѣется, это будетъ ошибкой, потому что при нѣжности органа можно получить ощущеніе предлежащей кости и въ томъ случаѣ, если въ рѣшетчатой кости нѣтъ омертвѣвшихъ частей. Однако, ничего нѣтъ удивительнаго въ томъ, что при движеніяхъ зондомъ слизистую оболочку легко отслоить отъ подстилки и обнажить такимъ образомъ кость. На основаніи одного такого подозрѣнія я не считалъ никогда возможнымъ входить въ полость костными щипцами и выламывать тонкія пластинки рѣшетчатой кости. Я нисколько не сомнѣваюсь даже, что подобное поврежденіе кости (два такихъ случая я приведу ниже) можетъ вызвать измѣненіе секрета въ полости и даже нагноеніе. Однако, это не исключаетъ того, что эмпіема, описанная *Schech* 2), *Grünwald* 3), *Bresgen* 4) и проч., представляетъ собой результатъ внѣдренія бактерій въ слизистую оболочку и измѣненій послѣдней, какъ это мы наблюдаемъ и на другихъ мѣстахъ.

Внѣдреніе бактерій, часто встрѣчающихся въ носу, и измѣненіе ими слизистой оболочки несомнѣнно служило предметомъ ревностнаго изученія, какъ это мы упоминали при *ozaena putrida atrophicans*, и какъ это видно по приведеннымъ выше работамъ. Однако, два вида

1) *M. Hajek*. Die Erkrankungen des Siebbeines und ihre Bedeutung. Intern. klin. Rundschau, 1894, № 18.

2) *Schech*, l. c.

3) *Ludwig Grünwald*. Die Lehre von den Naseneiterungen. Мюнхенъ и Лейпцигъ, 1893.

4) *Maximilian Bresgen*. Die Eiterungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Münchener med. Wochenschr., 1894, №№ 31 и 32.

заболѣванія до сихъ поръ мало обращали на себя вниманія. Прежде всего надо имѣть въ виду, что при всякомъ воспаленіи (какъ при катарральномъ воспаленіи, такъ и при воспаленіи съ нагноеніемъ, обусловливаемомъ дипло- или стрептококками) на слизистой оболочкѣ придаточныхъ полостей, которая, какъ извѣстно, сливается съ періостомъ, могутъ или должны наступать такія измѣненія, которыя мы считаемъ признаками поверхностнаго періостита. При такомъ воспаленіи мы на любомъ мѣстѣ тѣла при вхожденіи зондомъ будемъ наткаться на кость въслѣдствіе разрыхленія періоста.

Этимъ еще далеко не всегда доказывается существованіе костоѣды, хотя нельзя отрицать, что благодаря такому періоститу костоѣда или некрозъ могутъ наступить въслѣдствіи.

Во-вторыхъ, надо имѣть въ виду т. н. прогрессирующее нагноеніе; относительно этого вида нагноенія мы получили много драгоценныхъ данныхъ при изученіи гонококковъ. *Wertheim* <sup>1)</sup> сообщилъ объ этомъ много новаго и интереснаго на VI Гинекологическомъ конгрессѣ. Онъ доказалъ и демонстрировалъ на препаратахъ, что гонококки проникаютъ въ кругъ кровообращенія. Прежде сомнѣвались въ возможности вѣдренія этихъ кокковъ въ мочевой пузырь, но *Wertheim* показалъ, что они проникаютъ въ эпителий, соединительную ткань и кровеносные сосуды въ такомъ обильномъ количествѣ, въ какомъ онъ никогда ихъ не видалъ въ тканяхъ. Этимъ устанавливалось существованіе перелойнаго цистита. *Wertheim* находилъ кокки также въ капиллярахъ и мелкихъ венахъ, при чемъ они мѣстами даже закупоривали ихъ просвѣтъ. Предположеніе о томъ, что дѣло шло о лимфатическихъ сосудахъ, устранялось существованіемъ рядомъ съ гонококками красныхъ кровяныхъ клѣтокъ. Этимъ путемъ подвинулся вопросъ о перелойномъ эндокардитѣ и о перелойныхъ метастазахъ въ сочлененіяхъ. Нельзя допустить, чтобы гонококки сначала проникали въ лимфатическіе пути и оттуда только въ венозное кровообращеніе. Такимъ образомъ, этотъ процессъ лучше всего считать непосредственнымъ тромбозомъ капилляровъ и маленькихъ венъ, т. е. перелойнымъ тромбофлебитомъ.

Этими примѣрами мы желали бы обратить вниманіе на тѣ заболѣванія, при которыхъ, по всей вѣроятности такимъ же путемъ, болѣзнь носа приводитъ къ зараженію головного мозга, такъ какъ удастся несомнѣнно прослѣдить переходъ инфекціи на мозговья оболочки изъ полости носа. Мы приведемъ ниже нѣсколько подобныхъ примѣровъ <sup>1)</sup>:

Эпидеміи гриппа за послѣдніе годы дали намъ возможность неоднократно наблюдать подобныя бактеріальныя интоксикаціи. *Leijden* особенно указывалъ на нервныя явленія, обусловливаемыя гриппомъ. Я видѣлъ такое множество подобныхъ больныхъ, что долженъ вѣрить въ существованіе этой интоксикаціи. У однихъ пациентовъ появлялись параличи на той или другой конечности; далѣе извѣстно, что гриппъ получаетъ очень тяжелое теченіе при старческомъ бронхитѣ.

<sup>1)</sup> Verhandlungen des VI Congresses der deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Wien, 1895.

<sup>2)</sup> *Karl Stoerk*. Gehirninfektion von Seite der Nase. Wiener med. Wochenschr., 1895.

Я могъ бы упомянуть еще о цереброспинальномъ эпидемическомъ менингитѣ, о которомъ *Strümpell* <sup>1)</sup> и другіе говорятъ, что онъ представляетъ собой инфекціонную болѣзнь, возникающую вслѣдствіе всасыванія диплококковъ носовой слизистой оболочкой. Упоминаемые здѣсь авторы находили при микроскопическомъ изслѣдованіи подобныхъ менингитовъ обильное количество диплококковъ, такъ что кажется вполне правдоподобнымъ, что содержащіяся въ носовой слизистой оболочкѣ диплококки переходятъ въ головной мозгъ и вызываютъ *meningitis cerebros spinalis epidemica*.

*R. Pfeifer* <sup>2)</sup> слѣдующимъ образомъ заключаетъ описаніе часто цитируемаго случая *Demme* (ребенокъ здоровыхъ родителей, послѣ отъѣзда послѣднихъ въ Америку, поступилъ къ одному чахоточному, получилъ вслѣдствіе вдыханія бугорчатыхъ бациллъ *ozaena scrophulosa* съ выдѣленіемъ секрета, содержащаго бациллы, и умеръ отъ послѣдовавшаго затѣмъ бугорчатого менингита): „съ анатомической точки зрѣнія давно уже извѣстно, что лимфатическіе сосуды носовой слизистой оболочки находятся въ широкомъ сообщеніи съ лимфатическими полостями, находящимися подъ твердой носовой оболочкой. Это относится къ лимфатическимъ сосудамъ т. н. обонятельной части, т. е. до обонятельной щели, тогда какъ лимфатическіе сосуды на слизистой оболочкѣ нижнихъ раковинъ направляются главнымъ образомъ кнаружи къ лимфатическимъ железамъ лица и нижней челюсти, гдѣ собираются также лимфатическіе пути полости рта, глотки и носоглоточнаго пространства. Важность проникновенія бактерій черезъ слизистую оболочку (въ особенности при обильномъ количествѣ аденоидной ткани) доказывается, кромѣ описаннаго выше случая *Demme*, еще другимъ случаемъ (*Archiv für Kinderheilkunde*, т. XI, 1890, вып. 4, стр. 307), гдѣ при вскрытіи дѣвочки, умершей отъ бугорчатого менингита,

1) *Strümpell*. *Path. und Ther.*, 7 изд., т. II, часть 1, стр. 342: „Исходной точкой для развитія менингита, кромѣ заболѣваній уха, могутъ служить также въ рѣдкихъ случаяхъ гнойныя воспаленія въ верхнихъ частяхъ носовой полости“.

*Bedert*, *Kinderkrankheiten*, 10 изд., стр. 343: „Самой частой причиной развитія подобнаго менингита является оторрея, рѣже менингитъ имѣетъ своимъ источникомъ озену или болѣзнь глазницы“.

*Seitz*, *Grundriss der Kinderheilkunde*, Берлинъ, 1894, стр. 401: „Менингитъ возникаетъ вслѣдствіе внѣдренія патогенныхъ началъ при костобѣ скалпистой кости, флегмонозныхъ процессахъ на головѣ, пораженіяхъ носа и т. д.“.

*Eichhorst*, *Spec. Path. und Ther.*, 3 изд., 1887, т. IV, стр. 481: „... иногда это заболѣваніе возникаетъ при гнойномъ катаррѣ носовой и лобной полостей“.

*Heubner*, *Realencyklopädie*, 2 изд., т. VIII, стр. 18, въ числѣ этиологическихъ моментовъ гнойнаго менингита упоминаетъ гнойное воспаленіе лобныхъ пазухъ и нагноенія въ носоглоточномъ пространствѣ.

*Waldenheim* (цит. у *Heubner*'а, *Upsala laekare forhandl.*, 1875, т. X, вып. 6, стр. 423) сообщаетъ случай появленія менингита послѣ насморка.

*Weichselbaum* нашелъ диплококки при церебро-спинальномъ менингитѣ при отсутствіи пневмоніи; точно также онъ констатировалъ при церебро-спинальномъ менингитѣ присутствіе диплококковъ въ челюстной пазухѣ, въ барабанной полости и въ лабиринтѣ рѣшетчатой кости.

2) *Zur Behandlung der Kehlkopf- und Lungentuberculose*. Изд. *Veit'a & Co*, Лейпцигъ.

найденно было, что процессъ начался въ глоточной миндалинѣ. Это было подтверждено также чрезвычайно важнымъ и цѣннымъ открытіемъ *Stöhr'a*, который доказалъ возможность переселенія лимфатическихъ клетокъ черезъ неповрежденный эпителий тѣхъ слизистыхъ оболочекъ, въ которыхъ находятся обильныя залежи фолликуловъ“.

Изъ моей частной практики я хочу теперь упомянуть объ одномъ случаѣ самопроизвольно возникшей *osaena putrida foetida atrophicans*. Дѣло шло о 15-лѣтней дѣвушкѣ изъ хорошей семьи. Всякое зараженіе со стороны родителей можно было исключить, такъ какъ я зналъ ее съ дѣтства и былъ убѣжденъ въ ея полномъ здоровьи. Въ 16 лѣтъ у этой дѣвушки наступила сильная анемія и хлорозъ, которые не обратили на себя особеннаго вниманія, такъ какъ она находилась въ періодѣ половой зрѣлости. Однако, одновременно образовался катарръ носа съ обильнымъ отдѣленіемъ и жестокими головными болями. При изслѣдованіи я нашелъ слизистую оболочку воспаленной и покрытой корками. Послѣ примѣненія различныхъ промываній и постепеннаго удаленія корокъ оказалось, что слизистая оболочка подъ корками была совершенно атрофирована, такъ что можно было видѣть черезъ носъ заднюю стѣнку глотки, что очень характерно для подобныхъ атрофій носовой слизистой оболочки. Эта дѣвушка лѣчилась долгое время. Черезъ годъ я узналъ, что у пациентки внезапно развилось помѣшательство. Въ виду того, что это была молодая, свѣжая и способная дѣвушка, которая въ остальныхъ отношеніяхъ чувствовала себя прекрасно, меня, конечно, это особенно удивило, и я предположилъ здѣсь ауто-интоксикацію. Я ставлю послѣднюю въ связь съ обильнымъ отдѣленіемъ изъ носа и надѣюсь, что это послужитъ поводомъ для психиатровъ обратить вниманіе на подобныя страданія. Больная выздоровѣла приблизительно черезъ полгода. У нея между тѣмъ появились приступы сильнаго возбужденія, такъ что пришлось помѣстить ее въ психиатрическую лѣчебницу съ цѣлью учредить за нею лучшей надзоръ. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ наружный видъ ея улучшился, и силы поднялись, а вмѣстѣ съ тѣмъ исчезло и психическое расстройство. Стѣхъ поръ прошло два года, втеченіе которыхъ я неоднократно видѣлъ дѣвушку, которая все время имѣла прекрасный видъ и ни разу больше не страдала психическимъ расстройствомъ. Я могу только предположить, что здѣсь произошло всасываніе гноя въ головной мозгъ вслѣдствіе долго существовавшего нагноенія въ носу. Я не осмѣливаюсь дѣлать изъ этого факта какихъ-либо заключеній, но ограничился изложеніемъ его въ томъ видѣ, какъ онъ мною былъ подмѣченъ.

Не менѣе интересенъ второй случай. Е., 32-лѣтній, крѣпкій, рослый мужчина, втеченіе 6 лѣтъ неоднократно являлся ко мнѣ за совѣтомъ по поводу хроническаго ринита, который временами становился гнойнымъ. Это былъ превосходный пѣвецъ, но часто страдалъ горломъ вслѣдствіе болѣзни носа. Какъ только въ носу наступало обильное выдѣленіе секрета, послѣдній попадалъ въ гортань и вызывалъ хрипоту, при чемъ на задне-внутренней стѣнкѣ гортани развивались эрозіи. Этотъ процессъ я наблюдалъ у пациента годами. Нерѣдко онъ подвергался мѣстному лѣченію цѣлыми недѣлями, при чемъ

состояніе его тогда улучшалось; я примѣнялъ всякаго рода вяжущія средства для промыванія носа и, когда они черезъ нѣкоторое время перестали приносить пользу, я обратился къ употребленію ватныхъ бу- жей, смоченныхъ 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ымъ растворомъ ляписа, и достигалъ этимъ путемъ успѣха. Эти бужи я даже далъ на руки пациенту, чтобъ онъ ихъ самъ себѣ вводилъ въ носъ, отчасти потому, что страданіе было хрониче- скимъ, отчасти потому, что онъ нерѣдко на долго отлучался изъ Вѣны. Такъ прошло 6 лѣтъ. Состояніе его то улучшалось, то ухудшалось; какъ только голосъ его терпѣлъ ущербъ, онъ вновь являлся ко мнѣ за совѣтомъ. Два года тому назадъ я узналъ, что онъ тяжело заболѣлъ. Данные о его болѣзни часто имѣли такой противорѣчивый характеръ, что я понималъ колебанія домашняго врача относительно діагноза. Постоянная потеря сознанія, непрерывныя головныя боли, бредъ, явле- нія паралича, временное полное помѣшательство, приступы буйства, неспособность принимать пищу, судороги и сильная лихорадка застав- ляли постоянно мѣнять діагнозъ. У него предполагали то туберкулез- ный менингитъ, то церебро-спинальный менингитъ, энцефалитъ, мно- жественный невритъ и даже (въ виду того, что онъ часто путешество- валь по Италіи и однажды—по Бразиліи) *malaria pernicioza*. Скорѣе всего, однако, останавливались на туберкулезномъ менингитѣ, тѣмъ бо- лѣе, что его сестра изъ-за чахотки жила въ Италіи. Все эти діагнозы устанавливали неблагоприятное предсказаніе, и тѣмъ не менѣе пациентъ выздоровѣлъ. Послѣ продолжительной, тянувшейся мѣсяцами, болѣзни онъ оправился (правда, медленно), и когда я въ первый разъ его уви- дѣлъ, онъ былъ совсѣмъ разбитымъ человѣкомъ. Затѣмъ онъ опять совершилъ поѣздку въ Италію и послѣ своего возвращенія совершенно поправился. Въ послѣднее время при изслѣдованіи я нашелъ у него снова обильное нагноеніе въ носу. Вслѣдствіе продолжительности своего существованія процессъ, однако, пошелъ далѣе и сдѣлался бо- лѣе глубокимъ: у пациента теперь подъ вліяніемъ стекавшаго изъ носа секрета образовалась экскориція на задне-внутренней стѣнкѣ гортани. Описанное выше психическое расстройство, на мой взглядъ, пред- ставляетъ собой инфекцію головного мозга, вызванную нагноеніемъ въ носу.

Чтобъ представить болѣе ясное доказательство справедливости по- добнаго взгляда, я приведу здѣсь двѣ исторіи болѣзни, изъ которыхъ одна касается случая, наблюдавшагося въ 1860 г. въ клиникѣ профес- сора *Sigmunda*, а другая—случая, наблюдавшагося въ послѣднее время въ моей клиникѣ.

Въ 1860 г., когда я былъ младшимъ врачомъ въ сифилитической больницѣ, я нашелъ въ палатѣ № 67 одного 16—17-лѣтняго юношу съ обширнымъ сифилитическимъ изъязвленіемъ въ носу. Сифилисъ былъ, по всей вѣроятности, наслѣдственнаго характера и привелъ къ обильному нагноенію въ носу. Произведены были попытки устранить это нагноеніе посредствомъ впрыскиваній и смазываній, но нагноеніе продолжалось цѣлыми недѣлями, такъ какъ въ носу оказались некро- тическіе куски костей. Профессоръ *Sigmund* сердито спросилъ, почему пациентъ такъ долго находится на излѣченіи, и когда мы указали на продолжительность процесса, онъ быстро вынулъ изъ своего набора

палочку ляписа и показалъ намъ, какъ слѣдуетъ прижигать подобное нагноеніе. Онъ вошелъ палочкой ляписа глубоко въ носъ, рассчитывая этимъ путемъ прекратить существовавшее тамъ нагноеніе. Это энергическое вмѣшательство не имѣло никакого успѣха. Черезъ три дня послѣ этого пациентъ умеръ, при чемъ при вскрытіи оказалось, что смерть послѣдовала отъ менингита. Обнаружилось тогда, что процессъ распространился изъ носа на основаніе черепа, гдѣ вызвалъ воспаленіе и образованіе гнойнаго эксудата, отъ чего пациентъ и умеръ. Это былъ первый наблюдавшійся мною случай, гдѣ смерть послѣдовала вскорѣ послѣ непосредственнаго вмѣшательства.

V. A., 45 лѣтъ отъ роду, кухарка, вдова, принята 24 февраля 1895 г.

Діагнозъ: *lues pharyngis et naarium*.

А н а м н е з ѣ. Пациентка сообщила, что 3 мѣсяца тому назадъ была совершенно здорова и не имѣла ни экзантемы, ни какой другой болѣзни, которая могла бы вызвать у нея описанные ниже симптомы. Первичное пораженіе на половыхъ органахъ она отрицала. Лѣченія втираніями не было произведено. 3 мѣсяца тому назадъ появились боли при глотаніи и сильныя слизистыя истеченія изъ носа.

*Status praesens*, 24 февраля 1895 г. При передней риноскопіи нашли на обѣихъ сторонахъ довольно сильную гиперемію слизистой оболочки, которая, кромѣ того, оказалась нѣсколько атрофичной и покрытой многочисленными корками. Послѣ частичнаго удаленія послѣднихъ на днѣ носовой полости на обѣихъ сторонахъ, на границѣ между костной и хрящевой перегородкой, находился плоскій инфильтратъ, который съ обѣихъ сторонъ продолжался кверху по направленію къ перегородкѣ. На нѣкоторыхъ мѣстахъ инфильтратъ былъ изъязвленъ. Кзади онъ простирался на довольно далекомъ разстояніи. Пробожденія перегородки не было видно.

При задней риноскопіи было найдено, что перегородка сохранилась, и что позади нѣтъ никакого инфильтрата. Задневерхняя поверхность мягкаго нѣба на мѣстѣ *garhe* была покрыта плоскимъ инфильтратомъ, который отчасти казался изъязвленнымъ. Другія части носоглоточнаго пространства были нормальны. На лѣвой дужкѣ, соответственно расщелинѣ между передней и задней нѣбной дужкой, находилась щелевидная потеря вещества, края котораго зажили рубцомъ. На ротовой поверхности мягкаго нѣба, на границѣ съ твердымъ, найденъ продолговатый, лежащій въ сагитальномъ направленіи, инфильтратъ, верхняя поверхность котораго совершенно изъязвилась, и который кпереди продолжался на твердое нѣбо. Это былъ тотъ же инфильтратъ, который описанъ былъ выше на днѣ носовой полости и на переднихъ частяхъ мягкаго нѣба. Въ остальныхъ отношеніяхъ въ глоткѣ не найдено ничего ненормальнаго. Въ гортани не было никакихъ измѣненій.

Діагнозъ: изъязвленная гуммозная опухоль мягкаго и твердаго нѣба, *ulcera syphil. naarium*.

Лѣ ч е н і е. Втиранія (*Ung. ciner.* 4,0 *pro die*). Иодистый калий, 2,0 *pro die*; мѣстныя прижиганія 50% растворомъ ляписа на мягкомъ и твердомъ нѣбѣ. Въ носу не было примѣнено никакого лѣченія.

1 марта. Въ 4 часа по полудни сильная лихорадка, при чемъ температура достигла 40,4° С; потрясающій ознобъ; головная боль.—Въ 7 часовъ вечера лихорадка прекратилась.

2 марта. Въ 2 час. пополудни повышеніе температуры; вечеромъ около 6 час. температура дошла до 39,8° С. Часомъ позже она достигла 40,3°. Въ мочѣ, опорожненной Нелатовымъ катетеромъ, найдено довольно много бѣлка; сахару нѣтъ. Головная боль.

3 марта. Продолжительная лихорадка, при чемъ температура въ 5 час. достигла 40° С. Полное безсознательное состояніе; анестезія кожи; голова движется съ трудомъ. При насильственномъ движеніи ея наступилъ эпилептоидный приступъ, который начался на правой половинѣ тѣла.

Съ 3 марта 1895 г. я перевелъ больную въ клинику *Nothnagel*'я, гдѣ найдено было слѣдующее:



Пациентка лежит на спинѣ.—Сознаніе глубоко нарушено и при громкомъ зовѣ наступаетъ только ничтожная реакція.—Голова держится прямо, лицо не имѣетъ никакого выраженія. Иногда лобъ нахмуривается какъ бы отъ боли.—Глаза открыты, блуждаютъ вокругъ. Носъ красный, и остальная часть лица имѣетъ блѣдный видъ.—Руки не движутся, руками больная теревитъ бѣлье.—Глаза нѣсколько выпячены и двигаются по вѣсьмъ направленіямъ.—Зрачки расширены, лѣвый больше праваго. Реакціи на свѣтъ нѣтъ никакой.—Рефлексъ роговицы сохраненъ.—Губы и языкъ сухи; вѣдствие глубокой потери сознанія пациентка не можетъ выдвинуть языка. Оборонительныя движенія при изслѣдованіи офтальмоскопомъ.—Затылокъ не ригиденъ. Давленіе на верхній шейный позвонокъ причиняетъ ничтожную боль.—Наружный слуховой проходъ на обѣихъ сторонахъ не содержитъ секрета. Въ лѣвомъ ухѣ ватная пробка.—Пульсъ лучевой артеріи—мягкій, неполный; пульсовая волна низка, давленіе ничтожно; пульсъ даетъ 148 ударовъ въ минуту; онъ ритмиченъ.—Дыханіе (44), прерывистое, неправильное, иногда прекращающееся на 1—2 секунды.—Паралича лицевого нерва не замѣтно.—Руки. При пассивныхъ сгибаніяхъ и разгибаніяхъ сопротивленіе ничтожно. При сильномъ щипкѣ не наступаетъ никакой особенной реакціи.—Ноги. Самопроизвольныя движенія ничтожны. При пассивныхъ движеніяхъ ощущается сопротивленіе. При энергическомъ щипкѣ ничтожная реакція. Подоживенный рефлексъ на обѣихъ сторонахъ сохраненъ (на правой сторонѣ онъ нѣсколько сильнѣе).—Колѣнный рефлексъ на обѣихъ сторонахъ усиленъ.—Стопнаго клонуса нѣтъ.—Легкія. При выстукиваніи не найдено ничего ненормальнаго.—Выслушваніе. Нѣсколько жесткое везикулярное дыханіе и хрипы.—Сердце имѣетъ нормальныя границы. Верхушечнаго толчка нѣтъ. У верхушки слышенъ короткій систолическій шумъ, въ остальныхъ мѣстахъ повсюду тоны глухи.—Животъ нѣсколько вздутъ, мягокъ и даетъ тимпаническій тонъ.—Печень. Она прощупывается на 2 пальца подъ реберной дугой; край утолщенъ.—Селезенка не прощупывается.—Моча (опорожненная катетеромъ) имѣетъ темный буро-красный цвѣтъ, мутна и даетъ кислую реакцію. Ясное содержаніе нуклеоальбумина; бѣлокъ содержится въ умѣренномъ количествѣ. Сахара нѣтъ; ацетона слѣды. Въ осадкѣ найдено нѣсколько зернистыхъ цилиндровъ и эпителий.

Клиническій діагнозъ: lues, meningitis.

Летальный исходъ въ половинѣ 10-го вечеромъ (3 марта). Вскрытіе 4 марта.

Патолого-анатомическій діагнозъ: meningitis sero-purulenta diffusa e rhinitide ulcerosa orta e lue. Gumma palati mollis cum ulcere syphilitico. Cicatrices syphiliticae pharyngis et fornicis poster. Lues hepatitis. Tumor lienis acutus et degeneratio parenchymatosa renum.

Данныя вскрытія. Довольно сильный, крѣпко сложенный женскій трупъ съ хорошо развитой жировой клѣтчаткой.—Мускулатура умѣренно развита. Черепной сводъ имѣетъ продолговато-овальную форму и большею частью компактенъ. Твердая мозговая оболочка напряжена и блестяща.—Мягкія мозговья оболочки какъ на сводѣ, такъ и на основаніи обильно пропитаны серозно-гнойнымъ экссудатомъ, который особенно рѣзко замѣтенъ на внутреннемъ краѣ лобныхъ долей въ обоихъ полушаріяхъ, а также въ области перекреста зрительныхъ нервовъ.—Въ обоихъ боковыхъ желудочкахъ содержится только умѣренное количество мутной, слегка красноватой жидкости.—Корковое вещество равномерно толщины, мозговое вещество нѣсколько размягчено.—Твердая мозговая оболочка на основаніи черепа въ передней черепной ямѣ нѣсколько сильнѣе пристала къ кости и на мѣстѣ lamina cribrosa обнаруживаетъ слѣды фибринозно-гнойнаго экссудата.—Слуховые органы безъ измѣненій.—На слизистой оболочкѣ носа находятся обильныя полипозныя разрашенія и мелкій гнойный экссудатъ, по удаленіи котораго на верхней части перегородки видно нѣсколько малевькихъ язвъ съ валикообразными краями.—На слизистой оболочкѣ твердаго нѣба находится большая язва въ нѣсколько сантиметровъ, которая переходитъ кзади на мягкое нѣбо; она имѣетъ круто отрѣзанные и утолщенные края и неровное дно; она въ передней своей части мѣстами уже покрыта грануляціями.—Въ задней части язвы на мягкомъ нѣбѣ находится огра-

ничное некротическое мѣсто, величиною въ орѣхъ (гумозное новообразова-  
ніе). На мягкомъ нѣбѣ въ области миндалевидныхъ железъ, которыя раздѣле-  
ны на нѣсколько долей и склерозированы, находятся лучистые рубцы.—Сли-  
зистая оболочка пищеваго и дыхательнаго горла имѣетъ блѣдный  
цвѣтъ.—Легкія повсюду проходимы, содержатъ воздухъ, нѣсколько вздуты и  
истощены въ своихъ переднихъ частяхъ; слизистая оболочка бронховъ  
имѣетъ блѣдную окраску. Сердце не увеличено; мускулатура имѣетъ бурый  
цвѣтъ; на эндокардіи подъ клапанами аорты находятся желтовато окра-  
шенныя мѣста. На узелкѣ задняго клапана аорты находятся небольшія  
марантическія отложения, величиною въ булавочную головку.—На интимѣ аор-  
ты находятся немногочисленныя желтоватыя мѣста. Селезенка увеличена;  
капсула ея нѣсколько сморщена; яковъ имѣетъ темно-красный цвѣтъ и легко  
соскабливается.—Печень уменьшена въ объемъ; поверхность ея въ общемъ  
имѣетъ однородный видъ, болѣе или менѣе зерниста, при чемъ мѣстами на  
верхней и нижней поверхности можно видѣть большія лучистыя рубцовыя  
вдавленія, которыя видѣряются въ толщу ея. Паренхима плотна, сохранила  
еще адипозное строеніе, но содержитъ при этомъ болѣе значительное количе-  
ство соединительной ткани, при чемъ мѣстами попадаются окрашенныя въ  
желтый цвѣтъ части.—Желчный пузырь переполненъ темной желчью и  
содержитъ множество маленькихъ, окрашенныхъ въ темный цвѣтъ, камней.—  
Въ ductus cysticus ущемленъ большой камень.—Обѣ почки увеличены,  
мягкой консистенціи; ткань нѣсколько выступаетъ на поверхности разрѣза;  
корковое вещество имѣетъ равномѣрную толщину и рѣзко отдѣляется отъ моз-  
гового вещества; вся ткань окрашена въ бѣловато-желтый цвѣтъ.—Слизи-  
стая оболочка мочевого пузыря, желудка и кишечника  
блѣдна.—Въ задней части fornix находится большой лучистый рубецъ, кото-  
рый переходитъ на задній отдѣлъ portio.—Въ тѣлѣ матки и особенно въ  
задней части ея находится плотная, бѣловатая, величиною въ орѣхъ, опухоль  
(fibromioma).—Яичники и трубы не представляютъ ничего ненор-  
мальнаго.

Такъ какъ я узналъ, что въ послѣдніе два года много подобныхъ  
случаевъ зараженія мозговыхъ оболочекъ вълѣдствіе нагноенія въ но-  
совой полости попадали на вскрытія, то я просилъ позволенія у про-  
фессора *Weichselbaum*'а опубликовать эти протоколы вскрытій, произ-  
веденныхъ въ патолого-анатомическомъ институтѣ; на это профессоръ  
*Weichselbaum* любезно изъявилъ свое согласіе, за что я приношу ему  
здѣсь свою искреннюю благодарность. Одинъ изъ моихъ ассистентовъ  
нашелъ въ этихъ протоколахъ слѣдующія 4 вскрытія, которыя я сооб-  
щаю здѣсь вкратцѣ.

Было бы, конечно, очень интересно разунать и соотвѣтствующія  
исторіи болѣзни (я далъ себѣ трудъ познакомиться съ ними), но не-  
льзя было получить никакихъ анамнестическихъ указаній, такъ какъ  
во всѣхъ случаяхъ пациенты поступали въ клинику въ безсознатель-  
номъ состояніи и вскорѣ умирали, не приходя въ сознаніе.

В. В., 38 лѣтъ, швея, родилась въ Losz въ Венгріи, жила въ Вѣзѣ, посту-  
пила въ клинику 2 марта 1894 г. въ совершенно безсознательномъ состояніи  
при сильной лихорадкѣ и другихъ симптомахъ менингита. Въ виду этого не-  
льзя было добиться никакихъ анамнестическихъ указаній. Пациентка умерла  
черезъ два дня послѣ поступленія въ больницу.

Въ протоколѣ вскрытія значитъ: гнойный цереброспинальный ме-  
нингитъ послѣ остраго воспаленія слизистой оболочки въ носовой и придаточ-  
ныхъ полостяхъ. Разлитой гнойный бронхитъ; жировое перерожденіе сердца;  
острое припуханіе селезенки.

А. К., 45 лѣтъ, безъ опредѣленныхъ занятій, поступила въ больницу въ  
серединѣ марта 1894 г. въ безсознательномъ состояніи, съ высокой температу-  
рой. И здѣсь также отсутствуютъ какія-либо анамнестическія указанія въ виду  
полной потери сознанія. Больная умерла 20 марта 1894 г.

Протоколъ вскрытія: гнойный лептоменингитъ основанія; острая водянка желудочковъ; нагноившаяся опухоль придатка головного мозга (аденома?); гнойное воспаленіе клиновидныхъ пазухъ, носовой полости, глотки (и обѣихъ миндалевидныхъ железъ); нагноившіяся геморрагическіе инфаркты въ нижнихъ доляхъ праваго легкаго; разлитой гнойный бронхитъ и гнѣзда дольчатой пневмоніи въ обѣихъ нижнихъ доляхъ; геморрагіи на плеврѣ обоихъ легкихъ; острое припуханіе селезенки, мутное набуханіе почекъ и геморрагическій циститъ; гнойный эндометритъ и метролимфангитъ; метрофлебитъ; хроническій параметритъ; жировое перерожденіе сердечной мышцы и печени (послѣ родовая піемія); атрофія праваго зрительнаго нерва и передняя стафилома роговицы.

А. Р., 19 лѣтъ отъ роду, подмастерье, родился въ Holicz въ Моравіи, повидимому, прѣвзжій; поступилъ въ больницу 29 декабря 1894 г. въ безсознательномъ состояніи. Онъ умеръ черезъ сутки.

Протоколъ вскрытія: гнойный менингитъ; флегмонозное воспаленіе слизистой оболочки носа, лобной и клиновидной пазухъ; мутное набуханіе печени и почекъ.

Е. F., 51 г., занимался производствомъ гипсовыхъ фигуръ. Родился въ Bagerodi въ Италіи, жилъ въ Вѣнѣ, поступилъ 17 марта 1895 г. въ 6 ч. вечера въ коматозномъ состояніи. Отъ сопровождавшаго его человѣка узнали, что у пациента 4 дня тому назадъ появились сильный насморкъ, лихорадка и чувство разбитости, а за два дня до его поступленія въ госпиталь къ этимъ симптомамъ присоединилась еще сильная головная боль. Съ этихъ поръ наступило полное безсознательное состояніе, доявились судороги и гнойное истеченіе изъ носа. Черезъ 3 часа послѣ поступленія, т. е. въ 10 ч. вечера, пациентъ умеръ.

Протоколъ вскрытія: гнойный менингитъ, флегмонозное воспаленіе клиновидныхъ пазухъ, лабиринта рѣшетчатой кости и носовой слизистой оболочки. Острое припуханіе селезенки. Мутное набуханіе печени и почекъ.

Въ послѣднемъ случаѣ ассистентъ *Schlagenhaufen* произвелъ бактериологическое изслѣдованіе, которое показало слѣдующее: на препаратахъ изъ покровныхъ стеклышекъ въ мѣстахъ флегмоны и гнойнаго менингита найдена масса стафилококковъ. При культивированіи экссудата гнойнаго менингита получены колоніи золотистаго гноероднаго стафилококка.

### XVIII.

## Лордозъ шейной части позвоночнаго столба.

Къ числу рѣдкихъ измѣненій задней глоточной стѣнки надо отнести то, которое обусловливается чрезвычайно рѣзко выраженнымъ лордозомъ шейной части позвоночника. Въ такихъ случаяхъ находятъ, что задняя стѣнка глотки выдается въ видѣ возвышенія; послѣднее можетъ достигнуть такихъ размѣровъ, что препятствуетъ осмотру гортани и глубокихъ частей *isthmus faucium*, при чемъ надгортанникъ нерѣдко прилегаетъ къ этому возвышенію. Наиболѣе выстоящее мѣсто соотвѣтствуетъ обыкновенно тѣлу четвертаго шейнаго позвонка, который находится приблизительно на высотѣ задней стѣнки гортани.

Одно это возвышеніе при особенно значительномъ развитіи можетъ уже привести къ стѣсненію дыханія, достигающему иногда большой степени, если въ то же время благодаря случайному наступленію ка-

тарра слизистая оболочка припухаетъ, и стенозъ, слѣдовательно, увеличивается. Явленія стеноза бываютъ сильнѣе всего выражены, когда больные лежатъ на спинѣ, такъ какъ тогда надгортанникъ прилегаетъ къ задней стѣнки глотки и закрываетъ, на подобіе клапана, входъ въ гортань. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда организмъ особенно сильно истощенъ, на слизистой оболочкѣ глотки и на противоположащемъ участкѣ задней поверхности внутренней стѣнки гортани, соотвѣтственно мѣсту наибольшаго выпячиванія шейной части позвоночника, образуется язва вслѣдствіе пролежня, которая иногда при дальнѣйшемъ распространеніи въ глубину можетъ привести къ перихондриту перстневиднаго хряща съ послѣдовательнымъ отторженіемъ послѣдняго. Такъ какъ эти язвы образуются медленно, то онѣ не вызываютъ никакихъ болей и въ большинствѣ случаевъ стоятъ въ связи съ глубокимъ маразмомъ больныхъ. Въ этомъ отношеніи онѣ нѣсколько напоминаютъ пролежни при тифѣ, съ той разницей, что здѣсь образованію язвъ въ гортани способствуетъ лордотическое выпячиваніе позвонковъ. Дальнѣйшія послѣдствія подобныхъ язвъ бываютъ различны, смѣтря по исходу перихондрита. Въ однихъ случаяхъ дѣло доходитъ до сильнаго припуханія слизистой оболочки гортани, въ особенности надгортанно-черпаловидныхъ связокъ, а иногда и до отека гортани и явленій задушенія. Въ другихъ случаяхъ послѣ излѣченія перихондрита перстневидно-черпаловидное сочлененіе анкилозируется, при чемъ, если анкилозъ наступаетъ въ области фонаціи, развивается также сильное суженіе гортани.

На основаніи подобныхъ измѣненій почти невозможно установить вѣрный діагнозъ *in vivo*, тѣмъ болѣе что лордотическое выпячиваніе шейныхъ позвонковъ дѣлаетъ невозможнымъ точный осмотръ гортани. Въ такихъ случаяхъ приходится, слѣдовательно, ограничиться вѣроятнымъ діагнозомъ, если остальные явленія соотвѣтствуютъ предположенной картинѣ, и если можно исключить новообразование. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ лордотическое выпячиваніе бываетъ еще болѣе низкимъ (соотвѣтствуетъ такимъ образомъ 5—6—7-у шейному позвонку) и приводитъ къ сдавленію пищевода и затрудненію глотанія, которыя иногда исчезаютъ при растягиваніи шейныхъ позвонковъ.

Причинное лѣченіе, само собой разумѣется, невозможно. Надо подождать окончанія процесса, а въ случаѣ необходимости воспрепятствовать задушенію при помощи трахеотоміи.

Изображенныя въ приводимой ниже работѣ <sup>1)</sup> искривленія позвоночнаго столба легко распознаются; мы должны поэтому указать на эту специальную работу и удовольствоваться только тѣмъ, что приведемъ заимствованный отсюда рисунокъ и приводимое тамъ описаніе: „*sinus rugiformes* представляютъ два мелкихъ желобка, которые выполнены складками слизистой оболочки; эти складки продолжаютъ въ видѣ дугъ книзу и образуютъ раму для описаннаго выше втягиванія, правый край котораго развитъ гораздо сильнѣе, чѣмъ лѣвый.

Внутреннія части гортани не представляютъ ничего ненормальнаго, кромѣ значительнаго суженія просвѣта въ сагиттальномъ направле-

<sup>1)</sup> *Koschier*. Lordose der Halswirbelsäule mit Druckgeschwüren an der Ringknorpelplatte. Larynxstenose. (Wien. klin. Wochenschr., 1894, № 35 и 36).

нѣ. При сагиттальномъ разрѣзѣ черезъ заднюю стѣнку находятъ на мѣстѣ перстневиднаго хряща блѣдную, величиною въ крейцеръ, выстланную красноватыми грануляціями, полость, къ которой прилегаютъ плотная соединительно-тканная масса, покрывающая черпаловидный хрящъ; какъ дальнѣйшее препарированіе показываетъ, въ эту полость вдаются концы перстневиднаго хряща съ некротическими изгрызенными краями; отъ всей пластинки въ полости остались и лежатъ свободно только маленькіе кусочки секвестровъ. При помощи зонда, вве-



Фиг. 58.]

деннаго въ углубленіе, находящееся на задней стѣнкѣ, легко попадаютъ въ эту полость черезъ щелевидное отверстіе, длиною въ 2—3 мм., которое находится на верхнемъ краѣ этой полости“.

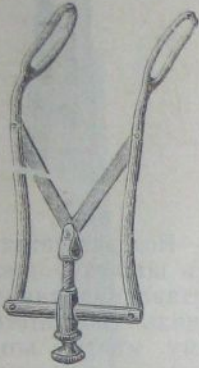
При изслѣдованіи подобныхъ измѣненій въ глоткѣ безусловно необходимо осмотрѣть и ощупать снаружи шейные и грудные позвонки. При этомъ легко удастся опредѣлить снаружи причину выпячиванія глоточной стѣнки по искривленію наклоненнаго впередъ затылка и соответственному искривленію грудной части позвоночника.

Въ другой работѣ <sup>1)</sup>, вышедшей изъ моей клиники, мой прежній ассистентъ, состоящій нынѣ приватъ-доцентомъ Берлинскаго университета, *Paul Heymann*, опубликовалъ сообщенный ему мною случай лордоза шейной части позвоночника. Пациентъ обратился ко мнѣ вслѣдствіе возникшихъ у него затрудненій въ глотаніи. Это былъ рослый, крѣпкій мужчина, лишившійся совершенно возможности глотать. Я велѣлъ приготовить для него тугой высокій шейный галстукъ, который давалъ ему возможность выпрямлять и поднимать шейную часть позвоночнаго столба. Когда больной надѣвалъ галстукъ, глотаніе становилось возможнымъ, такъ что онъ долженъ былъ всегда прибѣгать къ нему. Такъ какъ, однако, дыханіе у него не было нарушено, то въ остальное время онъ могъ не носить этого галстука.

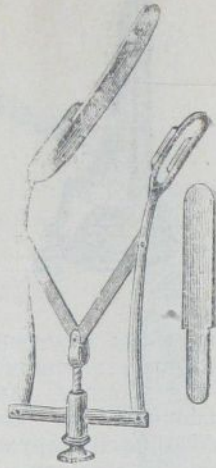
Я не думаю, что подобныя приспособленія могутъ приводить къ цѣли во всѣхъ случаяхъ, однако попытку всегда слѣдуетъ дѣлать, если появляются затрудненія глотанія.

Въ прилагаемыхъ таблицахъ мы имѣли въ виду дать описаніе хотя бы самыхъ необходимыхъ инструментовъ, которые употребляются для изслѣдованія носа и глотки и для производства операцій въ этихъ частяхъ. Само собой разумѣется, что этихъ инструментовъ недостаточно для всѣхъ операцій, такъ что насъ могутъ упрекнуть въ неполнотѣ этихъ таблицъ; въ виду этого мы ссылаемся на соответственные отдѣлы хирургіи, гдѣ подобныя операціи описаны точнѣе, и гдѣ можно найти изображеніе всѣхъ инструментовъ.

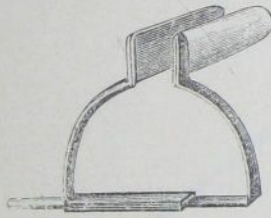
<sup>1)</sup> *Paul Heymann*. Lordose der Halswirbelsäule.



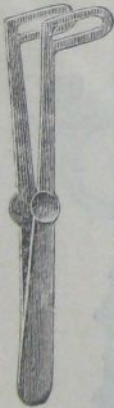
Фиг. 59.—Общераспространенное носовое зеркало *B. Fränkel*'я. При помощи винта, укрѣпленнаго на нижнемъ концѣ вѣтвей, поздри могутъ быть постепенно расширяемы.



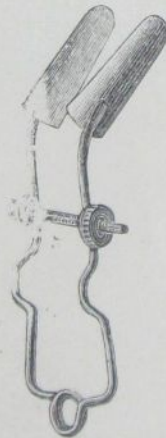
Фиг. 60.—Носовое зеркало *Fränkel*'я, видоизмѣненное мною такимъ образомъ, что бранши могутъ быть удлиняемы вставленіемъ пластинокъ изъ слоновой кости, которыя имѣютъ цѣлью защитить отъ прижиганія носовую перегородку при употребленіи гальванокаутера.



Фиг. 61.—Маленькій носовой расширитель à demeure *Lennox-Brown*'а.



Фиг. 62.—Маленькое пружинное носовое зеркало *Bosworth*'а. Вѣтви его надо сдвинуть передъ вставленіемъ, прижавъ пластинки, находящіяся на срединѣ рукоятки. Примѣняется большею частью у дѣтей.



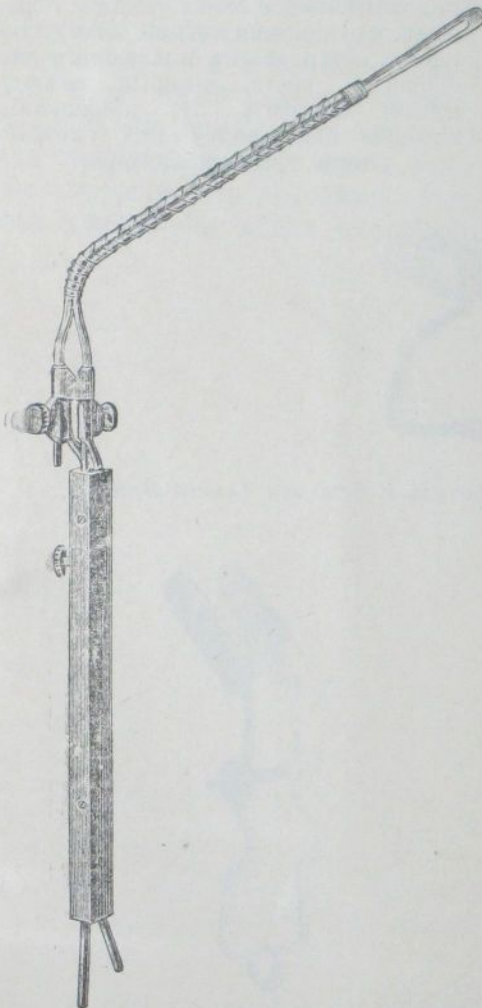
Фиг. 63.—Также пружинное носовое зеркало съ параллельно стоящими вѣтвями; для устраненія чрезмѣрнаго раздвиганія устроенъ установочный винтъ.



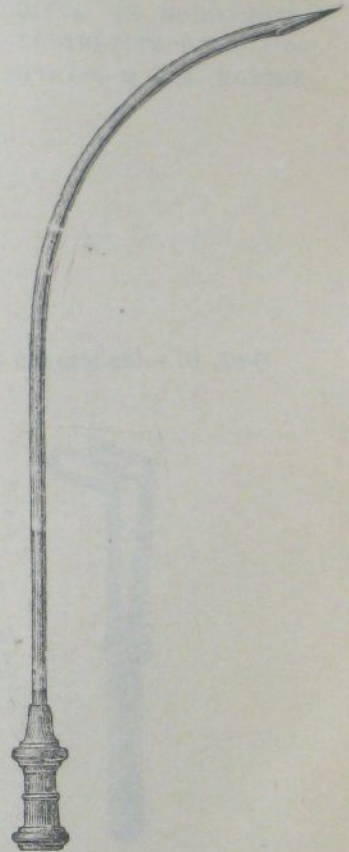
Фиг. 64.—Конически заостренное носовое зеркало *Duplay*, видоизмѣненное *Bresgen*’омъ и служащее для глубокаго проникновенія въ носъ. При помощи придѣланнаго снаружи винта бранши раскрываются въ полости носа.



Фиг. 65.—Носовая металлическая воронка съ широкой щелью. Инструментъ вставляется такимъ образомъ, чтобы щель соответствовала какъ разъ тому мѣсту, которое хотять прижечь. Остальныя части защищены отъ прижиганія.

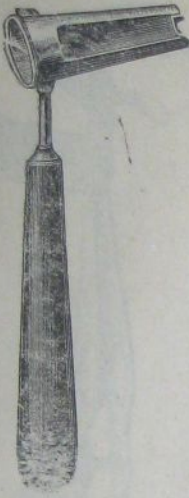


Фиг. 66.—Прямой гальванокаустическій наконечникъ съ рукояткой (*Schech*).



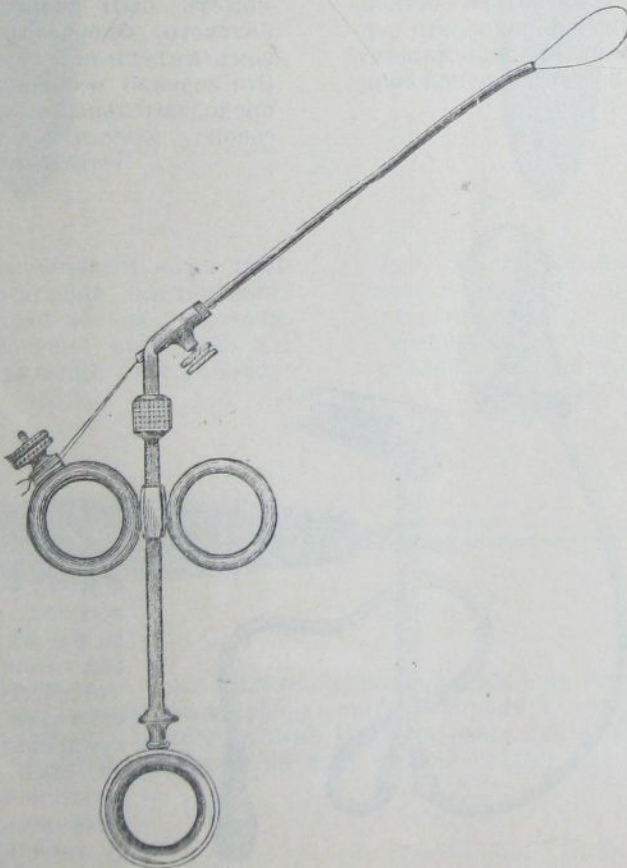
Фиг. 67.—Крѣпкій троакаръ, примѣняемый для пробной пункціи Гаймеровой полости со стороны нижняго носоваго хода, а также для вскрытія заглочочныхъ нарывовъ.





Фиг. 68.—Носовая воронка (какъ на фиг. 65), снабженная рукояткой, чтобы больной могъ удерживать ее самъ въ установленномъ положеніи. Можетъ привинчиваться правой и лѣвой стороной.

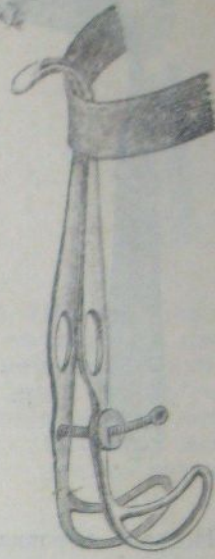
Фиг. 69.—Инструментъ для защиты носовой перегородки съ рукояткой. Вставляемая въ носъ пластинка сдѣлана изъ слоновой кости.



Фиг. 70.—Прямой петлевидный экразеръ *Storck'a* для вылуценія носовыхъ полиповъ.



Фиг. 71.—Ушное зеркало *Kramer'a*, снабженное пружиной или установочным приспособлением по *Schrötter*у и пригодное въ такомъ видѣ для осмотра носовой полости. Чтобы у оператора оставались свободными обѣ руки, это зеркало, установленное въ надлежащемъ положеніи, удерживается рукой больного.



Фиг. 72.—Пружинное носовое зеркало, снабженное также установочнымъ приспособленіемъ. На своемъ верхнемъ концѣ оно такъ изогнуто, что при помощи обыкновеннаго бинта можетъ быть прикрѣплено ко лбу больного. Операторъ такимъ образомъ имѣетъ обѣ руки свободными. Это зеркало особенно пригодно для продолжительныхъ операцій въ носовой полости. Оно придумано *Vorstädler'*омъ.



Фиг. 73.—Металлическая носовая воронка (какъ на фиг. 65 и 68). Она устроена такимъ образомъ, что между ея двойными стѣнками можетъ циркулировать ледяная вода, такъ какъ рукоятка раздѣляется на двѣ припаянныхъ другъ къ другу трубки. Въ одну изъ нихъ ледяная вода втекаетъ, изъ другой—вытекаетъ. Это зеркало примѣняется при очень болѣзненныхъ и продолжительныхъ операціяхъ (*Stoerk*).

Эта воронка примѣняется при очень болѣзненныхъ и продолжительныхъ операціяхъ (*Stoerk*).



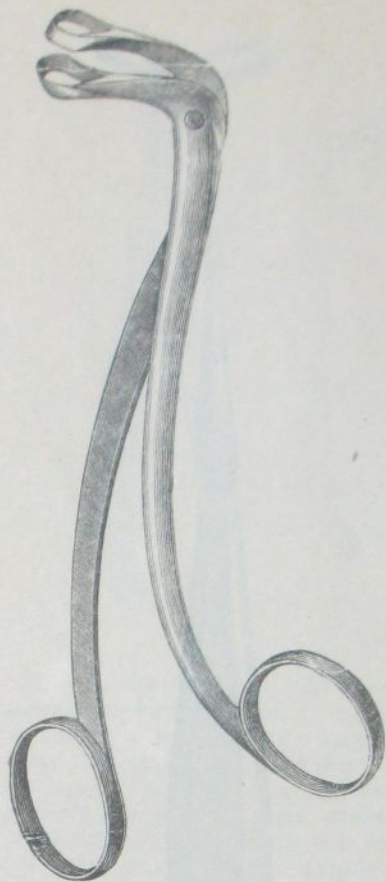
Фиг. 74.—Кольцевидный ножъ *Hartmann'a* для удаленія аденоидныхъ разраженій. Края кольца отточены. Этотъ ножъ особенно пригоденъ для удаленія разраженій съ глоточнаго свода.



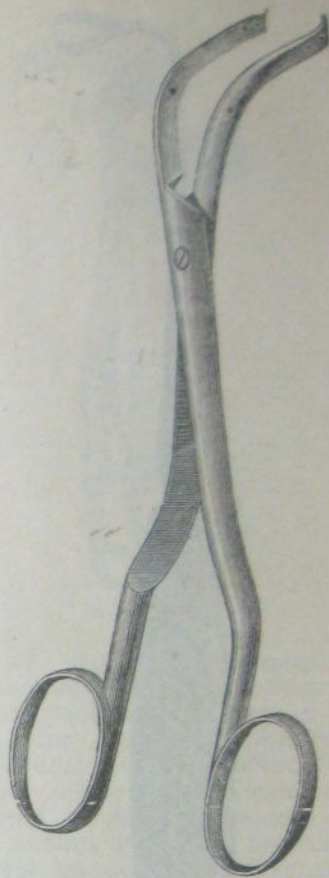
Фиг. 75.—Острая ложечка *Stoerk'a* для носоглоточнаго пространства. При помощи ея легко производится выскребаніе носоглоточнаго свода послѣ удаленія злокачественныхъ новообразованій.



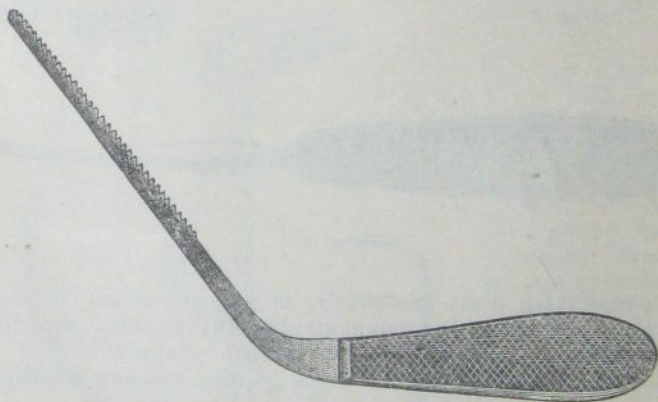
Фиг. 76.—Кольцевидный ножъ *Gottstein'a*, видоизмѣненный *Gruber'омъ* и служащій для удаленія аденоидныхъ разраженій. Внутренній верхній край инструмента отточенъ. Этимъ ножомъ можно удалить разраженія не только съ носоглоточнаго свода, но и съ задней стѣнки глотки.



Фиг. 77.—Крѣпкіе щипцы для хоанъ съ острыми поперечными вѣтвями *Schütz'a*. Инструментъ служитъ для удаленія аденоидныхъ разращеній съ носоглоточнаго свода. Онъ особенно пригоденъ для производства операцій у безпокойныхъ пациентовъ, особенно у дѣтей.



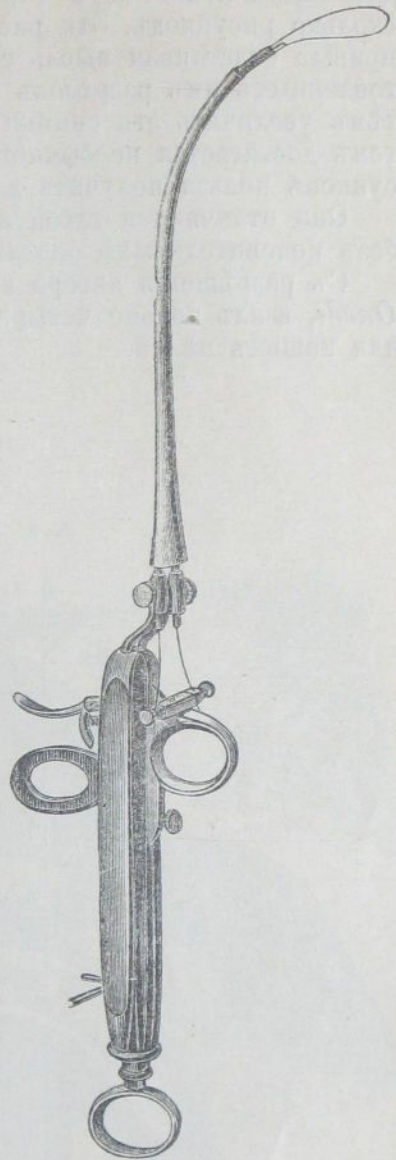
Фиг. 78. Острые щипцы для хоанъ *Stoerk'a*, служащія для удаленія разращеній съ носоглоточнаго свода.



Фиг. 79.—Пила для удаленія костныхъ или хрящевыхъ выступовъ на носовой перегородкѣ (*Bosworth*).



Фиг. 80.—Петля *Stoerk'a* для носоглоточного пространства съ рукояткой. Она служитъ для удаленія новообразованій изъ носоглоточной полости.



Фиг. 81. Рукоятка *Stoerk'a* для гальванокаустической петли. Такъ какъ вставочная трубка гибка, то при различномъ искривленіи ея она можетъ быть примѣняема какъ для гортани, такъ и для носоглоточного пространства и полости носа.

Для лучшаго уясненія анатомическихъ отношеній носовой и придаточныхъ полостей я считаю целесообразнымъ привести здѣсь нѣсколько рисунковъ. Эти рисунки взяты изъ атласа *Onodi* <sup>1)</sup>, которому пришла счастливая мысль сдѣлать фотографическіе снимки съ приготовленныхъ имъ разрѣзовъ носовой полости и верхней челюсти и затѣмъ увеличить эти снимки при гравированіи на деревѣ. Такимъ путемъ достигается необыкновенная точность изображенія; лучшихъ рисунковъ нельзя получить для преподавательскихъ цѣлей.

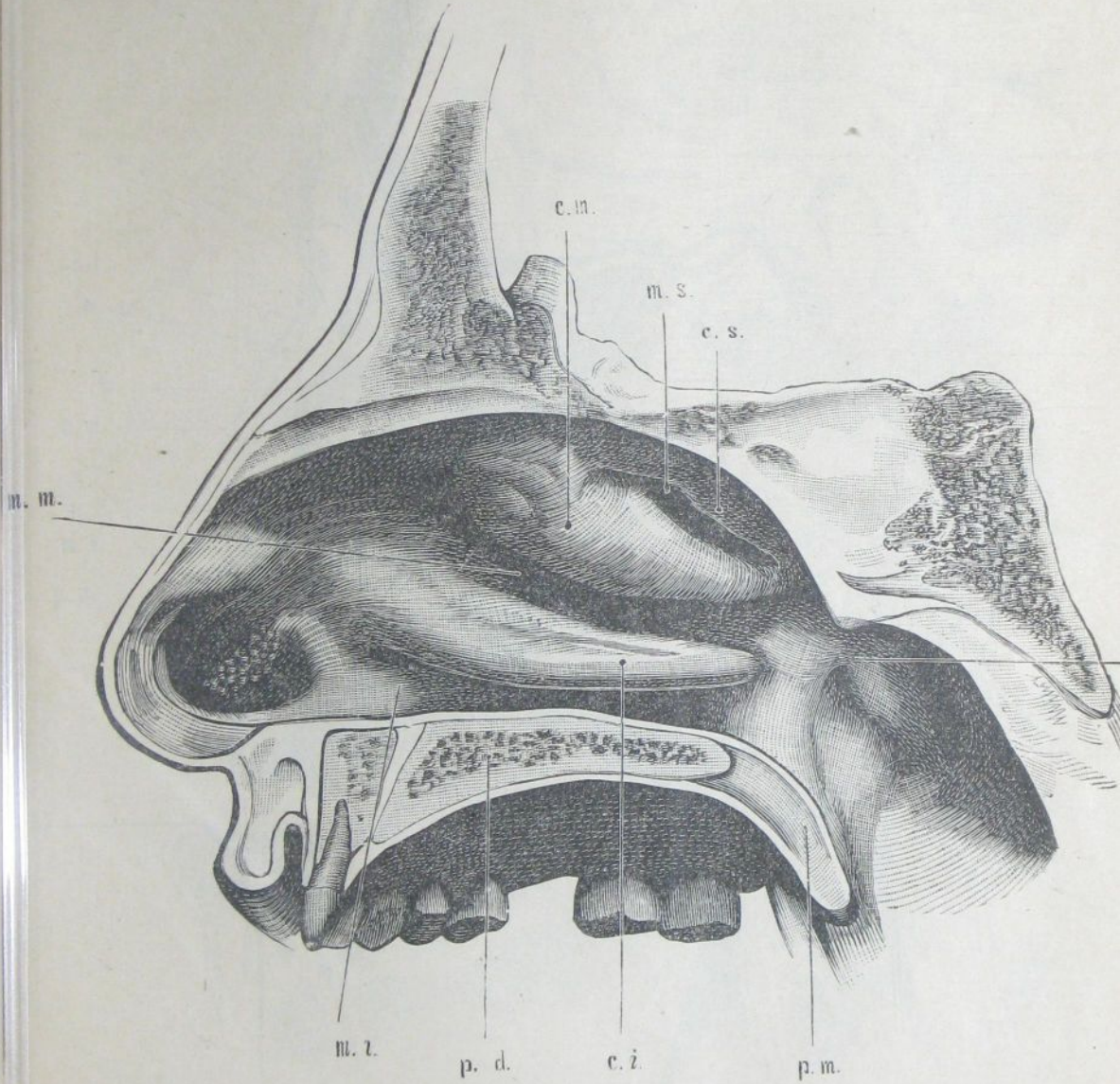
Они отличаются такой ясностью, что можно совершенно обойтись безъ пояснительныхъ описаній.

Съ разрѣшенія автора я изъ 12 таблицъ, содержащихся въ книгѣ *Onodi*, взялъ только четыре, такъ какъ этого совершенно достаточно для нашихъ цѣлей.

---

<sup>1)</sup> *A. Onodi*, доцентъ Буданештскаго университета. Die Nasenhöhle und ihre Nebenhöhlen. Alfred Höhler. Вѣна, 1893.

ТАБЛИЦА I.



Сагиттальный разръзъ.

*m. i.*—нижній носовой ходъ.

*c. i.*—нижняя носовая раковина.

*m. t.*—средній носовой ходъ.

*c. m.*—средняя носовая раковина.

*m. s.*—верхній носовой ходъ.

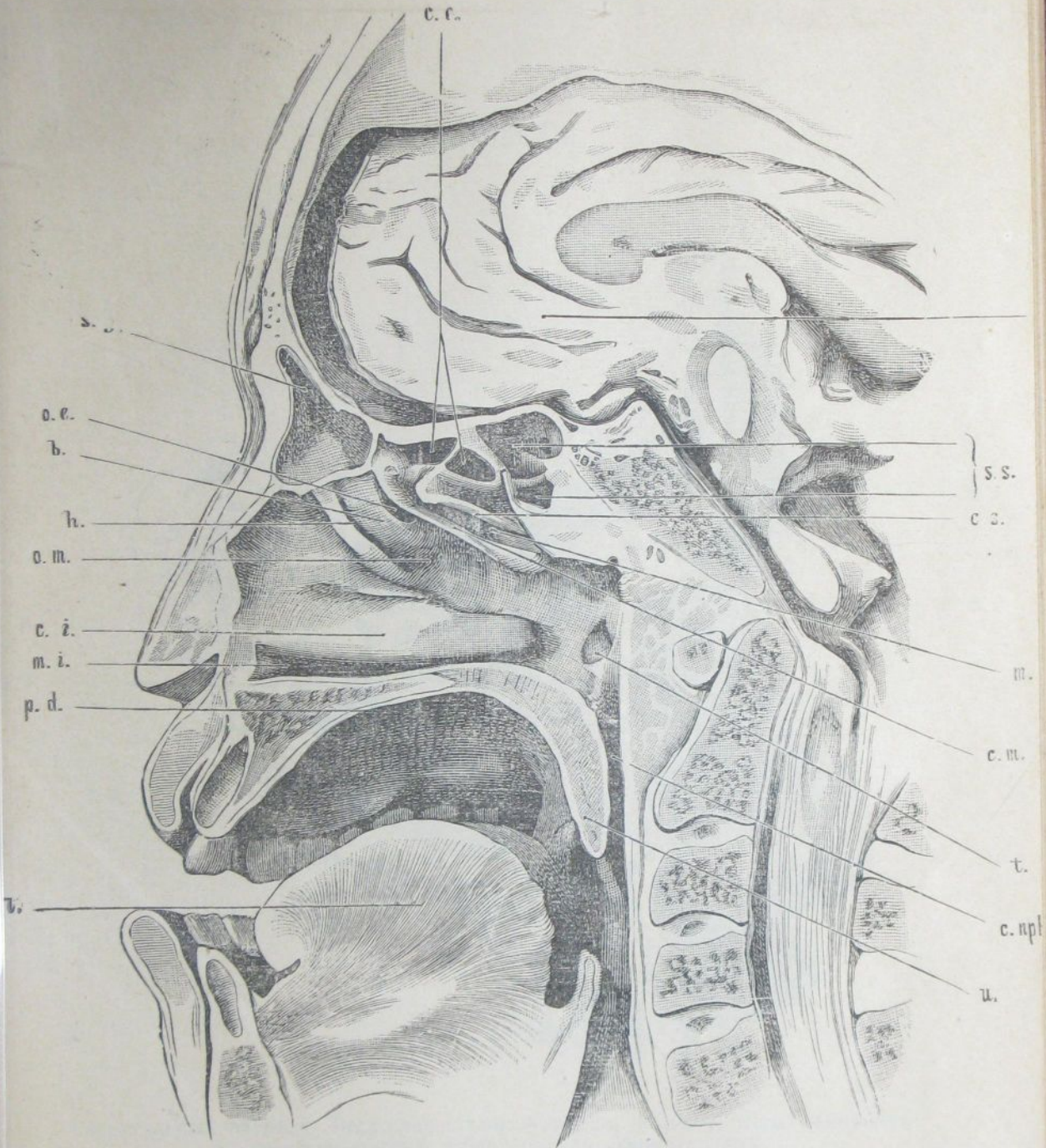
*c. s.*—верхняя носовая раковина.

*p. d.*—твёрдое нёбо.

*p. m.*—мягкое нёбо.

*t.*—отверстiе Евстахиёвой трубы.

ТАБЛИЦА II.



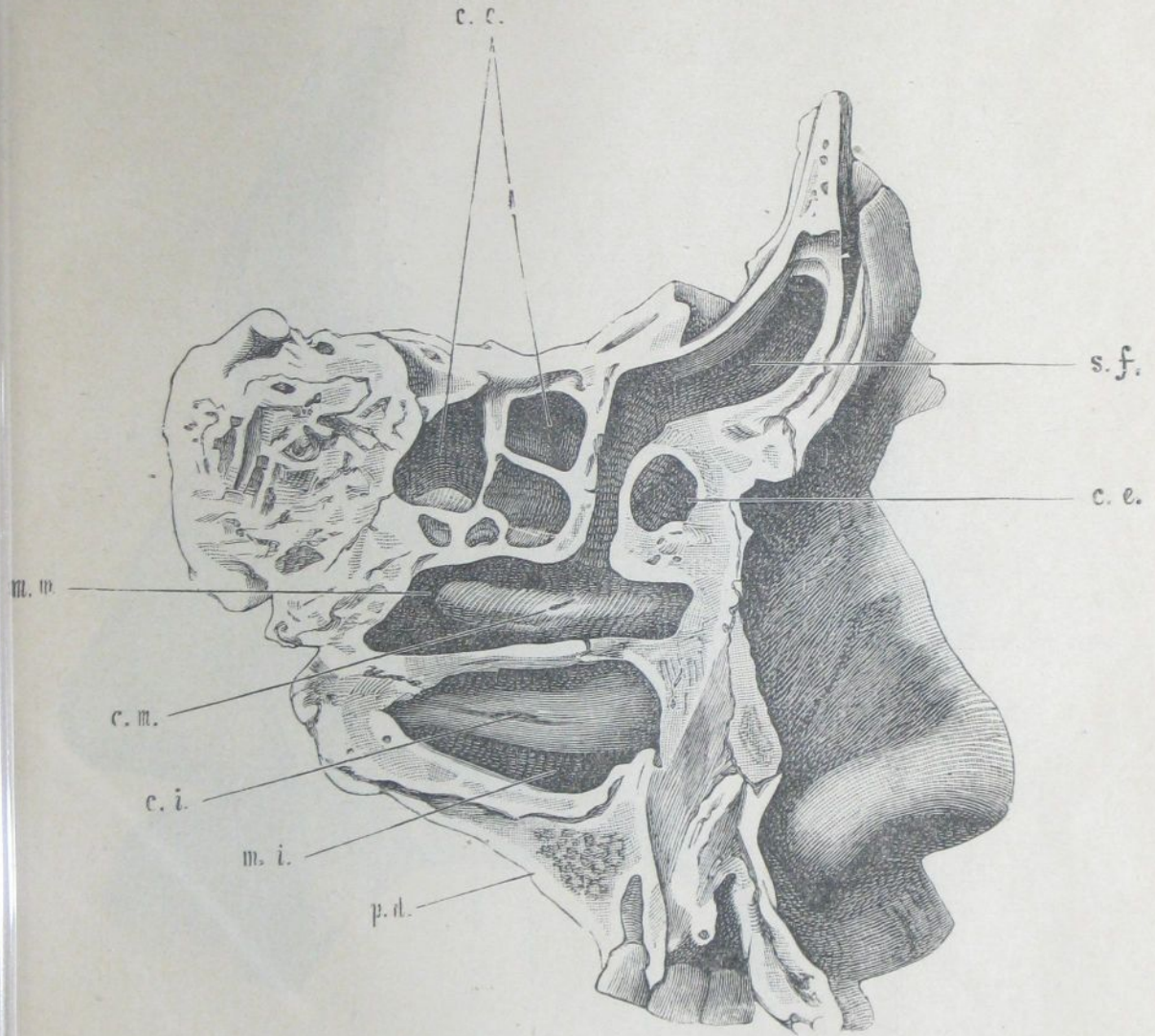
Сагиттальный разръзъ. Средняя раковина удалена; лобная пазуха, клиновидная полость и лабиринтъ рѣшетчатой кости открыты.

- m. i.*—нижній носовой ходъ.
- c. i.*—нижняя раковина.
- c. m.*—край удаленной средней раковины.
- o. m.*—отверстiе челюстной полости.
- h.*—Hiatus semilunaris.
- b.*—Bulla ethmoidalis.
- e. e.*—отверстiе переднихъ клѣтокъ рѣшетчатой кости.
- s. f.*—лобная пазуха.

- c. e.*—заднiя клѣтки рѣшетчатой кости
- s. s.*—клиновидная полость.
- c. s.*—верхняя носовая раковина.
- m. s.*—верхній носовой ходъ.
- c.*—головной мозгъ.
- t.*—отверстiе Евстахiевой трубы.
- c. nph.*—посоглоточное пространство.
- p. d.*—твердое нѣбо.
- и.*—язычекъ.
- l.*—языкъ.



ТАБЛИЦА III.

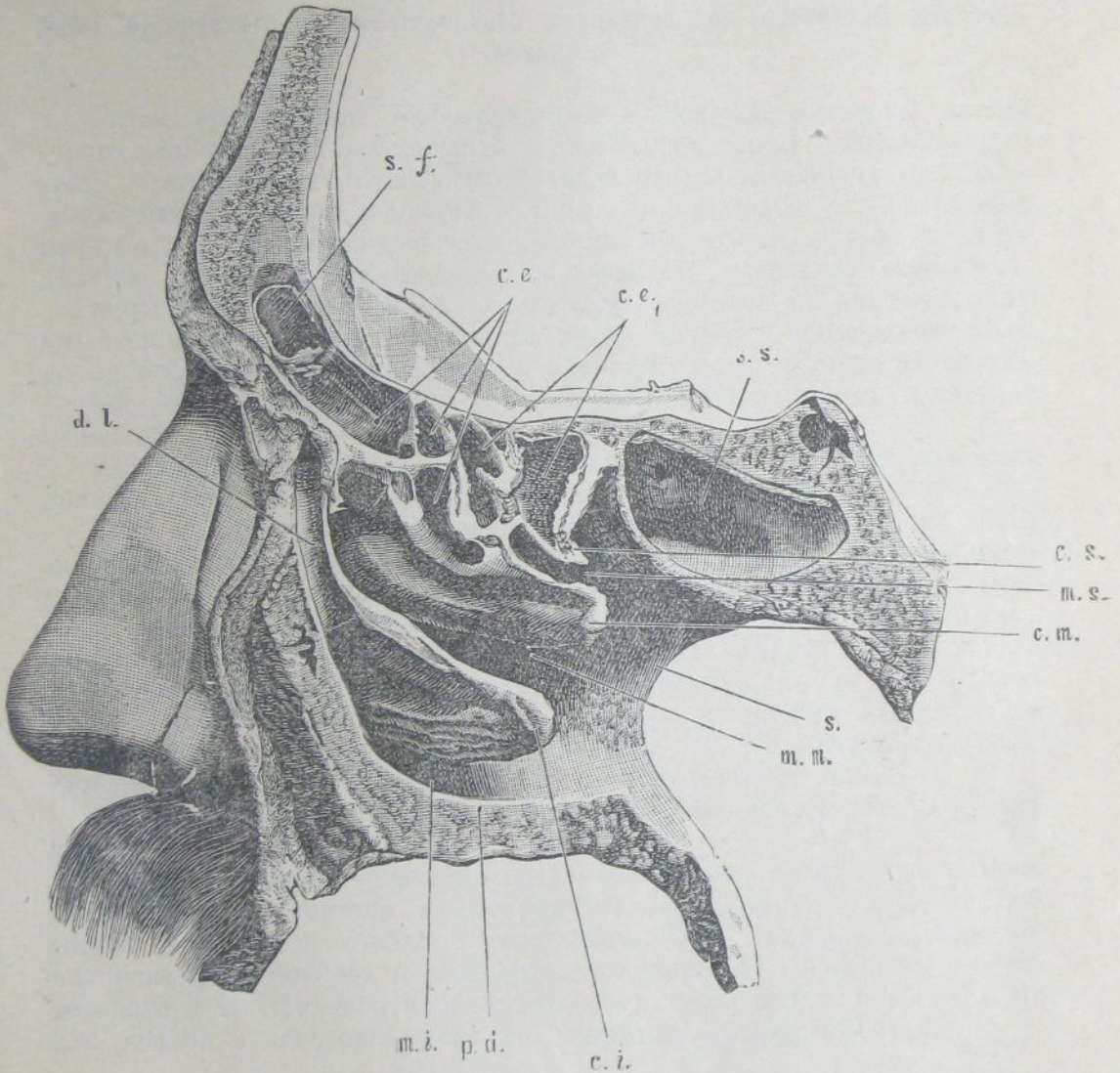


Сагиттальный разрьъзъ. Наружная стьнка удалена; носовые ходы, лабиринтъ рьшетчатой кости и лобная пазуха вскрыты сбоку.

*p. d.* — твердое нёбо.  
*m. i.* — нижнй носовой ходъ.  
*c. i.* — нижняя раковина.  
*c. m.* — средняя раковина.  
*m. m.* — среднй носовой ходъ.

*c. e.* — лабиринтъ рьшетчатой кости.  
*s. f.* — лобная пазуха и ея топографическя отношеня; сообщеня со среднимъ носовымъ ходомъ.

ТАБЛИЦА VI.



Сагиттальный разръзъ. Наружная стѣнка носовой полости удалена и слезно-носовой каналъ продольно расщепленъ.

*p. d.*—твёрдое нѣбо.  
*m. i.*—нижній носовой ходъ.  
*c. i.*—нижняя носовая раковина.  
*m. m.*—средній носовой ходъ.  
*c. m.*—средняя носовая раковина.  
*m. s.*—верхній носовой ходъ.

*c. s.*—верхняя носовая раковина.  
*d. l.*—слезный каналъ.  
*s. f.*—лобная пазуха.  
*c. e.*—переднія и заднія (*c. e. 1*) клѣтки рѣшетчатой кости.  
*e. s.*—клиновидная полость.

## XIX.

## Общія заболѣванія, при которыхъ поражаются носъ и гортань.

## Язвы бугорчатого и небугорчатого характера на слизистой оболочкѣ гортани.

*Türck*, чрезвычайно добросовѣстный и точный діагностъ, всегда строго отличалъ при туберкулезѣ и язвахъ въ гортани катарральную язву „у страдающихъ бугорчаткой“: подъ этимъ названіемъ онъ разумѣлъ всѣ тѣ потери вещества, которыя не возникали отъ распадѣнія инфильтрата. Въ настоящее время, когда мы, согласно новому опредѣленію *Virchow*'а, не должны пользоваться удобнымъ названіемъ: „катарральная язва“<sup>1)</sup>, намъ приходится прибѣгать къ описательному выраженію, или, лучше сказать, къ болѣе точному обозначенію язвы по ея происхожденію, локализациі, внѣшнему виду и специфическимъ особенностямъ; такой образъ дѣйствій несомнѣнно имѣетъ извѣстное основаніе.

Для характеристики нѣкоторыхъ язвъ я желалъ бы здѣсь сообщить данныя, основанныя на моемъ личномъ опытѣ.

Если мы приступаемъ къ вопросу о катаррѣ гортани, то мы должны тотчасъ же заявить, пойдетъ-ли рѣчь объ остромъ или хроническомъ катаррѣ. Острый катарръ поражаетъ гортань подъ вліяніемъ тѣхъ же условій, какія вызываютъ катарръ слизистой оболочки носа, и какъ замѣчаетъ *Virchow*, мы нѣсколько разъ въ годъ имѣемъ случай наблюдать повтореніе такого катарра на насъ самихъ въ весьма рѣзкой формѣ. Въ томъ же мѣстѣ *Virchow* задается вопросомъ: какимъ образомъ могутъ возникнуть язвы? Выдѣляется ли что-нибудь изъ болѣе глубокихъ частей ткани, или же все происходитъ изъ носа?

На эти вопросы надо дать отвѣтъ, если мы вошли уже въ обсужденіе взглядовъ *Virchow*'а.

Условія отдѣленія слизи въ носу—совершенно иныя, чѣмъ условія отдѣленія ея въ гортани. Болѣе значительная рыхлость носовой слизистой оболочки, безконечное число слизистыхъ железокъ, чрезвычайная ранимость покрова и своеобразная иннервациія со стороны обонятельнаго и тройничнаго нервовъ создаютъ совершенно иныя условія для реакціи и отдѣленія, чѣмъ на слизистой оболочкѣ гортани.

1) *Virchow* (Berliner klinische Wochenschrift, 1883, № № 8—9) въ докладѣ, читанномъ въ Берлинскомъ медицинскомъ обществѣ, говоритъ: „если я придерживаюсь такого строгаго опредѣленія катарра, то я при этомъ главнымъ образомъ основываюсь на характерѣ секрета. Я не могу распознать катарръ слизистой оболочки по ея состоянію, а могу сдѣлать это только по ея секрету. На мой взглядъ, слѣдовательно, я не въ правѣ назвать катарромъ то состояніе данной слизистой оболочки, которое напоминаетъ состояніе отдѣляющей катарральныи секретъ слизистой оболочки, если данная оболочка не даетъ никакого отдѣленія.“

Гортань, которая не раздражается, как слизистая оболочка носа, от обонятельных ощущений, и которая не так чувствительна, как носъ, къ маленькимъ инороднымъ тѣламъ, реагируетъ вообще далеко не такъ сильно, какъ носовая слизистая оболочка. Иннервація гортани, которая лучше всего проявляется рефлекторными движеніями, происходитъ только по одному пути, а именно, по развѣтвленіямъ верхняго гортаннаго нерва. Малѣйшее раздраженіе носовой слизистой оболочки тотчасъ же вызываетъ состояніе гипереміи, благодаря которой наступаетъ отдѣленіе, хотя бы на короткое время. Иначе дѣло обстоитъ въ гортани. Она можетъ перенести очень сильное раздраженіе, не реагируя тотчасъ же симптомами катарра. При очень сильномъ раздраженіи, въ крайнемъ случаѣ, наступаетъ временное, скоропроходящее и лишь изрѣдка болѣе стойкое гиперемическое состояніе. Нельзя отрицать, что подобная гиперемія представляетъ собой первый симптомъ катаррального процесса, при чемъ это состояніе можетъ существовать втеченіе долгаго времени, но несмотря на самое тщательное освѣщеніе, мы не найдемъ ненормальной секреціи. Здѣсь существуетъ только гиперемія, но еще нѣтъ выраженного воепаленія; подобное же состояніе въ носу непременно вызвало бы уже обильное отдѣленіе, тогда какъ на слизистой оболочкѣ гортани этого совершенно не бываетъ. Если, однако, гиперемія поражаетъ всю гортань и при этомъ не наступаетъ замѣтнаго измѣненія секрета, то мы въ правѣ все же назвать это состояніе „катарромъ“, даже если нѣтъ никакого катаррального отдѣленія. Отдѣленіе, которое *Virchow* считаетъ характерной чертой катарра, наступаетъ только впоследствии и въ большинствѣ случаевъ тогда, когда острые явленія воспаления исчезли. Если теперь въ томъ состояніи, которое *Virchow* не называетъ еще катарромъ, образуются язвы, то, такъ какъ послѣднія вызваны катарромъ, намъ ничего не остается, какъ назвать ихъ катарральными. Наиболѣе характерны язвы на голосовыхъ связкахъ. Уже *Türk* описалъ ихъ какъ сѣровато-бѣлое омертвѣніе на поверхности голосовыхъ связокъ и уже въ то время заявилъ, что язвы имѣютъ такой видъ, какъ будто онѣ были смазаны яписомъ. Это точное наблюденіе *Türk*'а остается вѣрнымъ и въ настоящее время. Однако, чтобы не пускаться въ словесныя пренія, мы можемъ принять взглядъ *Virchow*'а, что дѣло идетъ здѣсь объ эрозивномъ состояніи, и назвать эти язвы эрозивными.

Помимо этихъ эрозивныхъ язвъ, при остромъ катаррѣ существуетъ еще другой родъ изъязвленій въ гортани, которыя въ прежнее время называли просто катарральными язвами, и относительно которыхъ мы въ настоящее время, благодаря инициативѣ *Virchow*'а, должны имѣть въ виду вызывающія причины.

Такъ напр., мы видимъ, что у дурно питающихся и физически истощенныхъ субъектовъ при сахарномъ мочеизнуреніи или при сильныхъ анеміяхъ безъ всякихъ видимыхъ причинъ образуются язвы на задне-внутренней стѣнкѣ гортани или на голосовомъ отросткѣ. При Брайтовой болѣзни мы часто, рядомъ съ отечнымъ инфильтратомъ, находимъ на отдѣльныхъ мѣстахъ гортани эрозиі и язвы на задне-внутренней стѣнкѣ. При тифѣ, который всегда сопровождается глубокимъ нарушеніемъ питанія, мы наблюдаемъ на наружной стѣнкѣ гортани,

въ томъ мѣстѣ, гдѣ перстневидный хрящъ прилежитъ къ позвоночнику, образованіе язвъ вслѣдствіе пролежня, а также на внутренней стѣнкѣ гортани—изъязвленія отъ взаимнаго давленія черпаловидныхъ хрящей; на задне-внутренней стѣнкѣ гортани дѣло доходитъ до образованія большихъ подрытыхъ язвъ. У субъектовъ, находящихся въ сопорозномъ состояніи и дышащихъ открытымъ ртомъ, вслѣдствіе высыхания слизистой оболочки на задне-внутренней стѣнкѣ гортани появляются большія подрытыя язвы, которыя впослѣдствіи послѣ выздоровленія отъ тифа нерѣдко угрожаютъ жизни вслѣдствіе суженія гортани и сращенія между собою этихъ частей, такъ что становится необходимой трахеотомія. При меркуріальномъ стоматитѣ, кромѣ язвъ на слизистой оболочкѣ рта, щекъ и десенъ, образуются также язвы въ гортани, которыя не имѣютъ ничего общаго съ сифилисомъ. При бугорчаткѣ, которая по преимуществу сопровождается глубокимъ нарушеніемъ питанія, часто развиваются также неинфильтрированныя язвы на обоихъ голосовыхъ отросткахъ, на задне-внутренней стѣнкѣ гортани. Сюда же я долженъ отнести тѣ язвы, которыя я описалъ въ 1874 г. въ Архивѣ *Virchow's* (т. 60) подъ именемъ „*fissura mucosa*“, и которыя особенно появляются у пѣвцовъ и ораторовъ на задне-внутренней стѣнкѣ гортани. Я нашелъ, что межчерпаловидное пространство является излюбленнымъ мѣстомъ эрозій и размягченій слизистой оболочки, и что механическія движенія отчасти предрасполагаютъ, отчасти приводятъ къ тому, что эти язвы получаютъ опредѣленную форму. Я считаю и теперь несомнѣннымъ, что пѣвцы, ораторы, проповѣдники и актеры, у которыхъ существуетъ подобный мѣстный катарръ, въ разгарѣ увлеченія при глубокомъ вдыханіи получаютъ разрывъ слизистой оболочки вслѣдствіе сильнаго раздвиганія черпаловидныхъ хрящей. Въ настоящее время, по истеченіи многихъ лѣтъ, я долженъ это заявленіе еще дополнить тѣмъ, что подобные разрывы слизистой оболочки наблюдаются въ этомъ мѣстѣ также при сифилисѣ и бугорчаткѣ. Если у сифилитика между черпаловидными хрящами существуетъ папула, которая размягчается, то она разрывается на двѣ части. Однако, еще интереснѣе тотъ фактъ, что если *infiltratio tuberculosa inter arytaenoides*, названная мною мозолью, достигаетъ извѣстнаго развитія, то вслѣдствіе движенія гортани она разрывается, такъ что, пока мозоль еще прикрыта слизистой оболочкой, отъ распадения поверхности послѣдней образуется изъѣденная язва.

Мы переходимъ теперь къ тѣмъ язвамъ, которыя наступаютъ въ гортани при бугорчаткѣ, при чемъ подъ ними мы разумѣемъ такія изъязвленія, которыя не произошли изъ инфильтрата, а лежатъ только въ самомъ поверхностномъ слоѣ. Раньше всего погибаетъ эпителиальный покровъ, при чемъ мы видимъ, что эти язвы достигаютъ до подслизистой ткани и не представляютъ никакихъ характерныхъ чертъ, свойственныхъ бугорчатой язвѣ. Мы имѣемъ здѣсь дѣло съ нарушеніемъ питанія, какъ оно встрѣчается и при другихъ болѣзненныхъ процессахъ. Подобнаго рода язвы могутъ совершенно излѣчиваться частью при помощи мѣстной терапіи, частью при помощи улучшенія общаго состоянія; онѣ не оставляютъ послѣ себя рубцовъ и никакихъ потерь вещества.

Отъ этихъ язвъ рѣзко отличаются тѣ, которыя раньше имѣли инфильтрованное основаніе. Прежде всего здѣсь инфильтрируется дно, пока, наконецъ, не погибнетъ слизистая оболочка, а затѣмъ начинаютъ разрастаться грануляціи, которыя характерны для бугорчатого процесса. Процессъ заходитъ нерѣдко такъ далеко, что вся поверхность слизистой оболочки гортани покрывается такими грануляціями. Такія же точно грануляціи, какія появляются при бугорчатой инфильтраціи черпаловидныхъ хрящей (здѣсь развивается поверхностная язва съ очень плотнымъ дномъ), образуются и при изъязвленіяхъ надгортанника.

### Бугорчатая язва въ гортани.

Было бы чрезвычайно трудно перечислить всѣ виды бугорчатыхъ язвъ, и мы должны поэтому ограничиться указаніемъ на нѣкоторыя изъ нихъ, не рассчитывая этимъ исчерпать все разнообразіе ихъ. Основываясь на тѣхъ изъязвленіяхъ, которыя будутъ описаны ниже, мы затѣмъ сдѣлаемъ свои заключенія.

Бугорчатка гортани никогда не бываетъ первичной. Это воззрѣніе, которое я высказываю послѣ многолѣтняго опыта и послѣ ежегоднаго лѣченія многихъ тысячъ больныхъ, является вполне обоснованнымъ. Наши опытные вѣнскіе патолого-анатомы также держатся воззрѣнія, что бугорчатая язва въ гортани въ большинствѣ случаевъ является послѣдствіями общаго заболѣванія, при чемъ первичное гнѣздо обыкновенно существуетъ въ легкихъ. Многіе авторы сообщали, что бугорчатая язва развивалась въ гортани идиопатически и находили даже ихъ начальныя формы, но на основаніи моего опыта при подобной бугорчаткѣ гортани, гдѣ въ легкихъ, повидимому, нѣтъ ничего, либо просматривается легочный туберкулезъ, либо въ верхушкахъ существуютъ зажившія бугорчатая гнѣзда. Самостоятельнаго туберкулеза гортани я не признаю.

Я долженъ здѣсь же заявить, что бугорчатка, гдѣ бы она ни наблюдалась внѣ легкихъ, всегда бываетъ занесена оттуда при помощи тока крови и лимфы. Мы зашли бы далеко за предѣлы подлежащей здѣсь описанію группы бугорчатыхъ язвъ, если бы стали разсматривать всѣ язвы дыхательнаго аппарата (за исключеніемъ легкихъ) не въ качествѣ самостоятельныхъ заболѣваній, а въ связи съ вызвавшимъ ихъ общимъ страданіемъ.

Въ виду этого я категорически заявляю, что всѣ описываемыя ниже формы бугорчатыхъ язвъ имѣютъ въ своей основѣ общее заболѣваніе бугорчаткой. На мой взглядъ, слѣдовательно, всякая бугорчатая язва въ гортани или гдѣ бы то ни было, на кожѣ языка, губъ, глотки и даже въ носу, служитъ выраженіемъ конституціональнаго заболѣванія туберкулезомъ. Я не стану отрицать, что иногда разсѣянный туберкулезъ легкихъ не можетъ быть еще распознанъ при помощи физическихъ методовъ (ни при перкуссіи, ни при аускультации, ни посредствомъ изслѣдованія мокроты), но такіе случаи встрѣчаются очень рѣдко, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ ихъ вспомогательныя діагностическія средства приводятъ къ распознаванію туберкулеза; эти

исключительные случаи несомненно и послужили причиной того, что менѣ опытные врачи признавали идиопатической характеръ бугорчатки гортани.

Къ подлежащимъ описанію формамъ я могъ бы прежде всего отнести наиболѣ рѣдкую изъ нихъ, т. е. *tuberculosis pituitaria laryngis*. Эта форма была открыта уже давно *Louis*'омъ и *Lannec*'омъ, при чемъ ларингоскопическое изслѣдованіе показало слѣдующее: у больныхъ существовала тяжелая форма легочной бугорчатки съ обильнымъ отдѣленіемъ мокроты. Если *Louis* высказалъ мнѣніе, что мокрота, проходя черезъ гортань, заражаетъ послѣднюю, то въ этомъ заявленіи существуетъ маленькая крупица истины, а именно, поверхностное нагноеніе, существующее въ бронхахъ при обширной легочной чахоткѣ, распространяется черезъ дыхательное горло на гортань. Даже современные врачи признаютъ, что мокрота можетъ вызвать образование язвъ въ гортани, и бактериологическія изслѣдованія не даютъ возможности отрицать это. Однако, въ такихъ случаяхъ обыкновенно развиваются обширные инфильтраты, язвы, разраженія и грануляціи, а этого не бываетъ при *tuberculosis pituitaria*; эта бугорчатка обнаруживается тѣмъ, что вся гортань и дыхательное горло представляютъ гноющуюся поверхность, тогда какъ нигдѣ нѣтъ рѣзко выраженной инфильтраціи, изъязвленій или грануляцій. Наоборотъ, вся слизистая оболочка покрыта сѣровато-желтоватымъ секретомъ и истончена такъ, что кажется атрофированной; во многихъ случаяхъ наступаетъ афонія. При ларингоскопическомъ изслѣдованіи находятъ, что движенія голосовыхъ связокъ бываютъ очень слабыми, и что мускулатура гортани сильно страдаетъ отъ процесса нагноенія; хотя пациенты могутъ закрывать голосовую щель и суживать ее при кашлѣ, чтобы выбросить мокроту, но продолжительнаго замыканія для фонаціи они производить не въ состояніи. Это наблюдается при сильныхъ анеміяхъ, а также при другихъ состояніяхъ. Если анемія такъ сильна, что слизистая оболочка имѣетъ почти бѣлый цвѣтъ, то лежащая подъ нею мускулатура обыкновенно неспособна дѣйствовать въ полной мѣрѣ. Подобный процессъ въ большинствѣ случаевъ наблюдается подъ конецъ бугорчатки и такъ какъ онъ является выраженіемъ общаго заболѣванія, то представляетъ собою неустранимое страданіе. Распознаваніе этой формы болѣзни не имѣетъ никакого особеннаго значенія, и я упоминаю о ней только для полноты.

Гораздо болѣе частой формой служитъ заболѣваніе задне-внутренней стѣнки гортани. Эта стѣнка, повидимому, является излюбленнымъ мѣстомъ развитія бугорчатки. Въ самомъ началѣ здѣсь появляется припуханіе слизистой оболочки, о чемъ пациентъ узнаетъ по тому, что сдвиганіе черпаловидныхъ хрящей нерѣдко встрѣчаетъ препятствіе. Подобные субъекты въ большинствѣ случаевъ являются къ врачу вслѣдствіе нарушенія голоса. *Tumor inter arytaenoideas*, покрытая вначалѣ слизистой оболочкой, недолго остается въ этомъ видѣ. Самый рѣзкій примѣръ подобной формы наблюдается у беременныхъ женщинъ. Какъ извѣстно, во время беременности бугорчатка на нѣкоторое время останавливается, но тотчасъ же послѣ родовъ процессъ ускоряется, и бугорчатка распространяется на всѣ другія части лег-

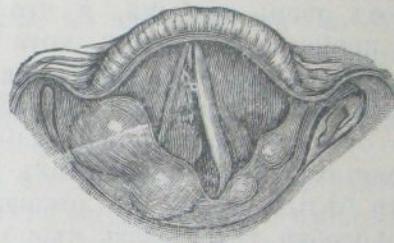
кихъ. Такъ какъ мы должны дать надежный признакъ, то мы заявляемъ, что подобная межчерпаловидная опухоль вскрывается сразу. На гладкой поверхности, представлявшей одно непрерывное цѣлое, образуются многочисленныя язвы со всеми тѣми явленіями, которыя мы наблюдаемъ при бугорчаткѣ. Непрерывно увеличивающіяся бугорчатыя язвы не остаются на одномъ мѣстѣ, но распространяются кнутри и книзу, поражая оба черпаловидныхъ хряща. Какъ только это случилось, состояніе больного значительно ухудшается по сравненію съ тѣмъ временемъ, когда язва находилась въ межчерпаловидномъ про-



Фиг. 82.—Бугорчатая мозоль на задней стѣнкѣ гортани.



Фиг. 83.—Обширное бугорчатое распаденіе съ образованіемъ разраженій на задней стѣнкѣ гортани.



Фиг. 84.—Изъязвленіе и инфильтрація съ образованіемъ маленькихъ полушаровидныхъ опухолей на правой голосовой связкѣ. Инфильтрація съ отечнымъ припуханіемъ правой черпало-надгортанной связки и праваго черпаловиднаго хряща.

странствѣ. Въ послѣднемъ случаѣ не бываетъ никакихъ затрудненій въ глотаніи, тогда какъ при пораженіи черпаловидныхъ хрящей тотчасъ же нарушается глотательный актъ.

Заболѣваніе черпаловидныхъ хрящей.—Слизистая оболочка на черпаловидныхъ хрящахъ при бугорчаткѣ подвергается сильному припуханію. Хрящи становятся вдвое и втрое больше нормальныхъ, получаютъ блѣдный сѣровато-бѣлый цвѣтъ, но вначалѣ сохраняютъ еще свою слизистую оболочку. Въ этомъ видѣ процессъ можетъ оставаться до самой смерти, или же онъ распространяется въ глубину и инфильтрируетъ не только слизистую оболочку, но и надхрящницу. При такихъ условіяхъ, разумѣется, припуханіе становится еще большимъ, при чемъ иногда случается, что слизистая оболочка на



самомъ тонкомъ мѣстѣ (голосовой отростокъ) перфорируется, и голосовой отростокъ выдается иногда въ видѣ бѣлаго тѣла. Въ этомъ мѣстѣ наступаетъ нагноеніе, и голосовой отростокъ вполне обнажается, получая въ первое время бѣлый цвѣтъ; въ послѣдствіи, если пациентъ живетъ дольше, хрящъ становится темнымъ и медленно омертвѣваетъ: это—т. н. *perichondritis aryt. tuberculosa*.

Когда поражению подвергается голосовой отростокъ и нарушается связь между нимъ и голосовой связкой, то прекращается движеніе послѣдней. Пока процессъ не приводитъ ни къ какимъ изъязвленіямъ на поверхности, состояніе больныхъ бываетъ еще сноснымъ, но какъ только поверхностный эпителий погибаетъ, поверхность слизистой оболочки на черпаловидныхъ хрящахъ становится бугристой и неровной,



Фиг. 85.—Колоссальная инфильтрація надгортанника, напоминающая по виду *portio vaginalis*. Инфильтрація и изъязвленіе черпало-надгортанныхъ связокъ. Осмотръ гортани невозможенъ.



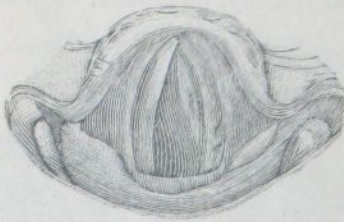
Фиг. 86.—Полное разрушеніе и распаденіе надгортанника. Сильная инфильтрація черпало-надгортанныхъ связокъ съ изъязвленіемъ ихъ. Язва на задней стѣнкѣ гортани.

и у больныхъ наступаютъ сильныя мученія, такъ какъ глотаніе дѣлается невозможнымъ частью вслѣдствіе механическаго препятствія, частью вслѣдствіе чрезмѣрной чувствительности.

Подобному же поражению подвергается надгортанникъ, который при бугорчаткѣ гортани также припухаетъ. Получается такая картина, какъ будто бы у больного наступило воспаленіе надгортанника и при томъ та форма его, когда надгортанникъ увеличивается въ объемѣ втрое или вчетверо. Надгортанникъ, подобно инфильтрированнымъ черпаловиднымъ хрящамъ, имѣетъ сѣровато-бѣлый или блестяще-бѣлый цвѣтъ; только въ рѣдкихъ случаяхъ, кромѣ плотной инфильтраціи, какъ при заболѣваніи черпаловидныхъ хрящей, дѣло доходитъ до т. н. отекаго припуханія. Послѣднее имѣетъ только видъ отекаго припуханія, такъ какъ отекъ въ обыкновенномъ смыслѣ представляетъ собой результатъ остраго воспаления, между тѣмъ какъ въ данномъ случаѣ наступаетъ т. н. коллатеральный отекъ, который вызывается инфильтраціей слизистой оболочки. Съ появленіемъ припухлости надгортанника механически нарушается глотаніе, которое все же, впрочемъ, возможно до тѣхъ поръ, пока эпителий на надгортанникѣ сохраненъ. Съ отпаденіемъ эпителия вскорѣ образуются язвы, грануляціонныя и зубчатовидныя разраженія на краю надгортанника. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при быстромъ распаденіи поверхностныхъ

слоевъ можно видѣть даже очень неправильную, бугристую, изъѣденную язву, проникающую до хряща, такъ что послѣдній обнажается въ видѣ бѣлаго блестящаго тѣла. Такъ какъ при сифилисѣ встрѣчаются часто такія формы, при которыхъ распадается хрящъ, то эти туберкулезныя язвы нерѣдко наводятъ на мысль, не сопровождается ли бурчатка сифилисомъ.

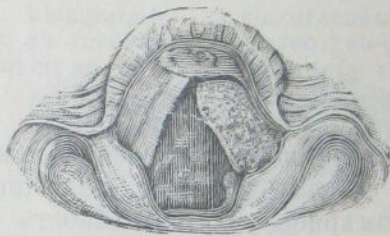
Однако, при такомъ состояннн заболѣванн надгортанника и черпаловидныхъ хрящей обыкновенно не останавливается на этомъ, а лежащя между ними черпало-надгортанныя связки такъ же припухаютъ,



Фиг. 87.—Инфильтрація и изъязвленіе лѣвой голосовой связки.



Фиг. 88.—Инфильтрація и изъязвленіе лѣвой ложной и истинной голосовой связки.



Фиг. 89.—Инфильтрація и изъязвленіе лѣвой ложной и истинной голосовой связки.

утолщаются, получаютъ сѣровато-бѣлый цвѣтъ, становятся плотными, и все верхнее отверстіе гортани имѣетъ видъ анемичной влагалищной части шейки; иногда въ глубинѣ видны также связки, хотя только отчасти.

Мы переходимъ теперь къ язвамъ, образующимся на голосовыхъ связкахъ. Послѣднія измѣняются совершенно иначе, чѣмъ мягкая слизистая оболочка. Я не имѣю, конечно, въ виду описать здѣсь всѣ формы изъязвленій голосовыхъ связокъ, но попытаюсь охарактеризовать нѣкоторыя изъ нихъ.

Прежде всего случается, что голосовая связка на томъ или другомъ мѣстѣ становится толще. Она припухаетъ либо мѣстами, либо на всемъ протяженнн подъ своимъ бѣлымъ покровомъ. Эта припухлость существуетъ недолго, такъ какъ покровъ связки трескается и изъподъ него показываются грануляціи. Въ рѣдкихъ случаяхъ изъ этого

растрескавшегося покрова выстоять совершенно красныя и пальцевидныя грануляціи; дѣло, однако, на этомъ долго не останавливается, такъ какъ грануляціи черезъ 2 или 3 дня распадаются, и тогда мы имѣемъ предъ собою кратерообразную язву, въ окружности которой видны еще разращенія соединительной ткани. Подобное распаденіе наступаетъ иногда на отдѣльныхъ мѣстахъ, а въ иныхъ случаяхъ по всему протяженію связки, такъ что послѣдняя со своими извѣдинами и буграми получаетъ видъ пилы. При очень быстромъ теченіи процесса нерѣдко въ весьма короткое время наступаетъ распаденіе, при чемъ на голосовыхъ связкахъ дѣло идетъ скорѣе въ виду относительно скуднаго содержанія сосудовъ. Въ большинствѣ случаевъ процессъ бываетъ обоюдостороннимъ. Менѣе быстрое распаденіе зависитъ отъ состоянія паціента, такъ что при относительно хорошемъ общемъ состояніи находятъ надгортанникъ, черпаловидные хрящи и голосовыя связки нормальными, но на ложныхъ голосовыхъ связкахъ, которыя поражаются въ другихъ случаяхъ рѣдко, видны грануляціи, такъ что гладкая слизистая оболочка сразу покрывается множествомъ маленькихъ бугорковъ. Смотри по общему состоянію, въ первое время эти грануляціонныя разращенія имѣютъ красноватый или красновато-бѣлый цвѣтъ, но вскорѣ пріобрѣтаютъ блеклый, сѣровато-бѣлый цвѣтъ, распадаются и образуютъ затѣмъ сливную язву.

Интересно здѣсь сказать нѣсколько словъ о локализаци. *Mandl* въ Парижѣ въ 60-хъ годахъ наблюдалъ, что бугорчатка гортани стоитъ въ зависимости отъ того легкаго, въ которомъ найденъ туберкулезъ. Если этотъ законъ не примѣнимъ для всѣхъ случаевъ, то все же очень часто попадаются аналогичные случаи, поражающіе всякаго наблюдателя, а именно, что при туберкулезѣ, ограничивающемся верхушкой одного легкаго и приводящемъ къ бугорчаткѣ гортани, въ послѣдней поражается обыкновенно соотвѣтственная сторона. Подобные, часто встрѣчавшіеся, случаи, однако, не представляютъ собой постояннаго явленія и при распространенномъ туберкулезѣ этотъ законъ совершенно непримѣнимъ. За то несомнѣнно наблюдается слѣдующее: если у субъекта существуетъ старое, т. е. не вполне зажившее пневмоническое гнѣздо, и если къ этому присоединяется бугорчатка, или же если у паціента давно существуетъ экссудативный плевритъ, то бугорчатка въ гортани по инфекціонной теоріи *Cohnheim'a* наступаетъ на сторонѣ пневмоническаго или плевритическаго очага. Подобное одностороннее развитіе бугорчатки и зависимость ея отъ заболѣвшаго легкаго представляетъ несомнѣнно интересный фактъ, но на дальнѣйшее теченіе болѣзни не имѣетъ никакого вліянія.

Профессоръ *M. Schmidt* во Франкфуртѣ, извѣстный знатокъ болѣзней гортани, высказывается относительно появленія бугорчатки слѣдующимъ образомъ. Онъ принимаетъ, что бугорчатка развивается въ 4 различныхъ формахъ: въ видѣ инфильтраціи, язвы, опухоли или милиарнаго узелка. Эти формы могутъ наступать или въ отдѣльности, или различнымъ образомъ сочетаться между собой. Инфильтрація можетъ существовать совершенно самостоятельно и держаться очень долгое время, прежде чѣмъ она приведетъ къ изъязвленію, или же всосется. Она имѣетъ желтоватый или красноватый цвѣтъ, но въ большинствѣ

случаевъ получаетъ болѣе или менѣе отечный видъ. Язву безъ инфильтраціи приходится видѣть рѣдко, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ она сопровождается значительнымъ инфильтратомъ. *Tumor tuberculosus* сплошь и рядомъ существуетъ самостоятельно, тогда какъ милиарные узелки никогда не встрѣчаются безъ другихъ бугорчатыхъ поражений по сосѣдству.

Инфильтрація и опухоль даютъ одинаковую микроскопическую картину; онѣ состоятъ изъ бугорковъ, гигантскихъ клѣтокъ, лейкоцитовъ и нѣкотораго количества соединительной ткани; опухоли бываютъ только менѣе отечны. Установить границу между той и другой трудно. Язвы возникаютъ вслѣдствіе прорыванія бугорковъ на поверхности и увеличиваются, по всей вѣроятности, благодаря вскрытію другихъ бугорковъ, а также подъ влияніемъ существующихъ въ горлѣ многочисленныхъ гноеродныхъ бактерій всякаго рода. Милиарные узелки состоятъ, какъ выражается *Schmidt*, изъ агломерата скопленій бугорковъ. Такъ какъ они, когда дѣло приходитъ ко вскрытію, въ большинствѣ случаевъ являются уже распавшимися или рассосавшимися, то у живого ихъ можно отнести къ бугоркамъ только по макроскопическому виду и теченію.

Хотя *Schmidt*, какъ и *Schottelius*, полагаетъ, что въ складкахъ слизистой оболочки между черпаловидными хрящами, вслѣдствіе часто существующихъ эрозій, наступаетъ мѣстная инфекция, а *Schottelius* считаетъ даже, что туберкулезная язва можетъ перейти отъ одной связки къ другой при соприкосновеніи ихъ между собою, тѣмъ не менѣе нельзя все же отрицать, что бугорчатка, особенно милиарный туберкулезъ, можетъ быть заносимъ повсюду при посредствѣ тока крови и лимфы.

## XX.

### О наслѣдственности бугорчатки.

По воззрѣніямъ *Gärtner*'а <sup>1)</sup> теорія наслѣдственности бугорчатки не имѣетъ теперь прочнаго основанія, и скорѣе предполагается послѣдовательное зараженіе членовъ семьи. *Gärtner* основываетъ свой взглядъ на отсутствіи бугорчатки въ утробной жизни и на ничтожной смертности отъ бугорчатки въ дѣтскомъ возрастѣ (?). Это воззрѣніе по статистическимъ даннымъ оказалось совершенно ложнымъ. Наоборотъ, смертность въ дѣтскомъ возрастѣ оказалась весьма значительной, и бугорчатка сплошь и рядомъ наблюдалась непосредственно послѣ рожденія. *Gärtner* основывается далѣе на часто наблюдающемся зараженіи въ домѣ чахоточныхъ, которые бываютъ мало осторожны и недостаточно заботятся о строгой чистотѣ. Противъ этого взгляда рѣшительно выступили *Baumgarten* и *Liebermeister*; подобно большинству практиковъ и патолого-анатомовъ, они высказали мнѣніе, что туберкулезъ представляетъ собой наслѣдственное заболѣваніе. Оригиналь-

<sup>1)</sup> Проф. А. *Gärtner*. Ueber Erbllichkeit der Tuberculose. Zeitschrift für Hygiene. т. XIII.

наго возрѣнія держался Парижскій клиницистъ *Peter*, который считалъ, что лица могутъ быть „не туберкулезными, но склонными къ зараженію“ („tuberculisables, mais non tuberculeux“. Онъ замѣнилъ, слѣдовательно, наследственность туберкулеза понятіемъ „о предрасположеніи“.

И по этому вопросу мнѣнія сильно расходятся. Противники теоріи объ унаслѣдованіи зародыша бугорчатки признаютъ унаслѣдованіе предрасположенія, такъ что относительно этого пункта согласны оба лагеря. Предрасположеніе опредѣляется такимъ образомъ, что данный субъектъ относится къ числу тѣхъ, къ которымъ легче всего пристаеетъ зародышъ бугорчатки, и въ организмѣ которыхъ онъ развивается съ губительной силой. Однако, понятіе о предрасположеніи все же остается чрезвычайно растяжимымъ и очень трудно опредѣлимымъ; во всякомъ случаѣ человекъ съ хорошими задатками, хорошимъ пищевареніемъ и питаніемъ имѣетъ преимущество предъ слабоупитаннымъ хилымъ человекомъ.

*Gärtner* говоритъ, что ослабленная въ своей жизнедѣятельности клѣтка терпитъ ущербъ въ своей жизнеспособности и поэтому оказываетъ гораздо меньшее сопротивленіе вліянію патогенной бациллы. Это, повидимому, логичное заключеніе; однако, не доказано. *Gärtner* приходитъ на этомъ основаніи къ выводу, что слабые родители производятъ слабыхъ дѣтей съ т. н. habitus phthisicus, который передается потомству. Но существуютъ родители, неимѣющие подобнаго болѣзненнаго вида и тѣмъ не менѣе производящіе больныхъ дѣтей (т. е. обнаруживающихъ самостоятельную слабость своихъ соковъ), и *Gärtner* держится по этому поводу мнѣнія, что подобное особенное предрасположеніе можетъ какъ приобретаться, такъ и получаться наследственнымъ путемъ.

*Gärtner* цѣлымъ рядомъ опытовъ старается опровергнуть то заявленіе, что бугорчатая бацилла могутъ терять въ своей вирулентности и такимъ образомъ обуславливать особенное теченіе бугорчатки. Положительное опроверженіе этого онъ видитъ въ томъ, что старыя казеозныя гнѣзда, содержащее железъ и скрытая бугорчатка суставовъ становятся вирулентными, т. е. могутъ вызвать бугорчатку организма. Такимъ образомъ, по его возрѣнію, бугорчатка бываетъ скрытой, но ядь ея не ослабленъ, такъ что предрасположеніе дремлетъ до тѣхъ поръ, пока снаружи не данъ будетъ толчекъ къ дальнѣйшему развитію. Такъ какъ *Gärtner* не признаетъ перенесенія заразы отъ родителя къ ребенку, т. е. не признаетъ прямой наследственной передачи, то онъ старался экспериментально доказать, что мать можетъ передать бугорчатку плоду. При помощи впрыскиваній туберкулезныхъ бациллъ онъ вызывалъ бугорчатку у беременныхъ мышей, при чемъ рождавшееся поколѣніе оказывалось туберкулезнымъ. Такимъ образомъ, здѣсь существовала утробная передача заразы, такъ какъ при перенесеніи отъ отца бацилла можетъ попасть только черезъ сѣмя или простатическій сокъ въ яйцо и въ плодъ. Но возрѣніе *Gärtner*'а, по которому туберкулезная бацилла, приставшая къ спермѣ, виѣдряется въ оплодотворяемое яйцо вмѣстѣ со сперматозоидомъ, настолько сложно и предпологаетъ такое причудливое путешествіе бациллы, что можно скорѣе

предположить ея остановку раньше, прежде чѣмъ она достигнетъ яйца. Если бы даже при прямомъ впрыскиваніи бугорчатая сперма попадала въ полость матки, чего нельзя доказать, то и тогда это еще не говорило бы въ пользу утробнаго зараженія, такъ какъ зараженію прежде всего подвергся бы производящій органъ матери, и такимъ образомъ инфекция все же состоялась бы при посредствѣ послѣдней.

Съ точки зрѣнія практическаго врача мы не можемъ согласиться съ такимъ толкованіемъ, потому что подобный путь былъ бы гораздо длиннѣе и менѣе понятенъ. Мы, практическіе врачи, хорошо знаемъ, что бугорчатый отецъ производитъ бугорчатыхъ дѣтей, не заражая матери.

Ветеринарная наука даетъ рѣшительное доказательство передачи бугорчатки отъ родителя къ потомству, хотя способъ такой передачи неизвѣстенъ; статистическія данныя показываютъ, что быки, страдающіе жемчужной болѣзью, передаютъ туберкулезъ потомству. Даже присутствіе туберкулезныхъ бациллъ въ яичкахъ не можетъ служить доказательствомъ зараженія со стороны отца, потому что при распространенномъ туберкулезѣ всѣ секреты могутъ быть заносимы повсюду (при посредствѣ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ).

Любопытно, что *Gärtner* въ заключеніе своей работы откровенно сознается, что, несмотря на всевозможные эксперименты, онъ не могъ найти доказательства справедливости своихъ воззрѣній. Онъ полагаетъ, что у человѣка туберкулезная бацилла нерѣдко передается плоду матери. Несмотря на то, что его опыты по отношенію къ мышамъ и морскимъ свинкамъ не дали ничего, что говорило бы противъ перенесенія туберкулезной бациллы отъ отца къ плоду, онъ тѣмъ не менѣе приходитъ къ выводу, что бугорчатка у людей не передается плоду со стороны отца путемъ оплодотворенія. Изложеніе опытовъ, произведенныхъ *Gärtner* о мѣ на мышахъ, кроликахъ, морскихъ свинкахъ и канарейкахъ, вышло бы за предѣлы данной работы, тѣмъ болѣе, что они не даютъ никакихъ подтвержденій относительно наслѣдственной передачи бугорчатки въ истинномъ смыслѣ слова.

Относительно появленія бугорчатой инфекции у дѣтей *Spengler* <sup>1)</sup> произвелъ патолого-анатомическія изслѣдованія. По существующимъ до сихъ поръ статистическимъ даннымъ не выяснилось, какъ часто встрѣчается бугорчатая инфекция у дѣтей, такъ какъ результаты разныхъ авторовъ сильно расходятся между собой. Слѣдуетъ все же имѣть въ виду, что при отсутствіи бугорчатки въ легкихъ, а иногда и въ другихъ органахъ, очень часто при вскрытіяхъ встрѣчали поражение бронхіальныхъ железъ. *Spengler* и *Weigert* заключаютъ, что этимъ и объясняется болѣе частое появленіе туберкулеза у дѣтей по сравненію со взрослыми. *Spengler* полагаетъ, что организмъ ребенка гораздо воспримчивѣе и поэтому легче заражается бугорчатыми бациллами, взвѣшенными въ воздухѣ, т. е. по его воззрѣніямъ зараженіе наступаетъ изъ воздуха. *Weigert* считаетъ, что бугорчатые бациллы идутъ по той же дорогѣ, какъ и угольная пыль, которая обильно отлагается въ бронхіальныхъ железахъ; другими словами, зараженіе проис-

<sup>1)</sup> *Carl Spengler. Zeitschrift für Hygiene, т. XIII.*

ходить при посредствѣ дыханія, при чемъ, по мнѣнію *Weigert'a*, у дѣтей, въ противоположность со взрослыми, заболѣваніе сплошь и рядомъ не имѣетъ первичнаго характера, а обусловливается пораженіями бронхіальныхъ и легочныхъ железъ.

*Ullersperger* <sup>1)</sup> въ своей премированной работѣ становится на сторону *Piorry*, который выступилъ противъ изслѣдованій *Villemin'a*, вызвавшихъ въ свое время большую сенсацію. Онъ не могъ согласиться съ тѣмъ мнѣніемъ *Villemin'a*, что существуетъ прямое перенесеніе бугорчатки. Однако, соглашаясь съ воззрѣніемъ *Piorry*, который явился самымъ сильнымъ противникомъ *Villemin'a*, онъ приходитъ все же къ выводу, что зараженіе посредствомъ тѣснаго общенія возможно, и что женщина можетъ заболѣть туберкулезомъ послѣ половыхъ сношеній съ чахоточнымъ.

Въ опытахъ *Villemin'a*, *Cornil'я*, *Herrat'a* и др. одно оставалось для него сомнительнымъ, а именно: если при прививкахъ у животныхъ и возникаетъ туберкулезъ, то это перенесеніе еще не слѣдуетъ считать результатомъ зараженія. *Ullersperger*, очевидно, уклоняется, не желая признать подобнаго рода контагіозность. Несмотря на это, онъ вполне убѣжденъ, что чахотка можетъ передаваться отъ человѣка къ человѣку, а такъ какъ онъ еще въ то время не зналъ о существованіи туберкулезныхъ бациллъ, то объяснялъ себѣ эту инфекцію существованіемъ контагія. Однако, его воззрѣніе довольно сходно съ современнымъ представленіемъ о способности туберкулеза передаваться зараженіемъ, такъ какъ онъ считаетъ семейный туберкулезъ (среди родителей, дѣтей и прислуги) способнымъ вообще передаваться, при чемъ, разумѣется, признаетъ находящееся въ домѣ платье и мебель носителями инфекции. Самое важное, однако, заключается въ томъ, что онъ считаетъ доказаннымъ передачу туберкулеза отъ мужчинъ къ женщинамъ, которыя ухаживали за ними во время ихъ болѣзни. Въ подтвержденіе возможности передачи заразы при помощи платья онъ цитируетъ *Friedrich'a Christian'a Bach'a* (Берлинъ, 1810), который сообщаетъ, что въ Неаполѣ и на морскомъ итальянскомъ побережьи платья чахоточныхъ сжигаются, чтобы не передавать другимъ заразу. *Alphons Leroy* упоминаетъ о такомъ же обычаѣ въ испанскихъ больницахъ.

На современной профилактикѣ, имѣющей цѣлью предупредить зараженіе бугорчаткой, мы врядъ ли должны здѣсь останавливаться, и мы считаемъ возможнымъ къ общеизвѣстнымъ даннымъ прибавить лишь то, что во многихъ наблюдавшихся нами случаяхъ туберкулеза зараженіе наступало всегда у тѣхъ женщинъ, которыя ухаживали за своими чахоточными мужьями, и что въ этомъ дѣлѣ благопріятствующими моментами служатъ извѣстная похотливость чахоточныхъ, половыя сношенія, поцѣлуи и соприкосновеніе съ мокротой. Обратное явленіе, а именно, чтобы мужья, находившіеся въ общеніи съ туберкулезными женами, заражались бугорчаткой, я не наблюдалъ ни разу; это, конечно, объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что мужья мало посвящаютъ времени уходу за больными женами.

<sup>1)</sup> *Ullersperger*. Die Contagiosität der Lungenphthisen.

Унаслѣдованіе туберкулеза ребенкомъ отъ своего отца можетъ находить себѣ подтвержденіе только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣти заболѣваютъ бугорчаткой въ опредѣленномъ возрастѣ, при чемъ для взрыва болѣзни въ болѣе позднемъ періодѣ благоприятствующимъ моментомъ служитъ несомнѣнно наступленіе половой зрѣлости. Мнѣ, какъ и всѣмъ другимъ практикамъ, извѣстны случаи, гдѣ дѣти туберкулезнаго отца достигали извѣстнаго возраста и только затѣмъ заболѣвали острой бугорчаткой.

Если инфекция проявляется только между 20 — 25 годами, то это слѣдуетъ объяснить тѣмъ, что организмъ имѣетъ лишь настолько силы, чтобы дожить до извѣстнаго времени. Аналогію представляютъ здѣсь нѣкоторыя растенія, которыя роковымъ образомъ погибаютъ по истеченіи нѣсколькихъ лѣтъ. Быть можетъ, слѣдуетъ принять, что дѣти, оставшіяся въ живыхъ благодаря благоприятнымъ условіямъ питанія, долго носятъ въ себѣ въ скрытой формѣ бугорчатку, пока въ извѣстный моментъ не будетъ данъ толчекъ къ ея развитію. Несомнѣнно, что для подтвержденія требуется здѣсь большое количество примѣровъ, тѣмъ не менѣе я ограничусь приведеніемъ только нѣкоторыхъ изъ нихъ.

Отецъ имѣлъ трехъ сыновей. *W. Redtenbacher* обратился ко мнѣ однажды съ просьбой изслѣдовать одного молодого человѣка. Это былъ 23-лѣтній крѣпкій мужчина, который по окончаніи своего экзамена на кандидата правъ предпринялъ для поправленія здоровья горную прогулку и вернулся съ легкой простудой. Такъ какъ черезъ нѣсколько недѣль наступила хрипота, то *Redtenbacher* обратился ко мнѣ съ просьбой изслѣдовать этого пациента, при чемъ я вынужденъ былъ, къ моему большому изумленію, сообщить ему, что у этого человѣка, бывшаго недавно вполне здоровымъ, существуетъ туберкулезная язва гортани. Тогда *R.* разказалъ мнѣ, что это уже третій сынъ, который въ томъ же возрастѣ одинаковымъ образомъ заболѣваетъ острой бугорчаткой, какъ и два другихъ уже умершихъ брата его; послѣдніе умерли на 22-мъ году.

Одинъ господинъ привелъ ко мнѣ своего больного сына. Отецъ представлялъ собой гиганта по своему росту и объему, и сынъ совершенно напоминалъ его. При изслѣдованіи я нашелъ у него туберкулезную язву гортани и бугорчатку легкахъ. Когда я осторожно сообщилъ отцу объ этомъ, онъ отнесся къ этому довольно спокойно и сказалъ мнѣ, что это уже 7-й сынъ, заболѣвающий такимъ образомъ, и что остальные 6 были погребены въ Италіи. Я испробовалъ лѣченіе откармливаніемъ въ лѣчебницѣ *Purkersdorf* и достигъ того, что язва получила лучшій видъ, катарръ уменьшился и вѣсъ тѣла молодого человѣка увеличился. Однако, онъ оставилъ вскорѣ лѣчебницу, сталъ жить по прежнему и умеръ, будучи послѣднимъ ребенкомъ въ своей семьѣ.

По изслѣдованіямъ *Roloff*'а <sup>1)</sup> свиньи (даже откормленныя) погибаютъ отъ жирового перерожденія важныхъ органовъ. Животныя двига-

<sup>1)</sup> *Roloff*. Die Schwindsucht, die fettige Degeneration und Tuberculose bei Schweinen. Галле.



ются веохотно и слабо; молодые поросята, обыкновенно очень проворные, вслѣдствіе жирового перерожденія становятся вялыми и часто задавливаются матерями. Перерожденіе дыхательныхъ мышцъ и сердца вызываетъ несовершенное дыханіе и замедленіе кровяного тока. Жировое перерожденіе пищеварительныхъ органовъ (печени, поджелудочной железы, пепсиновыхъ железъ) приводитъ къ тому, что эти органы не могутъ выдѣлять необходимые для перевариванія пищи секреты, такъ что становится невозможнымъ правильное возстановленіе крови. Подобное жировое перерожденіе встрѣчается у поросятъ, происшедшихъ отъ совершенно здоровыхъ матерей, которыя пользовались очень хорошимъ кормомъ и давали много молока. Слѣдуетъ принять, что у этихъ поросятъ существуетъ недостаточное кровотовереніе, и что вслѣдствіе этого наступаетъ жировое перерожденіе. Поэтому, если благодаря своей конституціональной слабости они не погибаютъ уже въ первыя недѣли своего страданія, у нихъ наступаютъ затѣмъ различныя заболѣванія, для которыхъ почву подготовило жировое перерожденіе органовъ.

Для насъ подобное перерожденіе органовъ, въ силу котораго субъекты не могутъ оставаться въ живыхъ, представляетъ большой интересъ. Аналогичныя явленія мы видимъ и у человѣка, напр., у пьяницъ. Заболѣваніе бугорчаткой обнаруживается у свиней прежде всего кашлемъ. Этотъ симптомъ иногда является уже у поросятъ, которымъ минуло только нѣсколько недѣль, а у другихъ — только въ возрастѣ 3 мѣсяцевъ. Кашель бываетъ отрывистымъ, сухимъ, впоследствии — частымъ, мучительнымъ и наступаетъ у животныхъ при всякомъ движеніи. Къ этому присоединяется всегда затрудненіе дыханія, а въ большинствѣ случаевъ также малокровіе и исхуданіе, хотя аппетитъ не уменьшается; наконецъ, наступаетъ смерть отъ истощенія. Теченіе болѣзни бываетъ весьма различнымъ. Иногда ясное исхуданіе обнаруживается уже тогда, когда кашель существовалъ только 1—2 недѣли, такъ что чахотка въ 4—8 недѣль оказывается уже вполне развитой. Нерѣдко кашля не бываетъ вовсе. У старыхъ свиней бугорчатка протекаетъ медленно, у молодыхъ — быстрѣе. Обыкновенно оба легкія оказываются пронизанными узелками и узлами, частью милиарными, частью субмилиарными, величиною въ чечевицу или горошину, иногда даже въ вишню, при чемъ нѣкоторыя узелки сливаются. Если легкое выполнено туберкулезными узелками, то бронхиальныя железы также вовлекаются въ страданіе, отчасти увеличиваясь въ объемѣ, отчасти нагнаиваясь, при чемъ внутри наступаетъ тогда казеозное перерожденіе. Мы имѣемъ здѣсь всѣ тѣ болѣзненные измѣненія, которыя встрѣчаются у рогатаго скота при жемчужной болѣзни.

У свиней нерѣдко наступаетъ осложненіе легочнаго туберкулеза бугорчаткой кишечника. По изслѣдованіямъ *Roloff'a*, какъ легочный туберкулезъ, такъ и скрофулезное воспаленіе кишечника передается по наслѣдству. Если оба процесса встрѣчаются у одного животнаго, то у него появляется кашель, короткое дыханіе, отсутствіе аппетита и постоянный поносъ. Теченіе болѣзни бываетъ тогда гораздо болѣе быстрымъ, и истощеніе развивается раньше, если поражены и легкія, и кишечникъ, такъ что черезъ 3—6 недѣль послѣ появленія первыхъ

симптомовъ наступаетъ уже смерть. Если пораженія легкихъ и кишечника передаются по наслѣдству въ извѣстномъ пометѣ, то смертность значительно увеличивается. Нѣкоторые выводки совершенно погибаютъ отъ этихъ двухъ болѣзней. Въ одномъ случаѣ, гдѣ въ апрѣлѣ отъ двухъ свиней родилось 18 поросятъ, въ маѣ слѣдующаго года въ живыхъ оставалось только 4. Въ ноябрѣ наступили первые смертельные исходы. Болѣзнь протекала въ 3—6 недѣль. Изъ оставшихся въ живыхъ 4 поросятъ только одно животное было, повидимому, еще здорово.

При туберкулезѣ легкихъ обыкновенно находятъ также бугорчатку и въ другихъ органахъ, въ миндалевидныхъ железахъ, лимфатическихъ железахъ, фолликулахъ на корнѣ языка, въ почкахъ. Заслуживаетъ вниманія тотъ фактъ, что подобный туберкулезъ большею частью встрѣчается у англійскихъ, быстро растущихъ и очень упитанныхъ свиней, рѣже—у деревенскихъ.

Сильное откармливаніе свиней, какъ извѣстно, получается такимъ образомъ, что ихъ лишаютъ свѣта и движенія. Постоянное бездѣйствіе уже само по себѣ способно вызвать жировое перерожденіе въ мышцѣ, какъ это, напр., можно видѣть у лошадей, у которыхъ мышцы бедра перерождаются, если, захромавъ, онѣ спокойно стоятъ въ стойлѣ. У свиньи, у которой способность къ жировому перерожденію еще сильнѣе, вліяніе покоя обнаруживается въ большей мѣрѣ, чѣмъ у лошади.

Кабаны и свиньи, оставляемые для приплода, тѣмъ цѣннѣе, чѣмъ менѣе они страдаютъ ожирѣніемъ. Если они подверглись ожирѣнію и страдаютъ вялостью мускулатуры, то ихъ потомство оказывается неспособнымъ къ разводкѣ и откармливанію, отчасти же погибаетъ. Какъ только замѣчаютъ, что поросята легко становятся бугорчатыми, стараются помѣшать этому при помощи смѣшенія породъ, а именно, большею частью при помощи скрещиванія англійскихъ свиней съ обыкновенными, что, однако, какъ показалъ опытъ, приводитъ къ кратковременному успѣху. Это доказало, что для разведенія должны применяться другія свиньи, чѣмъ для откармливанія, а именно, для разведенія—подвижная, живая порода, а для откармливанія—вялая; при этомъ, однако, надо остерегаться скрещивать животныхъ, происшедшихъ отъ завѣдомо больныхъ кабановъ и свиней.

Повсемѣстное существованіе туберкулезныхъ бациллъ представляется очень вѣроятнымъ, хотя до сихъ поръ это не было определенно доказано. *Bollinger* <sup>1)</sup> при своихъ изслѣдованіяхъ пришелъ къ заключенію, что мы поглощаемъ туберкулезныя бациллы, что онѣ отчасти сохраняются въ нашемъ организмѣ въ скрытомъ состояніи, и что онѣ обнаруживаютъ свое существованіе только въ извѣстный моментъ, размножаются и дѣйствуютъ губительно, если даны благоприятныя условія для ихъ развитія. Къ такимъ благоприятнымъ условіямъ относятся катарральныя пораженія, корь и разнаго рода тяжелыя заболѣванія (диабетъ и пр.), равно какъ всѣ другія глубокія нарушенія питанія, перемѣна климата (негры на сѣверѣ) и то не опредѣленное еще вполне состояніе, которое называется „предрасположеніемъ“. Всѣ эти

1) *Bollinger*. Münchener med. Wochenschr., 1888, №№ 29 и 30.

моменты создают для туберкулезныхъ бациллъ, когда онѣ проникаютъ въ наши дыхательные органы даже въ безвредной формѣ, благоприятную почву для размноженія.

И въ этомъ отношеніи примѣры изъ царства животныхъ также поучительны. Я втеченіе нѣсколькихъ лѣтъ интересовался колоніей обезьянъ, жившихъ въ зоологическомъ саду въ Schönbrunn; тамъ обнаружилось, что между обезьянами смертность отъ бугорчатки стала непрерывно увеличиваться. Самый крупный поставщикъ животныхъ г. Zg., у котораго я навелъ справки, заявилъ, что обезьяны были привозимы уже съ туберкулезомъ. Такъ какъ я этимъ объясненіемъ не удовольствовался, то я обратился къ директору зоологическаго сада въ Schönbrunn. *Alois Kraus*, завѣдующій зоологическимъ садомъ, чрезвычайно интеллигентный человекъ, на мой вопросъ отвѣтилъ мнѣ слѣдующее: животныя привозятся поставщиками въ Триестъ и Гамбургъ. Въ большинствѣ случаевъ это—азиатскія, рѣже—южно-американскія обезьяны; онъ сомнѣвается, чтобы онѣ поступали для продажи уже туберкулезными, а полагаетъ скорѣе, что онѣ заражаются бугорчаткой въ клѣткахъ и другихъ мѣстахъ храненія. Онъ особенно не раздѣляетъ мнѣнія, что привезенныя въ Schönbrunn обезьяны послѣ (или вслѣдствіе) перенесенія въ помѣщеніе, занятое прежде другими обезьянами, заражались тамъ бугорчаткой. Это можно было исключить уже потому, что послѣ смерти обезьянъ вслѣдствіе туберкулеза соотвѣтственныя помѣщенія разрушаются, потолокъ разламывается, штукатурка сбивается, стѣны вновь штукатурятся, пропитываются масломъ и покрываются эмалевой краской, крыша ломается и на этомъ мѣстѣ устраивается верхній свѣтъ и вентиляція. Заслуживаетъ упоминанія то обстоятельство, что въ предшествовавшемъ году все наличное число обезьянъ, простиравшееся до 80, вымерло. Изъ прежняго запаса осталось въ живыхъ только 4 голыхъ обезьяны, которыя были устроены описаннымъ выше образомъ. Несмотря на это, привезенныя новыя обезьяны изъ указанныхъ выше рынковъ все заболѣли и погибли въ теченіе лѣта. Отъ начала заболѣванія до смерти прошло около 10 мѣсяцевъ, при чемъ болѣзнь и причина смерти по патолого-анатомическимъ изслѣдованіямъ, произведеннымъ въ Королевскомъ ветеринарномъ институтѣ, несомнѣнно заключалась въ бугорчаткѣ.

На мой вопросъ, чѣмъ питаются обезьяны и не получили ли онѣ бугорчатки, быть можетъ, съ пищей, *Kraus* отвѣтилъ, что обезьяны не ѣдятъ мяса и, слѣдовательно, зараженіе ихъ при помощи нищи должно быть исключено; по его возрѣнію животныя прибыли уже съ зародышемъ бугорчатки. Долгое совмѣстное пребываніе, поцѣлуи, половыя сношенія и пр. ускорили зараженіе. Пища обезьянъ состоитъ изъ ячменнаго кофе съ молокомъ, получаемымъ отъ здоровыхъ домашнихъ коровъ, затѣмъ изъ молока съ рисомъ, пшенной каши, жаренаго картофеля, вареной свеклы, сырыхъ яблокъ и кукурузы; вечеромъ онѣ получаютъ ячменный кофе съ молокомъ, рисъ, винныя ягоды и воду по желанію.

Обезьяны кашляютъ, плюютъ и отхаркиваютъ, какъ люди.

Пожираніе ими экскрементовъ не наблюдалось. Обезьяны вообще очень капризны въ выборѣ пищи и отказываются отъ не вполне чистыхъ пищевыхъ веществъ.

У обезьянъ изъ породы *Macacus rhesus* и *Macacus cynomolgus*, при- сланныхъ въ октябрѣ 1894 г. австрійскимъ консуломъ въ Калькуттѣ, до сихъ поръ не обнаружилось кашля.

Директоръ *Kraus* полагаетъ, что подобное прямое выписываніе, когда животныя не приходятъ въ соприкосновеніе съ другими боль- ными животными на рынкахъ, особенно выгодно отзывается на ихъ здоровьѣ; причину меньшей смертности онъ видитъ также въ улучше- ніи отопляванія. При нынѣшней системѣ отопляванія дровами не бы- ваетъ такого дыма и загрязненія воздуха, какъ это было при прежней системѣ (топка углемъ и коксомъ), и такимъ образомъ угольная пыль, наполнявшая раньше клѣтки, теперь уже не вызываетъ у животныхъ кашлевого раздраженія. Остается подождать, останутся ли здоровыми обезьяны въ мартѣ и въ апрѣлѣ, когда встрѣчается наибольшее коли- чество заболѣваній и смертельныхъ исходовъ.

Инфекціи способствуютъ далѣе посѣтителю звѣринца, которые, бу- дучи иногда сами туберкулезными, передаютъ болѣзнь обезьянамъ, быть можетъ, тѣмъ, что бросаютъ имъ различныя сѣдѣбныя вещи, хранив- шіяся въ ихъ карманахъ и носовыхъ платкахъ. Далѣе, нельзя забы- вать, что животныя на различныхъ станціяхъ могутъ быть уже зара- жены своими туберкулезными сторожами, которые невнимательно об- ращаются со своей мокротой. Такъ какъ у поставщиковъ животныхъ въ тѣсномъ пространствѣ скучены самыя различныя породы живот- ныхъ, то о гигиеническомъ содержаніи здѣсь не можетъ быть и рѣчи. Слѣдовало бы подвергать санитарно-полицейскому надзору тѣ станціи, куда прибываютъ животныя.

Въ звѣринцѣ *Schönbrunn's* изъ 85 обезьянъ, умершихъ за послѣд- нее время, всѣ тѣ, у которыхъ при вскрытіи найденъ туберкулезъ, были сожжены.

Всѣ приведенныя выше данныя относительно обезьянъ въ *Schön- brunns* овомъ звѣринцѣ относятся къ предшествовавшему году.

Состояніе здоровья обезьянъ въ этомъ (1895) году превосходно. Всѣ гигиеническія предписанія директора звѣринца были выполнены, и оздоровленіе достигнуто, главнымъ образомъ, тѣмъ, что животныя выписывались непосредственно. Онѣ прибывали въ звѣринецъ здоро- выми и оставались въ немъ такими же. Отсюда слѣдуетъ, что живот- ныя приобрѣтали туберкулезъ только на рынкахъ, гдѣ они сохраня- лись въ зараженныхъ клѣткахъ до тѣхъ поръ, пока не продавались; такое возрѣніе вполне совпадаетъ и съ наблюденіями *Brehm'a*.

По наблюденіямъ *Brehm'a* (т. I, стр. 50) обезьяны на волѣ менѣе подвергаются болѣзнямъ; по крайней мѣрѣ, ничего не извѣстно объ эпидеміяхъ, которыя бы гдѣ-нибудь свирѣпствовали среди нихъ. Онъ говоритъ по этому поводу слѣдующее:

„У насъ онѣ страдаютъ много отъ суроваго климата; холодъ по- давляетъ ихъ, измѣняетъ ихъ настроеніе, дѣлаетъ ихъ вялыми и пе- чальными“.

„Обыкновенно въ нашемъ климатѣ онѣ погибаютъ отъ бугорчатки легкихъ“.

Тотъ взглядъ, что обезьяны на свободѣ не страдаютъ туберкуле- зомъ, вполне согласуется и съ опытами *Koch'a*, который среди сотни

кроликовъ и морскихъ свинокъ, купленныхъ для экспериментовъ и вскрытыхъ впослѣдствіи, не нашелъ ни одного животнаго туберкулезнаго.

Если же этихъ животныхъ заперали вмѣстѣ съ искусственно-зараженными съ цѣлью эксперимента, то бывшіе до тѣхъ поръ здоровыми кролики и морскія свинки получали туберкулезъ, при чемъ, чѣмъ меньше въ клеткѣ было туберкулезныхъ животныхъ, тѣмъ рѣже дѣло доходило до бугорчатой инфекции остальныхъ.

Бугорчатка обезьянъ протекаетъ, по изслѣдованіямъ *Koch'a* <sup>1)</sup>, иначе, чѣмъ у человѣка; она не остается сосредоточенной въ одномъ органѣ, но быстро распространяется по всему тѣлу, образуя множество туберкулезныхъ очаговъ различной величины.

Вмѣсто казеозныхъ гнѣздъ въ большинствѣ случаевъ находятъ жидкій гной, такъ что получается впечатлѣніе, будто мы имѣемъ дѣло съ множественными абсцессами. Кажется, какъ будто у обезьянъ бугорчатый ядъ распространяется не сразу, какъ при человѣческомъ милиарномъ туберкулезѣ, а непрерывно и только ничтожными количествами. Число изслѣдованныхъ съ этою цѣлью *Koch'омъ* обезьянъ достигаетъ восьми. У всѣхъ туберкулезъ наступилъ самопроизвольно, при чемъ первые очаги инфекции образовались въ легкихъ; только въ одномъ случаѣ туберкулезъ начался изъ носовой полости. Въ ноздрѣ образовалась язва, которая, по всей вѣроятности, была вызвана расчесами, и которая очень медленно, но непрерывно распространялась на перегородку и раковину. Припухли и нагноились подчелюстные лимфатическія железы, и только тогда оставшіяся все время бодрыми животныя получили одышку и исхудали. При вскрытіи найдены были многочисленныя бугорки.

Кто имѣлъ возможность наблюдать много случаевъ туберкулеза, а мы въ Вѣнѣ, къ сожалѣнію, принадлежимъ къ числу такихъ людей, долженъ былъ прійти къ заключенію, что относительно теченія и способности развитія болѣзни трудно установить однообразную схему. Бугорчатка быстрѣе убиваетъ молодыхъ субъектовъ, чѣмъ старыхъ людей, какъ это извѣстно всякому практику; однако, даже въ этихъ предѣлахъ наблюдаются значительныя отклоненія.

У молодыхъ субъектовъ, если дѣло не доходить до частыхъ приступовъ кровохарканія, процессъ также можетъ остановиться, при чемъ мы предполагаемъ, что откармливаніе еще возможно. Важное вліяніе въ этомъ отношеніи имѣетъ полъ: туберкулезъ у молодыхъ лицъ женскаго пола имѣетъ болѣе благоприятное теченіе, чѣмъ у юношей того же возраста. Кромѣ того, женщины, у которыхъ туберкулезъ остановился, послѣ родовъ, какъ извѣстно, быстро погибаютъ и особенно быстро, если онѣ сами кормятъ своего ребенка. Если женщины перенесли этотъ періодъ первыхъ родовъ, то остановка болѣзни получаетъ стационарный характеръ, онѣ вскорѣ пріобрѣтаютъ много жира и нерѣдко совершенно выздоравливаютъ, такъ что черезъ нѣсколько лѣтъ у нихъ не удастся открыть ни слѣда бывшей бугорчатки.

У мужчинъ, которые пріобрѣли бугорчатку въ раннемъ возрастѣ и дожили до болѣе зрѣлыхъ лѣтъ, вопросъ о томъ, совершенно ли они

<sup>1)</sup> *Koch*. Aetiologie der Tuberculose. Mittheilung des Gesundheits-Amtes, 1884.

выздоровѣли или только отчасти, зависятъ отъ ихъ питанія. Состояніе питанія имѣеть здѣсь громадную важность. Тѣ люди, которые нѣкоторое время употребляли много спиртныхъ напитковъ, вина, пива или водки, приблизительно на 30—35 году жизни начинаютъ подвергаться ожирѣнію, при чемъ признаки бугорчатки исчезаютъ настолько, что трудно себѣ представить, чтобы они когда-нибудь были туберкулезными. Если они измѣняютъ свой образъ жизни, и болѣе дѣятъ, чѣмъ пьютъ, если они становятся обжорами, то остаются здоровыми. Однако, это встрѣчается рѣдко. Чаще всего бываетъ такъ, что у подобныхъ ожирѣвшихъ лицъ до того времени существовали сильныя явленія бугорчатки, при чемъ при разспросахъ относительно ихъ питанія мы узнаемъ, что у нихъ чрезвычайно ничтожный аппетитъ, и что, несмотря на ихъ дородность, они относительно дурно упитаны. Къ этому времени относится также ихъ воздержаніе отъ спиртныхъ напитковъ, т. е. они не переносятъ ихъ въ такомъ количествѣ, какъ раньше, отчасти влѣдствіе существованія хроническаго катарра желудка, отчасти влѣдствіе недостаточнаго потребленія мяса; съ этого времени туберкулезъ получаетъ острое теченіе и уже въ большинствѣ случаевъ болѣе не останавливается.

Мы переходимъ теперь къ тѣмъ видамъ туберкулеза, которые наступаютъ у совершенно, повидимому, здоровыхъ людей. Бугорчатка является въ такихъ случаяхъ въ двойной формѣ:

1. У лицъ, перенесшихъ ограниченную одностороннюю пневмонію.
2. У лицъ, имѣвшихъ ограниченный плевритъ и никогда не лѣчившихся во время этой болѣзни, т. е. перенесшихъ это на ногахъ. У такихъ субъектовъ, которые страдали подобными пораженіями легкихъ или плевры, не совѣтовались съ врачомъ и даже не ложились въ постель и не оставались въ комнатѣ, слѣды бывшаго заболѣванія находятъ нерѣдко по истеченіи нѣсколькихъ лѣтъ. У нихъ развивается туберкулезъ, при чемъ заболѣваетъ обыкновенно соотвѣтственное легкое. Это наблюденіе не ново, такъ какъ соотвѣтствуетъ инфекціонному туберкулезу *Cohnheim'a*. Въ мѣста, остававшіяся долгое время въ болѣзненномъ состояніи, видряются туберкулезныя бациллы, или, выражаясь иначе, туберкулезныя бациллы здѣсь становятся вирулентными и вызываютъ бугорчатку у здороваго до тѣхъ поръ субъекта.

Подобнаго рода заболѣваніе встрѣчается у очень крѣпкихъ, обладающихъ большою сопротивляемостью людей, такъ какъ у слабыхъ, хилыхъ субъектовъ уже при небольшомъ плевритѣ или пневмоніи дѣло доходитъ до появленія тяжелыхъ припадковъ, которые заставляютъ ихъ лечь въ постель.

При этой формѣ бугорчатки приходится считаться съ фиброматозомъ *Beneke* <sup>1)</sup>. У подобнаго рода больныхъ находятъ также особаго рода мозолистыя разрашенія въ гортани, требующія оперативнаго пособія. Уже *Rokitansky* обстоятельно описалъ эти соединительно-тканныя разрашенія и отмѣтилъ тотъ фактъ, что ихъ легко смѣшать съ ракомъ. Чаще всего подобныя мозолистыя разрашенія встрѣчаются на

<sup>1)</sup> Проф. *F. W. Beneke* (Marburg). Fibromatosis des allgemeinen Bindegewebes Hyperplasie. Arch. für klin. Med., т. 24, 1879.

задне-внутренней стѣнкѣ гортани, далеко выступая въ просвѣтъ голосовой щели и препятствуя полному замыканію ея.

Общая гиперплазія соединительной ткани (фиброматозъ) *Veneke* при легочной чахоткѣ не послужила предметомъ дальнѣйшихъ изслѣдованій и научнаго истолкованія, такъ какъ выяснилось, что она не представляетъ собою особеннаго заболѣванія при бугорчаткѣ. Однако, нельзя отрицать того поразительнаго факта, что съ образованіемъ мозолистой и разращеніемъ соединительной ткани нѣкоторые бугорки пропадаютъ или выдѣляются. На трупѣ это находятъ въ верхушкахъ легкихъ и на стѣнкахъ кавернь, а на живомъ—въ гортани при болѣе обстоятельномъ изслѣдованіи. *Veneke* далъ этому, такъ сказать, невольное объясненіе, сообщивъ, что при вскрытіи онъ находилъ этотъ процессъ у очень крупныхъ, мощно сложенныхъ субъектовъ, когда онъ до вскрытія рѣшительно не могъ бы предположить, что ему придется имѣть дѣло съ бугорчаткой. Это заявленіе подтверждается вполне 13 протоколами вскрытій, произведенныхъ *Veneke*. Онъ считаетъ этотъ процессъ фибрознымъ воспаленіемъ. Что касается измѣненій въ легкихъ при бугорчаткѣ, то они, повидимому, вначалѣ состоятъ въ гиперплазіи соединительной ткани; мѣстами находятъ значительное разращеніе и припуханіе промежуточной соединительной ткани, атрофію легочной ткани вслѣдствіе сморщиванія первой, неравномерное расшіреніе и суженіе крупныхъ бронховъ, бронхіэктазіи и бронхіэктазическія каверны.

Превосходную работу объ этой формѣ легочной чахотки опубликовалъ въ 1884 г. *Sokolowsky* <sup>1)</sup>.

Этотъ видъ туберкулеза протекаетъ *in vivo* нѣсколько иначе, на что мы и считаемъ нужнымъ указать. Въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о болѣе крѣпкихъ и болѣе стойкихъ, слѣдовательно, субъектахъ, чѣмъ это обыкновенно встрѣчается при бугорчаткѣ; они могутъ долѣе оставаться въ живыхъ. Питаніе ихъ также находится въ лучшемъ состояніи. Обращаетъ на себя вниманіе, однако, ихъ постоянная потребность въ воздухѣ: у нихъ почти всегда наблюдаются астматическіе приступы. Если ихъ легкія изслѣдуются часто и внимательно, то у нихъ постоянно находятъ, кромѣ сильно инфильтрированныхъ очаговъ, विकарную эмфизему, звучные хрипы и настоящую бронхоррею; нерѣдко задержавшаяся и извергнутая внезапно посредствомъ рвоты мокрота имѣетъ непріятный запахъ, почти какъ при гангренѣ легкихъ. Микроскопическое изслѣдованіе мокроты обнаруживаетъ огромное содержаніе бациллъ. Кровохарканіе повторяется у нихъ временами втеченіе многихъ лѣтъ.

У подобныхъ субъектовъ съ мощнымъ развитіемъ появляются также бугорчатые очаги въ гортани. Соотвѣтственно общему характеру страданія, эти очаги развиваются въ видѣ мозолистой инфильтраціи на задне-внутренней стѣнкѣ гортани, на истинныхъ и ложныхъ голосовыхъ связкахъ, а также въ видѣ субхордальныхъ разращеній. Такъ какъ, однако, эти послѣднія долго остаются въ одномъ положеніи и медлен-

<sup>1)</sup> *Alfred Sokolowsky. Ueber die fibröse Form der Lungenschwindsucht. Deutsches Archiv für klin. Med., 1884.*

нѣе подвергаются изъязвленію, чѣмъ при обыкновенномъ туберкулезѣ, и такъ какъ въ то же время они причиняють затрудненіе дыханія, то цѣлый рядъ выдающихся врачей удаляли эти опухоли оперативнымъ путемъ; каковы были результаты подобныхъ операцій, показываютъ соответственныя исторіи болѣзни. Быстраго смертельнаго исхода, однако, ни разу не удалось предотвратить, и въ самыхъ благоприятныхъ случаяхъ смерть на нѣкоторое время задерживалась, такъ что этотъ послѣдній мнимый успѣхъ является лишь единственнымъ оправданіемъ подобныхъ операцій.

## XXI.

### Лѣченіе чахотки.

Объ излѣчимости туберкулеза, которую теперь никто не станетъ отвергать, было извѣстно еще въ древности. Въ большинствѣ случаевъ діагнозъ туберкулеза подѣ собирательнымъ названіемъ—„чахотка“ ставился вполне правильно. Если бы нужно было къ нашимъ современнымъ свѣдѣніямъ объ излѣчимости туберкулеза присоединить старыя данныя, то мы могли бы привести множество фактовъ излѣченія либо подѣ вліяніемъ климата, либо — діетическихъ предписаній. Всѣмъ извѣстно, что древніе римляне отправляли своихъ чахоточныхъ въ Сицилію и Египеть.

Не наша задача здѣсь сообщать историческія данныя по вопросу о лѣченіи туберкулеза, а желающіе познакомятся съ ними могутъ найти обстоятельный обзоръ ихъ въ превосходномъ сочиненіи *Ullersperger'a*, выпущенномъ въ 1867 г. („*Heilbarkeit der Lungentuberculose*“). Мы имѣемъ здѣсь въ виду изложить современную точку зрѣнія относительно излѣчимости туберкулеза, когда мы отыскивали уже множество этиологическихъ моментовъ и во главѣ ихъ — зараженіе *Koch'овой* бактеріей.

Еще до открытія *Koch'a* многіе врачи пытались посредствомъ поданія питанія излѣчить процессъ въ легкихъ, и первый, кто предпринялъ подобный опытъ въ закрытомъ учрежденіи, былъ *Brehmer* въ *Görbersdorf'ѣ*. Я неоднократно сносился съ нимъ и имѣлъ возможность точно познакомятся съ его взглядами, при чемъ я долженъ сказать, что, за исключеніемъ маленькой фантазіи, будто малый объемъ сердца и слабость его дѣятельности вызываетъ появленіе болѣзни, я не нашелъ въ его воззрѣніяхъ никакихъ невѣрныхъ сужденій и предразсудковъ. Онъ только въ своей терапіи нѣсколько чрезмерно выставилъ на первый планъ фізіологическіе принципы и ревностно примѣнялъ въ своемъ институтѣ азотистый и углеводный режимъ. У нѣкоторыхъ пациентовъ, явившихся къ намъ послѣ выхода изъ этой лѣчебницы, мы могли убѣдиться, что режимъ былъ, такъ сказать, слишкомъ геройскимъ. Главными составными частями служили жирное мя-



со (свинина, говядина) и всевозможные сорта стручковых овощей; этимъ онъ имѣлъ въ виду возмѣстить потерю въ вѣсѣ. Если немногіе оказались способными вынести такую діету, то это ему нельзя было поставить въ вину. При откармливаніи слѣдуетъ все же сообразоваться съ привычками субъекта. Далѣе онъ подвергалъ своихъ больныхъ гидротерапіи, согласуясь съ вѣяніями того времени; онъ дѣлалъ больнымъ холодные души, противъ которыхъ многіе возставали, хотя въ принципѣ нельзя ничего имѣть противъ этого. Наконецъ, онъ заставлялъ своихъ больныхъ долго оставаться на открытомъ воздухѣ и даже лежать тамъ.

Аналогичнаго образа дѣйствій держался *P. Dettweiler*<sup>1)</sup> въ Фалькенштейнѣ (Таунусъ). Тѣ же принципы отчасти раздѣлялись *Rhoden*'омъ (Lippsprunge). Polemica, возникшая между *Brehmer*'омъ и *Dettweiler*'омъ, ничего не внесла новаго въ это дѣло. Результаты лѣченія чахоточныхъ въ закрытыхъ учрежденіяхъ пока можно считать утѣшительными. Сообщеніе *Dettweiler*'а имѣетъ извѣстный интересъ, такъ какъ онъ возстаетъ противъ безсистемной отсылки больныхъ въ южные курорты, устанавливаетъ повсемѣстное существованіе туберкулеза и доказываетъ, что число смертей отъ туберкулеза на о. Мадерѣ составляетъ 25% общей смертности. Онъ говоритъ: „и тѣмъ не менѣе приверженцы южныхъ курортовъ хотятъ намъ внушить—или, по крайней мѣрѣ, нѣкоторые врачи молча принимаютъ на вѣру,—что господствующая тамъ теплота имѣетъ существенное значеніе въ вопросѣ о лѣченіи чахотки. А между тѣмъ мы знаемъ несомнѣнно, что населеніе холодныхъ странъ менѣе страдаетъ отъ туберкулеза, чѣмъ обитатели умѣреннаго и жаркаго пояса: по крайней мѣрѣ, жители Финляндіи и Архангельска не чаще заболѣваютъ бугорчаткой, чѣмъ жители Сенегамби и Каффы; мы наблюдали даже чахотку у жителей прославленной Мадеры. Приверженцы теплаго климата усматриваютъ въ увеличеніи или уменьшеніи температуры на нѣсколько градусовъ Цельсія спасеніе или гибель и въ своей страстной полемикѣ выставляютъ на видъ положительно смѣшныя по своей ничтожной величинѣ погрѣшности термометра, но все они единодушно признаютъ, что холодъ самъ по себѣ вреденъ для чахоточныхъ и главнымъ образомъ препятствуетъ ихъ излѣченію. Всякій врачъ, который долгое время лѣчилъ многихъ чахоточныхъ при иныхъ условіяхъ и наблюдалъ ихъ безъ предвзятыхъ мыслей, скорѣе рѣшительно присоединится къ противоположному мнѣнію, недавно высказанному компетентными авторами, несмотря на то, что этому противорѣчить отсутствіе чахотки въ Исландіи, на Ферейскихъ островахъ, въ Оренбургскихъ степяхъ и т. д. Мы убѣдимся, что все чахоточные безъ исключенія скорѣе въ состояніи перенести весьма низкую для насъ температуру (—10°С.) и даже еще большій холодъ, чѣмъ подвергаться такой жарѣ, когда они лишены возможности двигаться, обливаются потомъ и не имѣютъ освѣжающаго покоя ни днемъ, ни ночью.

Этотъ упрекъ только отчасти относится къ курорту *Riviera* и т. п. мѣстамъ, не принадлежащимъ, въ строгомъ смыслѣ слова, къ чисто юж-

<sup>1)</sup> *P. Dettweiler*. Zur Phthisiotherapie der Gegenwart. Berl. klin. Wochenschr., 887, №№ 35 и слѣд.

нымъ курортамъ, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ подобные курорты служатъ только зимними станціями для сѣверныхъ жителей, и такъ какъ температура тамъ рѣдко переходитъ за указанные гибельные предѣлы. Однако, споры относительно повышенія или пониженія на нѣсколько градусовъ доказываютъ, какую цѣну придаютъ вообще теплотѣ“.

*Dettweiler*, сравнивая результаты, достигнутые въ закрытыхъ учрежденіяхъ и на югѣ, и основываясь на одинаковой смертности зимою и лѣтомъ, придаетъ теплотѣ въ качествѣ непосредственнаго лѣчебнаго фактора ничтожную цѣну; такого же мнѣнія онъ держится и относительно влажности. *Rhoden* также раздѣляетъ его воззрѣніе, на что *Dettweiler* въ указанной выше работѣ и ссылается.

Къ наиболѣе посѣщаемымъ теперь лѣчебницамъ принадлежитъ несомнѣнно превосходно устроенная лѣчебница *Dettweiler*'а, которая пользуется лучшими способами современной терапіи, такъ что заслуживаетъ самой большой похвалы. Въ учрежденіи въ Фалькенштейнѣ (Таунусъ), а также въ народной лѣчебницѣ Руперсгайна (одинъ часъ ѣзды отъ Франкфурта на Майнѣ) пользуются наилучшими терапевтическими пособіями, при чемъ обращаютъ особенное вниманіе на то, что бы больные имѣли много (хорошаго, свѣжаго) воздуха. Польза лѣчебницъ подтверждается уже тѣмъ фактомъ, что въ чрезвычайно короткое время ихъ возникло уже нѣсколько, какъ напр., въ Hohenhonnef, въ Reiboldsgrün и проч. Больные получаютъ превосходную пищу и проводятъ много времени на свѣжемъ воздухѣ (иногда лежа); имъ дѣлаютъ холодныя обтиранія, обыкновенные души или души въ видѣ струи; они ѣдятъ втеченіе дня 5 разъ, при чемъ пищу подвергаютъ тщательному надзору и выбору, и кромѣ того принимаются необходимыя предосторожности противъ зараженія (мокротой). *Dettweiler* въ своихъ статьяхъ сообщаетъ, что онъ получилъ точныя данныя не только относительно терапіи, но и относительно излѣчимости туберкулеза.

Появившаяся недавно работа *Wolff*'а <sup>1)</sup>, снабженная предисловіемъ профессора *Curschmann*'а, представляетъ собой также превосходную монографію относительно лѣченія чахотки. Изъ нея мы узнаемъ, что больные не должны тратить времени на бесполезныя попытки лѣкарственной терапіи, но стремиться всѣми силами къ поднятію своего питанія.

Прежняя слѣпая вѣра въ то, что только на югѣ и въ тепломъ воздухѣ можно выздоровѣть отъ бугорчатки, несомнѣнно ошибочна; если необходимо вдыхать много хорошаго свѣжаго воздуха, то очевидно, что для больного большую пользу принесетъ дѣйствительно свѣжій воздухъ, чѣмъ воздухъ экватора, насыщенный водяными парами. Далѣе въ новѣйшее время было доказано, что горный климатъ, которому придавали такое большое значеніе, не имѣетъ никакой цѣны при лѣченіи легочной чахотки. Противъ пресловутой цѣлебности разрѣженнаго воздуха при туберкулезѣ справедливо возстали, такъ какъ ускоренное дыханіе въ этомъ воздухѣ и обусловленное этимъ оживленіе кровообращенія въ маломъ

<sup>1)</sup> *Felix Wolff*. Die moderne Behandlung der Lungenschwindsucht etc. Reiboldsgrün, 1894.

кругу наступали только на очень высоких горах, гдѣ зато существовалъ недостатокъ въ кислородѣ, съ чѣмъ также слѣдуетъ считаться; такъ какъ это обстоятельство игнорировали и полагали, что на большой высотѣ воздухъ бываетъ чище и лишень бациллъ, то рекомендовали такой климатической курортъ, какъ Давось.

Изъ числа вредныхъ факторовъ, которые слѣдуетъ имѣть въ виду при лѣченіи туберкулеза, *Rhoden* отмѣтилъ влажность воздуха, которая въ числѣ другихъ условій оказываетъ вліяніе на кровохарканіе. *Rhoden* нашель, что внезапныя колебанія въ составѣ атмосфернаго воздуха, въ особенности внезапное увеличеніе влажности, затрудняютъ быструю отдачу воды организмомъ при посредствѣ легкихъ и кожи; наступающее отъ этого увеличеніе крови повышаетъ кровяное давленіе и такимъ образомъ обусловливаетъ кровохарканіе. Однако, при помощи дальнѣйшихъ наблюденій выяснилось (у пациентовъ, содержавшихся въ санаторіяхъ), что температура и времена года не имѣютъ никакого вліянія на кровохарканіе. Съ патолого-анатомической точки зрѣнія весьма вѣроятно, что съ дальнѣйшимъ прогрессируваніемъ туберкулезной язвы процессъ можетъ дойти до лежащаго по сосѣдству сосуда и при развѣданіи его вызвать кровотеченіе. У людей съ кавернами, когда есосуды лежатъ обнаженными на стѣнкахъ каверны, для наступленія гемморрагіи достаточно уже скоропреходящаго случайнаго повышенія кровяного давленія, возбужденія (сердца), приступа кашля, крика, поднятія тяжелаго груза, произвольной натуги и проч. Помимо этихъ условій, благопріятствующихъ кровотеченіямъ, существуютъ еще нѣкоторыя другія, о способѣ дѣйствія которыхъ мы не можемъ ничего сказать; во всякомъ случаѣ, мы не думаемъ, чтобъ метеорологическія условія играли какую-нибудь особенную роль въ этомъ дѣлѣ.

Изъ всего этого слѣдуетъ, что еще ничего не извѣстно опредѣленнаго относительно того, когда и какъ надо лѣчить бугорчатку. Больныхъ необходимо поставить въ благопріятныя условія, удалить ихъ обычной жизненной обстановки и тотчасъ же подвергнуть лѣченію. Въ этомъ заключается, собственно говоря, громадная польза лѣчебницъ и *Felix Wolff* справедливо говоритъ въ одномъ мѣстѣ своей цитированной выше работы, что „психическія вліянія, отъ которыхъ освобождаютъ при этомъ человѣка, имѣютъ здѣсь столь-же огромное значеніе, какъ и лѣкарственная терапия“.

Наконецъ, на основаніи собственнаго опыта мы должны замѣтить слѣдующее: большинство чахоточныхъ приступаютъ къ лѣченію слишкомъ поздно. Въ настоящее время, когда существуетъ такое множество вспомогательныхъ діагностическихъ средствъ, выслушваніе, выстукиваніе, химическое и микроскопическое изслѣдованіе мокроты, констатированіе наслѣдственности и проч.,—въ настоящее время чахоточные не должны начинать своего лѣченія поздно, они не должны ждать, пока образуются каверны и организмъ въ дѣствіе распространенія бугорчатки настолько истощится, что становится почти неспособнымъ къ реакціи, такъ какъ при такихъ условіяхъ благодѣтельное вліяніе покоя, устраненіе дурнаго воздуха, избавленіе отъ ежедневныхъ работъ и хорошее питаніе уже недостаточны для излѣченія. Нельзя отрицать, что современныя стремленія врачей направлены къ

тому, чтобы повсюду устроить санаторіи. Препятствія для лѣченія коренятся, однако, въ социальныхъ условіяхъ: немногіе въ состояніи пользоваться относительно дорогими учрежденіями. Важнѣе всего было бы найти такое средство, при помощи котораго удалось бы задержать распространеніе туберкулеза въ широкихъ слояхъ общества, а это возможно только при улучшеніи гигиеническихъ условій. Если основывается лѣчебница на 300—400 человекъ, то это только капля въ морѣ и, конечно, не можетъ привести къ излѣченію и къ предупрежденію туберкулеза въ массѣ населенія. Если мы спасемъ отъ смерти немногихъ чахоточныхъ, то и это несомнѣнно составляетъ человѣколюбивое дѣло, но гораздо гуманнѣе было бы, если бы мы могли настолько улучшить социальный строй, чтобы сохранить отъ бугорчатки множество бѣдныхъ рабочихъ. По этому поводу я охотно напому заключение французскаго конгресса, засѣдавшего въ 1891 г. и обратившаго главное вниманіе не на лѣченіе, а на профилактику туберкулеза; этой послѣдней онъ исключительно и ограничилъ свои занятія.

На мой взглядъ и по моему опыту, наибольшее препятствіе для лѣченія чахотки представляетъ самъ человекъ, и если *Dettweiler* цитируетъ изреченіе *Humboldt'a* гласящее, что: „человекъ умираетъ отъ своего характера“, то это изреченіе безусловно оправдывается на чахоточныхъ. Опытный врачъ отнесетъ слабость энергіи, встрѣчающуюся такъ часто у чахоточныхъ, не на счетъ недостатка силы воли, но на счетъ измѣненія крови и послѣдовательныхъ душевныхъ и нервныхъ разстройствъ; не приходитъ же никому въ голову при тяжелой истеріи вліять на энергію. Всякое уговариваніе и всякое убѣжденіе окружающихъ, какъ извѣстно, остается здѣсь безуспѣшнымъ. Я никогда не слыхалъ, чтобы врачъ теплѣе отнесся къ подобной психической слабости, чѣмъ *Charcot* въ своихъ лекціяхъ, превосходно изложенныхъ *Freud'омъ* и произведшихъ на меня потрясающее впечатлѣніе. Мнѣ казалось, какъ будто я нахожусь въ театрѣ. *Charcot* излагаетъ и освѣщаетъ вопросъ такъ увлекательно, что я совершенно недоумѣваю, когда обыкновенный врачъ, говоря объ истеріи, упоминаетъ о своемъ впечатлѣніи, будто пациентка до извѣстной степени одержима своенравіемъ. Возрѣніе *Charcot*, что этотъ недостатокъ воли и энергіи нельзя устранить никакимъ лѣченіемъ, и что терапія должна быть направлена только противъ симптомовъ, примѣнимо также къ чахоткѣ.

Я лѣчилъ множество чахоточныхъ и безуспѣшно расточалъ всевозможныя убѣжденія, чтобы они вели цѣлесообразный и пригодный для нихъ образъ жизни. Почти всегда мои убѣжденія оставались тщетными, и только въ рѣдкихъ исключительныхъ случаяхъ я достигалъ, благодаря энергіи больныхъ, надлежащаго откармливанія. По моему убѣжденію, столь важное средство, какъ откармливаніе, отъ котораго зависитъ жизнь чахоточнаго, не должно быть предоставлено въ руки самого больного. Въ виду этого я съ радостью видѣлъ быстрое увеличеніе числа лѣчебницъ, гдѣ больные отчасти насильно принуждаются къ такой діетѣ, которая необходима для нихъ по предписанію. Я охотно даже подвергаю подобныхъ больныхъ откармливанію по способу *Weir-Mitchell'a*. У пациента должна быть совершенно отнята собственная воля, и онъ

долженъ точно подчиниться предписаніемъ метода *S. Weir-Mitchell*'я <sup>1)</sup>, которыя могутъ быть выполнены въ каждомъ учрежденіи. У себя на дому пациентъ можетъ провести это лѣченіе только въ очень рѣдкихъ случаяхъ. Здѣсь выполнение программы встрѣчаетъ столько затрудненій и задержекъ, что врачъ не достигаетъ намѣченной цѣли. Нелѣпное убѣжденіе въ томъ, что благотѣльное вліяніе можетъ оказать исключительно тотъ или другой климатъ, у наблюдательныхъ врачей все болѣе и болѣе теряетъ почву подъ ногами.

### Откармливаніе при туберкулезѣ.

Чахоточные, какъ мы упоминали уже, обнаруживаютъ до нѣкоторой степени слабость и вялость въ своихъ волевыхъ импульсахъ и недостатокъ энергіи. Очень трудно убѣдить ихъ какимъ бы ни было способомъ, что они должны лучше питаться. Надо рѣшительно возстать противъ ихъ постоянныхъ заявленій, что „у нихъ нѣтъ аппетита“, или что „у нихъ уменьшена способность къ перевариванію пищи“. Я убѣдился въ этомъ, когда послѣ появленія работъ *Debove*'а <sup>1)</sup> я произвелъ опыты съ откармливаніемъ. Я избралъ такихъ чахоточныхъ, которые питали отвращеніе къ пищѣ, и такихъ, у которыхъ существовало затрудненіе глотанія вслѣдствіе инфильтраціи черпаловидныхъ хрящей и у которыхъ, слѣдовательно, отвращеніе къ пищѣ имѣло свое объясненіе. Я бралъ обыкновенный желудочный зондъ съ отверстіемъ на нижнемъ концѣ, вводилъ его при помощи ларингоскопа какъ можно осторожнѣе, при чемъ я не причинялъ больному никакихъ болей, такъ какъ старался пройти въ *fossa pyriformis*, не задѣвая черпаловидныхъ хрящей, и впускалъ въ желудокъ присланный мнѣ изъ Парижа желтый мясной порошокъ. Этотъ порошокъ, разведенный въ супъ, водѣ или молокѣ, очень охотно принимался больными; черезъ нѣкоторое время они начинали, однако, жаловаться на постоянный отвратительный сладковатый вкусъ во рту. Я освѣдомился о причинѣ въ Парижѣ и узналъ, что порошокъ представляетъ собой высушенную конину. Такъ какъ существовалъ другой лучшій сортъ мяса (говядина), то я воспользовался имъ. Хотя онъ переносился очень хорошо, но пациенты снова стали жаловаться, что они опять чувствуютъ отвратительный вкусъ во рту. Чтобы избѣгнуть этого и довести свои опыты до конца, я велѣлъ растереть ветчину въ мелкій порошокъ, высушить и затѣмъ вводилъ этотъ порошокъ съ молокомъ въ желудокъ больнымъ. Такіе больные, которые недѣлями не съѣдали лота мяса (я полагаю, что сильный катарръ желудка дѣлалъ невозможнымъ принятіе пищи), отлично переваривали ежедневно около полукилограмма ветчины съ соответствующимъ количествомъ молока. Такъ какъ мы часто страдаемъ отъ воспріятыхъ нами предразсудковъ, то и я былъ убѣжденъ, что у туберкулезныхъ больныхъ вслѣдствіе сильнаго прилива крови

1) *S. Weir-Mitchell*. Behandlung gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie. Переводъ *S. Klemperer*. Hirschwald, Берлинъ, 1887.

2) De l'alimentation forcée chez les phthisiques. Bull. génér. de Thérap., 22 ноября 1881.

къ легкимъ и застою въ сосудахъ существуетъ послѣдовательный катарръ желудка, но послѣ продолжительныхъ опытовъ я пришелъ къ убѣжденію, что для питанія чахоточныхъ со стороны желудка нѣтъ никакихъ препятствій. Однако, замѣчательно, что пациенты, питавшіеся при помощи глоточнаго зонда, при первомъ же улучшеніи исчезали изъ виду. Питаніе подобнымъ способомъ для нихъ неприятно, и они, повидимому, предпочитаютъ скорѣе умереть, чѣмъ продолжать подобное лѣченіе.

*Peiper* въ Грейфсвальдѣ въ 1884 г. также предпринялъ подобныя опыты и пришелъ тогда къ слѣдующему заключенію: „мы должны считать подобное откармливаніе по способу *Debove's* замѣчательнымъ шагомъ впередъ въ терапіи чахотки, которая вообще такъ неблагоприятна и неутѣшительна“. Однако, *Peiper* примѣнялъ подобное откармливаніе также лишь втеченіе нѣкотораго времени; для болѣе продолжительнаго кормленія больныхъ этотъ способъ введенія пищи, повидимому, непригоденъ.

Чрезвычайно интересны взгляды, господствующіе относительно туберкулеза во Франціи и обстоятельно изложенные въ трудахъ „Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, 1894“.

Труды этого конгресса представляютъ собой толстый томъ въ 600 стр. Изъ различныхъ частей Франціи собрались делегаты подъ предсѣдательствомъ *Vernueil's*, чтобы обсудить разные важные вопросы относительно туберкулеза. Пренія этихъ делегатовъ имѣютъ для насъ здѣсь большой интересъ. Большая часть времени была посвящена вопросу о профилактикѣ, въ особенности по отношенію къ бугорчаткѣ животныхъ, при чемъ члены конгресса, главнымъ образомъ, пришли къ рѣшенію, что въ бойняхъ слѣдуетъ уничтожать трупы животныхъ, болѣвшихъ бугорчаткой. Далѣе, они единогласно выразили мнѣніе, что бойни должны подвергаться обеззараживанію подъ надзоромъ санитарно-полицейскихъ властей, и что съ цѣлью профилактики необходимо обеззараживать, по крайней мѣрѣ однажды въ день, вагоны желѣзныхъ дорогъ и трамваи. Однако, эти скромныя ходатайства встрѣтили уже сильное противодѣйствіе со стороны правительства, къ которому президентъ конгресса обратился, такъ какъ осуществленіе предложенныхъ мѣръ требовало значительныхъ денежныхъ затратъ. Если обеззараживаніе однихъ только парижскихъ боенъ въ 1893 г. стоило болѣе 285,000 франковъ, то во сколько бы обошлось оно для цѣлой провинціи! Такимъ образомъ, обеззараживаніе казалось, повидимому, совершенно невозможнымъ. Точно также предложеніе уничтожать или сжигать мясо бугорчатыхъ животныхъ было отклонено. *Bernheim* указалъ особенно на то, что правительство не въ состояніи вознаградить мясниковъ и поставщиковъ за весь скотъ, который былъ бы признанъ бугорчатымъ и уничтоженъ въ бойняхъ; слѣдовало бы ограничиться лишь той предосторожностью, чтобы мясо бугорчатыхъ животныхъ варилось или жарилось тутъ же на мѣстѣ, чѣмъ и была бы устранена опасность зараженія и избѣгнута экономическій ущербъ.

Изъ различныхъ предложеній, сдѣланныхъ конгрессомъ правительству, мы укажемъ только на нѣкоторыя, такъ какъ большинство изъ нихъ невыполнимо. Однимъ изъ первыхъ требованій, занесенныхъ въ протоколы конгресса, является упомянутое выше предложеніе сжигать трупы туберкулезныхъ животныхъ, затѣмъ—ходатайства о надзорѣ за мясомъ, осмотрѣ всѣхъ боенъ и мясныхъ лавокъ, вознагражденіи владельцевъ за убытки, лѣченіи заболѣвшихъ въ деревняхъ и въ поликлиникахъ, и о дезинфекціи всѣхъ помѣщеній, занятыхъ бугорчатыми больными. *Armaingaud* и *Landouzy* особенно требовали назначенія комиссій для производства обеззараживанія мебели въ гостиницахъ и въ мѣстахъ пребыванія чахоточныхъ на зимнихъ станціяхъ; они требовали также введенія особенныхъ плевальницъ въ школахъ. *Dégiwe* и *Noquard* внесли предложеніе производить обеззараживаніе бугорчатого мяса въ самой бойнѣ, при помощи громадныхъ приспособленій для варенія и жаренія. По ихъ мнѣнію, мясники въ большихъ бойняхъ въ *Vilette* выразили бы на это свое согласіе взаменъ извѣстныхъ уступокъ и привилегій. При такихъ условіяхъ мы имѣли бы вѣрное предохранительное оружіе противъ псороспермоза, трихиноза и бугорчатки.

Нѣкоторые члены конгресса представили исторіи болѣзни (2 — 3) излѣченныхъ ими пациентовъ, и такъ какъ отъ великаго до смѣшного одинъ шагъ, то было сдѣлано сообщеніе о лѣченіи въ Давосѣ, гдѣ больные при температурѣ въ  $-26^{\circ}$  держатъ всегда окна открытыми и ощущаютъ сильную потребность въ воздухѣ, которая является замѣчательнымъ цѣлебнымъ факторомъ; однако, о дальнѣйшей судьбѣ больныхъ не было никакихъ свѣдѣній.

Въ аналогичномъ сообщеніи упомянуто было о лѣченіи *Jarrige'a* изъ Монтрейля. Онъ впрыскивалъ больнымъ 40 кб. с. жидкости, состоявшей „изъ стерилизованнаго при  $115^{\circ}$  масла, въ которомъ растворено было 10% ментола и 5% креозота“.

Далѣе онъ сообщаетъ (крайне невѣроятный фактъ!), что онъ по желанію впрыскивалъ этотъ растворъ въ лѣвый или въ правый бронхъ, и что пациенты это переносили спокойно. Затѣмъ возникли пренія, во время которыхъ *Hervat* заявилъ, что лучше всего вернуться къ лѣченію воздухомъ, такъ какъ оно даетъ болѣе глубокой и стойкой эффектъ. *Verneuil* замѣтилъ, что если ограничиться борьбой съ мѣстными очагами бугорчатки, то другіе нетронутые очаги могутъ привести больного къ гибели, и что, слѣдовательно, лѣчить надо весь организмъ. Мы удовольствуемся тѣмъ, что упомянемъ еще объ одномъ методѣ, предложенномъ на Конгрессѣ, а именно, о методѣ *Sandres'a* (Парижъ). Онъ дѣлаетъ чахоточнымъ черезъ каждыя два часа ингаляціи втеченіе 12—15 минутъ „goudron de Norvège“, который взвѣшенъ въ шестерномъ объемѣ терпентина, и къ которому прибавляется 6 капель хлороформа, если пациентъ чувствуетъ боль. Однако, въ заключеніе онъ осторожно заявляетъ, что рядомъ съ этимъ лѣченіемъ можно примѣнять еще и всѣ другіе методы, но хороший результатъ обуславливается только этими ингаляціями. Мы ограничиваемся этими двумя примѣрами, чтобы показать, что даже въ собраніи такихъ выдающихся людей нѣкоторые считаютъ возможнымъ держаться столь узкой точки зрѣнія. Если Конгрессъ терпѣливо выслушивалъ подобныя смѣшныя

заявления, то это свидетельствует только о толерантности и вѣжливости французовъ.

Послѣ категорическаго заявленія *Koch'a*, что туберкулезъ развивается въ легкихъ вслѣдствіе вдыханія туберкулезныхъ бациллъ, и послѣ доказательныхъ экспериментовъ *Villemin'a* и *Tarpeiner'a* всѣ направили свои усилія къ тому, чтобы воспользоваться для лѣченія тѣмъ же путемъ, по какому проникъ инфекціонный ядъ. Эти попытки, слѣдовательно, не были лишены извѣстныхъ основаній, *Rokitansky* (Иннебрукъ, 1880) 'одинъ изъ первыхъ произвелъ опыты съ ингаляціями бензойнокислаго натра. Сообщенія *Rokitansky* были такъ настойчиво рекламированы его ассистентами, что привлекли на себя большое вниманіе. Если столь громко прославленные успѣхи этого метода не нашли себѣ подтвержденія въ контрольныхъ опытахъ другихъ авторовъ, то это можно объяснить только молодостью экспериментатора. Впослѣдствіи и другіе изслѣдователи пришли къ мысли, что если туберкулезныя бациллы вѣдряются при помощи дыханія, то надо тѣмъ же путемъ вводить антисептическія средства. Какъ ни увлекателенъ былъ этотъ методъ, онъ ни разу, однако, не привелъ къ цѣли. Быть можетъ, причина подобныхъ неудачъ лежала въ самыхъ лѣкарственныхъ веществахъ, такъ какъ для этой цѣли примѣнялись т. н. распыляемыя средства, обладавшія болѣе сильнымъ дѣйствіемъ. Кромѣ бензойнокислаго натра, здѣсь пущены были въ ходъ креозотъ, сулема, карболовая кислота и пр., но всѣ эти средства не дали никакихъ результатовъ. Когда убѣдились, что путемъ мѣстнаго воздѣйствія на легкія ничего нельзя добиться, то на основаніи теоретическихъ соображеній испробовали другой родъ лѣченія. *Sommerbrodt* въ 1885 г. вернулся къ креозоту. Онъ основывался при этомъ на удачныхъ случаяхъ, опубликованныхъ въ 1877 г. *Bouchard'омъ* и *Gimbert'омъ*. *Hugues* и *Bravet* въ 1878 г. также сообщили о цѣломъ рядѣ блестящихъ результатовъ, полученныхъ ими при помощи креозота. *Sommerbrodt* <sup>1)</sup> описалъ свои удачные случаи лѣченія креозотомъ бугорчатки въ 1877 г. Онъ указалъ на необходимость продолжительнаго употребленія этого средства, хотя замѣчаетъ при этомъ, что нѣкоторые больные совершенно не переносятъ креозота въ его обычной формѣ (въ капсулахъ), такъ какъ получаютъ отрыжку, тошноту и рвоту; зато онъ наблюдалъ, что у многихъ больныхъ подъ вліяніемъ этого средства улучшался аппетитъ.

Въ своемъ послѣдующемъ сообщеніи *Sommerbrodt* <sup>2)</sup> описываетъ свои опыты, при которыхъ онъ опредѣлялъ задерживающее вліяніе креозота на размноженіе туберкулезныхъ бациллъ въ желатинныхъ культурахъ; это вліяніе сказывалось уже при содержаніи креозота въ  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$  и одной тысячной долѣ. При содержаніи креозота въ  $\frac{1}{2000}$  изъ 17 видовъ микроорганизмовъ не проросли на питательной желатинѣ 13, а при содержаніи  $\frac{1}{4000}$  нѣкоторые изъ нихъ также были задержаны въ ростѣ. 4 остальныхъ микроорганизма (изъ 17) при содержаніи кре-

1) Berliner klin. Wochenschr., 1887, № 15.

2) Berliner klin. Wochenschr., 1887, № 48.



озота въ  $\frac{1}{2000}$ — $\frac{1}{1000}$  также почти прекратили свое размноженіе. Въ общемъ при этихъ опытахъ размноженіе останавливалось при содержаніи креозота въ  $\frac{1}{3000}$ — $\frac{1}{4000}$ . Изъ этихъ данныхъ *Sommerbrodt* вытекаетъ, что дѣйствіе креозота при бугорчаткѣ должно сказываться тѣмъ сильнѣе, чѣмъ больше *pro die* больной принимаетъ его.

*Fränzel*, который раньше принадлежалъ къ сторонникамъ креозота, уже въ это время сталъ примѣнять его рѣже. Онъ высказалъ мнѣніе <sup>1)</sup> что большинство туберкулезныхъ попадаетъ на излѣченіе въ такое время, когда на дѣйствіе креозота уже нельзя рассчитывать. Это мнѣніе заслуживаетъ, конечно, цѣлаго вниманія. Если наши представленія о локализациі туберкулеза значительно измѣнились, и мы уже не признаемъ исключительнаго проявленія бугорчатки въ формѣ верхушечнаго катарра или верхушечной инфильтраціи, то все же при разсѣянномъ туберкулезѣ назначеніе креозота даже въ наибольшихъ дозахъ совершенно безцѣльно, такъ какъ мы при помощи того количества креозота, которое больной въ состояніи принять (считая даже по 2,0 *pro die*), почти совершенно не въ состояніи достигнуть такого эффекта, какой получается въ культурѣ на пластинкахъ съ желатиной отъ прибавленія даже только  $\frac{1}{4000}$  доли креозота. Противъ аналогіи съ экспериментами на культурахъ говоритъ еще одно обстоятельство. Кто хоть разъ видѣлъ большое туберкулезное гнѣздо и разрѣзъ его, тотъ долженъ былъ прийти къ заключенію, что проникновеніе туда раствора креозота при бѣдномъ содержаніи въ ткани сосудовъ и при незначительной способности ея ко всасыванію возможно только въ самыхъ ничтожныхъ количествахъ.

*Sommerbrodt* самъ заявляетъ, что способъ назначенія креозота, практикуемый многими врачами (по 0,01 ежедневно втеченіе долгаго времени), несомнѣнно не можетъ оказать никакого задерживающаго вліянія на развитіе туберкулеза.

Послѣ того какъ должны были отказаться отъ непосредственнаго воздѣйствія на бациллы путемъ лѣкарственныхъ ингаляцій, постепенно вернулись къ старому терапевтическому методу, который имѣетъ цѣлью выдѣлить или обезвредить содержащейся въ организмѣ ядь посредствомъ возбуждающихъ средствъ, а именно, посредствомъ мышьяка. Изъ общей терапіи (особенно изъ дерматологической практики) стало извѣстно, что мышьякъ обладаетъ могущественнымъ дѣйствіемъ, напр., приводитъ къ полному излѣченію при *lichen ruber*, который вызываетъ общее страданіе организма (нерѣдко оканчивающееся смертью), при нервныхъ болѣзняхъ, перемежающейся лихорадкѣ, лимфоидныхъ опухоляхъ и при хлорозѣ. При этой послѣдней болѣзни, если желѣзо не оказываетъ дѣйствія, надо рассчитывать только на мышьякъ. Хотя способъ дѣйствія мышьяка не былъ вполне изученъ, но хорошо знали, что онъ нерѣдко значительно поднимаетъ питаніе больного. Всѣмъ извѣстно, что это средство примѣняется у животныхъ (лошадей), чтобы придать имъ блестящую вѣшность, у рудокоповъ и

1) 4 апрѣля 1887 г.

пр. Это и послужило несомненно основаніемъ испробовать мышьякъ при туберкулезѣ и явилось поводомъ для *Buchner'a* <sup>1)</sup> высказать мысль, что надо имѣть въ виду одну единственную задачу: поднять способность организма и живыхъ тканей къ противодѣйствию расщепляющимся грибкамъ. Такъ какъ оказалось невозможнымъ найти средство непосредственно противодѣйствовать вредному вліянію внѣдрившихся въ организмъ туберкулезныхъ бациллъ, и такъ какъ было извѣстно, что для выдѣленія бациллъ наиболее цѣлесообразной реакціей организма является воспалительная (бациллы даже въ верхушкахъ могутъ тогда инкапсулироваться посредствомъ обызвествленія), то естественно было искать такого средства, которое могло бы сильно поднять способность организма къ подобной реакціи. Среди такихъ средствъ *Buchner* останавливаетъ свое вниманіе на фосфоръ и мышьякъ, обладающихъ сильнымъ динамическимъ дѣйствіемъ и вызывающихъ формативное раздраженіе тканей съ усиленнымъ усвоеніемъ пищи въ смыслѣ *Virchow'a*. Такъ какъ *Buchner* еще раньше зналъ объ употребленіи мышьяка у рогатаго скота и свиней въ качествѣ средства для откармливанія, то онъ предположилъ, что у человѣка посредствомъ повышеннаго питанія можно противодѣйствовать вліянію бациллъ. Это предположеніе заставило вскорѣ многихъ изслѣдователей испытать дѣйствіе мышьяковистой кислоты (1:2000) при различныхъ пораженіяхъ легкихъ. Капитальная работа по этому вопросу принадлежитъ *Ganghofer'u* <sup>2)</sup> изъ Праги. Однако, его обстоятельныя исторіи болѣзни не послужили побужденіемъ къ новымъ попыткамъ. Несмотря на примѣненіе очень слабыхъ растворовъ, сплошь и рядомъ обнаруживались явленія нетерпимости со стороны желудка и кишекъ, и если въ иныхъ случаяхъ аппетитъ увеличивался въ значительной степени, зато у нѣкоторыхъ больныхъ наступали сильныя разстройства желудка и кишекъ. *Stinzing* <sup>3)</sup> при такой терапіи также не получилъ благоприятныхъ результатовъ, равно какъ *Kentner* <sup>4)</sup> и *Lindner* <sup>5)</sup>.

*Paul Gutmann*, въ свою очередь, примѣнилъ лѣченіе мышьякомъ въ 44 случаяхъ, но безъ успѣха. На лихорадку и измѣненія легкихъ мышьякъ не оказывалъ никакого вліянія. Точно также *Fräntzel* при содѣйствіи своего ассистента, военного врача *Groppe*, произвелъ безуспѣшныя попытки лѣченія мышьякомъ у 50 чахоточныхъ. *Tillenus* при продолжительномъ употребленіи не наблюдалъ благотворнаго вліянія этого средства на чахотку и поэтому не считаетъ его специфическимъ лѣкарственнымъ веществомъ при этой болѣзни. *Leyden* со времени опубликованія работы *Buchner'a* примѣнилъ мышьякъ въ большемъ числѣ случаевъ какъ въ частной практикѣ, такъ и въ *Charité*, и не нашелъ, чтобы это средство обладало цѣлебными свойствами при легочной чахоткѣ, такъ что считаетъ его совершенно неэффективнымъ. Мы могли бы еще удлинить перечень тѣхъ авторовъ, которые сообщали о

1) Die ätiologische Therapie und Prophylaxis der Lungentuberculose, 1883.

2) Prager med. Wochenschr. 1884, № 20.

3) Beitrag zur Verwendung des Arsenik bei chronischen Lungenleiden.

4) Berliner klin. Wochenschr. 1881.

5) Deutsche med. Wochenschr.

недѣйствительности мышьяка при бугорчаткѣ, но мы видимъ рѣшительное доказательство бесполезности его въ томъ обстоятельствѣ, что въ дальнѣйшемъ не появлялось уже новыхъ сообщений о случаяхъ исцѣленія бугорчатки мышьякомъ.

Какъ ни непріятно описывать неудачные методы лѣченія, мы должны все же полноты ради упомянуть о рекомендованномъ *Liebreich*'омъ способѣ лѣченія бугорчатки настойкой кантаридина, который былъ предложенъ вскорѣ послѣ оставленія за флагомъ туберкулина *Koch*'а. Врачъ совершаетъ подвигъ человѣколюбія, если, найдя какое-нибудь средство противъ извѣстной болѣзни, онъ примѣняетъ его настойчиво, горячо рекомендуетъ и такъ ревностно работаетъ въ этомъ направленіи, что остается только пожалѣть о безуспѣшности этихъ благородныхъ стремленій. Такъ, *Liebreich* и до сихъ поръ еще не удовлетворился тѣмъ, что другіе давно уже отвергли его методъ лѣченія. Несмотря на то, что онъ уже нѣсколько лѣтъ ревностно защищаетъ свое средство, пока еще не явился второй приверженецъ этого метода.

Такая же судьба постигла предложеніе проф. *Landerer*'а лѣчить туберкулезъ внутреннихъ органовъ небольшими внутривенными инъекціями эмульсіи изъ коричной кислоты. Этотъ методъ, основанный на опытахъ надъ животными, опирается главнымъ образомъ на тотъ фактъ, что подобныя инъекціи вызываютъ увеличеніе облыхъ кровяныхъ тѣлецъ и обильное скопленіе ихъ вокругъ туберкулезныхъ узелковъ, которые (resp. бациллы) такимъ образомъ подвергаются обратному развитію. Этотъ методъ, горячо рекомендованный и казавшійся рациональнымъ, былъ испробованъ многими авторами и нашелъ себя многихъ приверженцевъ. Одна изъ важнѣйшихъ работъ по этому вопросу принадлежитъ заслуженному главному врачу больницы Рудольфа, *Mader*'у. Онъ произвелъ свои первые опыты, слѣдуя точно указаніямъ *Landerer*'а, въ апрѣлѣ 1893 г.; онъ впрыскивалъ эмульсію коричной кислоты въ восходящихъ количествахъ отъ 2 до 5 дѣленій Правацова шприца, разумѣется съ соблюденіемъ необходимыхъ антисептическихъ предосторожностей. О своихъ опытахъ онъ говоритъ слѣдующее: „хотя *Landerer*, какъ сказано, при своихъ опытахъ надъ животными получалъ излѣченіе привитого туберкулеза, я едва ли осмѣлился бы перейти къ примѣненію этого средства у человѣка, такъ какъ естественно приходила въ голову мысль объ аналогіи съ мнимымъ благотворнымъ дѣйствіемъ впрыскиваній туберкулина. Неудачи съ туберкулиномъ, однако, могутъ еще подлежать спору. Меня побудили къ производству опытовъ (я даже счелъ себя обязаннымъ къ этому) чрезвычайно многочисленныя благоприятныя случаи, опубликованныя *Landerer*'омъ. Я могу, кромѣ того, утверждать, что при опытахъ неуклонно слѣдовалъ предписаніямъ *Landerer*'а и приступилъ къ нимъ безъ всякаго предубѣжденія“.

Выбравъ 50 соответственныхъ больныхъ, *Mader* подвергъ ихъ медленному и осторожному лѣченію, при чемъ оказалось, что всѣ эти попытки при самомъ строгомъ выполненіи метода не оказали ровно никакого вліянія на теченіе болѣзни. Мы считаемъ излишнимъ приводить

здѣсь мнѣнія другихъ авторовъ, если такой точный наблюдатель, какъ *Mader*, являющийся для насъ вполне авторитетнымъ судьей, высказывается противъ метода *Landerer*'а въ столь категорической формѣ.

## XXII.

## Объ оперативномъ лѣченіи туберкулезныхъ язвъ гортани.

Приступая къ этой главѣ, я желалъ бы писать не чернилами, а какой-нибудь болѣе пріятной смягчающей жидкостью, такъ какъ противорѣчіе съ обычными взглядами здѣсь выступить въ столь рѣзкой формѣ, что я заранѣе долженъ заявить о своей несолидарности съ другими авторами, вытекающей, конечно, не изъ принципіальнаго разногласія.

Однимъ изъ главныхъ бойцовъ на этой аренѣ является *Hering* изъ Варшавы. Еще въ началѣ изученія имъ ларингологіи онъ съ особымъ рвеніемъ взялся за хирургию болѣзней гортани и неустанно выступалъ на всѣхъ собраніяхъ естествоиспытателей и на всѣхъ конгрессахъ со своей работой, опубликованной имъ въ 1887 г. объ излѣчимости гортанной чахотки и о хирургическомъ методѣ лѣченія ея. И теперь еще онъ продолжаетъ защищать свои взгляды со свойственной ему страстностью. Эта горячность убѣжденія и восторженное отношеніе къ своимъ оперативнымъ методамъ привело къ нему нѣсколькихъ учениковъ, и вѣра, пріобрѣтенная ими на примѣрахъ и благодаря его горячему убѣжденію, воодушевила даже вполне трезвыхъ наблюдателей. Въ своей новѣйшей работѣ *Hering* <sup>1)</sup> сообщаетъ, что изъ 961 случая гортанной чахотки, наблюдавшагося имъ съ 1887 г. по февраль 1894 г., въ 270 случаяхъ примѣнено было хирургическое лѣченіе. Общее число случаевъ гортанной чахотки, наблюдавшихся съ 1884 г. по 1894 г., простиралось до 3000. Въ случаяхъ, подвергшихся операціи, онъ удалялъ и выскребывалъ туберкулезныя язвы и опухоли при помощи острой ложечки или скребца, и оставшуюся рану смазывалъ или посыпалъ молочной кислотой или другими лѣкарственными веществами. У названныхъ и отдѣльно перечисленныхъ имъ больныхъ онъ получилъ излѣченіе, продолжавшееся годъ и болѣе. Слѣдуетъ предположить, что онъ оперировалъ больныхъ, находившихся въ довольно удовлетворительныхъ условіяхъ питанія, и что его данныя истинны и основаны на точномъ наблюденіи.

*Schrötter* въ своихъ лекціяхъ <sup>2)</sup> по поводу хирургическаго лѣченія гортанной чахотки впервые указываетъ на способъ *Moritz*'а *Schmidt*'а, который при отечномъ припуханіи дѣлаетъ насѣчки съ цѣлью введенія

<sup>1)</sup> Klin. Zeit- und Streitfragen. Вѣна, *A. Hölder*, 1894.

<sup>2)</sup> *Schrötter*. Vorlesungen über Kehlkopfkrankheiten. Вѣна. 1888.

въ глубину тканей молочной кислоты. *Schrötter*, однако, рѣшительно высказывается противъ хирургическихъ приѣмовъ *Hering'a*.

*Hering* выскребывалъ при помощи специально устроеннаго для этой цѣли инструмента цѣлый кусокъ слизистой оболочки и „при послѣдовательномъ лѣченіи исключительно молочной кислотой получалъ очень хорошіе результаты“. *Schrötter* полагаетъ, однако, что такимъ путемъ невозможно основательно удалить всѣ пораженныя ткани, какъ это необходимо для устраненія рецидива. Кромѣ того, *Schrötter* думаетъ, что „не во всякой гортани возможно такое тяжелое хирургическое пособіе...“ „Рецидивы признаетъ и *Hering*, но объясняетъ это другими обстоятельствами“. То же самое, по словамъ *Schrötter'a*, можно сказать относительно гальванокаустики. Изъ этого слѣдуетъ, что *Schrötter* не считаетъ возможнымъ излѣченіе подобнымъ путемъ.

На основаніи подобныхъ данныхъ можно легко прийти къ заключенію, что эти операціи имѣютъ мало вліянія на теченіе туберкулеза, или не оказываютъ совершенно никакого дѣйствія, такъ какъ, по даннымъ *Hering'a*, вопросъ стоитъ слѣдующимъ образомъ: если туберкулезную язву въ гортани оперируютъ, то это является тщетной попыткой способствовать излѣченію бугорчатки; если же гортанную бугорчатку оставляютъ неоперированной, то наносятъ ущербъ больнымъ и не излѣчиваютъ туберкулеза. Съ этой антитезой нельзя, конечно, согласиться, такъ какъ она нелогична, невѣрна и не оправдывается ни клиническими, ни патолого-анатомическими данными.

Въ противоположность крайнимъ противникамъ, я считаю оперативное вмѣшательство при туберкулезѣ не принципомъ, но мѣрой, созданной и основанной на опытѣ. Намъ ежегодно приходится дѣлать попытки путемъ операціи помочь бугорчатымъ больнымъ, находящимся, повидимому, въ благоприятныхъ условіяхъ. Это дѣлается отчасти для слушателей, отчасти для ассистентовъ, чтобъ они лично могли убѣдиться въ большей или меньшей цѣлесообразности подобнаго вмѣшательства. При огромномъ больничномъ матеріалѣ, въ особенности при множествѣ чахоточныхъ, не трудно было выбрать такіе случаи, гдѣ заранѣе существовали большіе шансы на излѣченіе, при чемъ я только тогда рѣшался на операцію, когда при сомнительномъ успѣхѣ пациентъ все же не потерпѣлъ бы отъ этого непосредственнаго вреда. Подобныя условія встрѣчаются въ тѣхъ случаяхъ, когда оперируютъ пациентовъ, у которыхъ язвы или грануляціи сидятъ вѣнутри гортани. При помощи острыхъ щипцовъ, скребцовъ и ложечекъ несомнѣнно удается послѣ кокаиизаціи при необходимыхъ предосторожностяхъ и извѣстномъ навыкѣ удалить измененныя части, и мы это неоднократно дѣлали. Непосредственный успѣхъ врядъ ли наблюдается (облегченіе дыханія), и кромѣ того, несмотря на всевозможныя предосторожности и точное выполненіе операціи, сплошь и рядомъ наступаютъ рецидивы.

Намъ могутъ возразить, что мы работаемъ съ худшимъ матеріаломъ, такъ какъ больные, обращающіеся къ намъ по поводу гортанной чахотки, въ большинствѣ случаевъ сильно истощены, и что если бы мы и старались всевозможными средствами, находящимися въ распоряженіи больницы, быстро поднять питаніе больныхъ, намъ это все же не удалось бы въ такой мѣрѣ, какъ это достигается у людей, живущихъ

въ благоприятныхъ социальныхъ условіяхъ <sup>1)</sup>. *Wilhelm Prussak* изъ Lotz'a явился къ намъ для операціи не по поводу бугорчатого страданія, но по поводу послѣдствій своего туберкулеза (обширная грануляція въ гортани и послѣдовательная одышка). Теченіе болѣзни было не обычнымъ, а гораздо болѣе благоприятнымъ. Пациентъ заболѣлъ впервые въ 1885 г., и болѣзнь тянулась 5 лѣтъ. Такъ какъ при своихъ значительныхъ средствахъ больной обыкновенно годами посѣщалъ наилучшіе климатическіе курорты и такъ какъ онъ слѣдовалъ указаннымъ мною правиламъ относительно обильной діеты, то было вполне понятно, что этотъ случай окончился излѣченіемъ. Если же, несмотря на это, я высказываюсь противъ операціи при гортанной чахоткѣ, то я дѣлаю это на основаніи громаднаго числа неудачныхъ случаевъ, которые я ежегодно наблюдаю у себя и послѣ операціи, сдѣланной тѣмъ или другимъ товарищемъ. Я смотрю на такихъ больныхъ почти какъ на умирающихъ, такъ какъ я не могу ничего сдѣлать для ихъ облегченія, кромѣ вдунанія морфія, ингаляціи кокаина или смазыванія морфіемъ; заживленія и зарубцованія подобныхъ язвъ, оперированныхъ товарищами, я никогда не наблюдалъ. Эти случаи, конечно, не были опубликованы, и больные исчезли изъ виду операторовъ.

Въ особенности меня нерѣдко поражало въ такихъ случаяхъ разрушеніе наружной слизистой оболочки гортани. Гдѣ операція коснулась этой слизистой оболочки, тамъ наступаетъ затрудненіе глотанія, а слѣдовательно, и принятія пищи.

Втеченіе ряда лѣтъ было опубликовано множество случаевъ подобныхъ операцій при гортанной чахоткѣ, при чемъ большинство ихъ окончилось смертью. Успѣхъ имѣлъ лишь скоропреходящій характеръ, и многіе коллеги были настолько добросовѣстны, что не скрывали быстро наступленія смертельнаго исхода.

*Hering* самъ заявляетъ далѣе, что онъ теперь ограничиваетъ свои операціи межчерпаловиднымъ пространствомъ. Въ послѣднее время онъ, правда, опубликовалъ одинъ случай, гдѣ онъ вырѣзалъ половину надгортанника, но пациентъ уѣхалъ въ Одессу и перешелъ въ другія руки; опубликованныя *Hering*'омъ письма изъ Одессы врядъ ли могутъ служить доказательствомъ, что больной излѣчился.

Тѣмъ не менѣе я не желалъ бы упорствовать въ своемъ категорическомъ отрицаніи, такъ какъ уважаемые мною товарищи, какъ *Moriz Schmidt* (Франкфуртъ), *Gouguenheim* (Парижъ) и *Schäffer* (Бременъ), будучи весьма трезвыми наблюдателями и критиками, высказались въ довольно благоприятномъ духѣ по этому вопросу. Въ январѣ 1891 года мой другъ профессоръ *Moriz Schmidt* поручилъ своему ассистенту *Georg'у Avellis'у* опубликовать рядъ случаевъ операцій при опухоляхъ гортани. Изъ приложенныхъ рисунковъ легко можно видѣть, что большинство операцій произведены были внутригортаннымъ способомъ (т. е. не выходя за предѣлы полости гортани), другими словами, на такихъ мѣстахъ, раненіе которыхъ не сопровождается разстройствами глотанія. Далѣе оперировались только ограниченныя опухоли, какъ это

1) *Stoerk*. Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Larynx tuberculose. Wiener med. Wochenschr., 1892, №№ 3 и 4.

видно изъ рисунковъ. Тѣмъ не менѣе и здѣсь въ большинствѣ случаевъ наступили рецидивы, приведшіе къ смерти.

Изъ авторовъ, которые отнеслись къ такимъ операциямъ съ наибольшимъ энтузіазмомъ, мы можемъ назвать *Moritz'a Schmidt'a* <sup>1)</sup>, *H. Krause* <sup>2)</sup>, *Max'a Schäffer'a* <sup>3)</sup>, *Georg'a Avellis'a* <sup>4)</sup>, *Gleitsmann'a* <sup>5)</sup>, *Gouguenheim'a* <sup>6)</sup>, *Bergengrün'a* <sup>7)</sup> и пр. и пр.

Я долженъ закончить эту главу, сообщивъ здѣсь мнѣніе *Sokolowski* <sup>8)</sup>. Этотъ опытный врачъ, испробовавъ всевозможныя средства для лѣченія общаго и мѣстнаго туберкулеза, заканчиваетъ свое сообщеніе слѣдующими положеніями:

1. Излѣченіе гортанной бугорчатки наблюдается рѣдко, но возможно.

2. Зарубцованіе отдѣльныхъ язвъ происходитъ само собою или благодаря мѣстному лѣченію, находится въ тѣсной зависимости отъ общаго состоянія и мѣстныхъ измѣненій въ легкихъ.

3. Наиболѣе надежнымъ методомъ мѣстнаго лѣченія оказался комбинированный способъ (молочная кислота, хирургическое лѣченіе и гальванокаустика).

4. Общее лѣченіе должно идти рука объ руку съ мѣстнымъ.

### XXIII.

## Впрыскиванія туберкулина.

Мы поступили бы некорректно и неблагородно, если бы, начиная главу о попыткахъ излѣченія бугорчатки, не остановились на глубоко обдуманыхъ опытахъ *Robert'a Koch'a*. На международномъ медицинскомъ конгрессѣ, засѣдавшемъ въ Берлинѣ 4—9 августа 1890 г., были сдѣланы первыя предварительныя сообщенія *Koch'a* о попыткахъ излѣченія туберкулеза. Онъ ограничился отчетомъ о своихъ опытахъ надъ животными, у которыхъ онъ старался задержать размноженіе туберкулезныхъ бациллъ. Ему удалось достигнуть этого у морскихъ сви-

1) *Moriz Schmidt*. Die Kehlkopfschwindsucht und ihre Behandlung. Лейпцигъ, 1881.

2) *H. Krause*. Ueber die Erfolge der neuesten Behandlungsmethoden der Kehlkopftuberculose. Therap. Monatshefte. Маѣ. 1889.

3) *Max Schäffer*. Ueber das Curettement des Larynx nach *Hering*. Ibid., октябрь, 1890.

4) *G. Avellis*. Tuberculöse Larynxgeschwülste. Deutsche med. Wochenschr., 1891, №№ 32 и 33.

5) *Gleitsmann*. Surg. Treat. of laryngeal Tuberculosis. Нью-Йоркъ, октябрь 1894.

6) *Gouguenheim*. Trait. chir. de la Phthisie laryngée. Ann. de maladies de l'oreille et du larynx. Парижъ. Апрель, 1894.

7) *Paul Bergengrün*. 7 Fälle günstig verlaufener, resp. geheilter Kehlkopfschwindsucht. Arch. für Laryngologie, 1875, т. II, вып. 2.

8) *Sokolowski*. Ueber die Heilbarkeit und örtliche Behandlung der sogenannten Kehlkopfschwindsucht. Wiener klin. Wochenschr., 1894, № 45.

нокъ, которая подъ вліаніемъ изобрѣтеннаго имъ средства излѣчивались отъ своего туберкулеза. Въ концѣ своего доклада онъ заявилъ, что изъ своихъ опытовъ онъ не можетъ еще сдѣлать никакихъ другихъ заключеній, кромѣ того, что этимъ окончательно устанавливалась возможность (до сихъ поръ справедливо оспаривавшаяся) сдѣлать безвредными патогенныя бактеріи въ живомъ тѣлѣ, не нанося ущерба послѣдному. Если удалось подобнымъ путемъ взять верхъ надъ могучимъ врагомъ человѣческаго тѣла при одной инфекціонной болѣзни, то недалеко уже то время, когда мы того же добьемся по отношенію къ другимъ заболѣваніямъ. Этимъ онъ открылъ многообѣщающій путь, который долженъ послужить благородной ареной для международнаго соревнованія. Его послѣдующія сообщенія объ опытахъ лѣченія были сдѣланы въ другомъ мѣстѣ <sup>1)</sup>.

Несмотря на крайнія предосторожности, принятыя имъ съ цѣлью не допустить несвоевременнаго опубликованія своихъ незаконченныхъ опытовъ, это все же было сдѣлано частью его сотрудниками, частью имъ самимъ подъ давленіемъ министра народнаго просвѣщенія. Въ качествѣ живого свидѣтеля этой эпохи я могу сказать, что радостный восторгъ охватилъ весь міръ, когда онъ узналъ о возможности успешной борьбы, благодаря открытію *Koch*'а, съ такимъ бичомъ человѣчества, какъ бугорчатка. Насъ—врачей сообщеніе *Koch*'а наэлектризовало. Все, что мы узнавали отъ *Koch*'а, было всегда столь положительно, трезво и глубоко продумано, что врачи, полные воодушевленія, стали примѣнять его средство безъ всякой дальнѣйшей критики.

Апостолы ученія, какъ это часто бываетъ, зашли въ проповѣди да-лѣе, чѣмъ самъ новый медицинскій пророкъ. Самые высокіе умы, самые спокойные мыслители и наиболѣе скептическіе люди восприняли эту вѣру въ непогрѣшимость туберкулина, такъ что ни у кого не возникло болѣе никакого сомнѣнія. Извѣстіе объ открытіи, составившемъ эру, распространилось изъ врачебныхъ круговъ по всему міру и проникло во всѣ слои общества. Наиболѣе скаредные гарпагоны превратились въ меценатовъ, чтобы доставить человѣчеству пресловутое лѣчебное средство. Случилось, несомнѣнно, безъ участія со стороны *Koch*'а, что нѣкоторые берлинскіе врачи получили возможность примѣнять это средство раньше всѣхъ остальныхъ. Я самъ получилъ его въ свои руки только съ большимъ трудомъ. Нетерпѣливые помчались въ Берлинъ, чтобы на мѣстѣ наблюдать лѣченіе, изучить методъ, и чтобы самому научиться готовить туберкулинъ.

Въ своемъ позднѣйшемъ сообщеніи *Koch* привелъ о туберкулинѣ болѣе подробныя данныя и заявилъ, что его надо употреблять иначе, чѣмъ у животныхъ. Экспериментаторъ долженъ неуклонно слѣдовать тому правилу, что нельзя непосредственно переходить отъ экспериментовъ на животныхъ къ аналогичнымъ опытамъ надъ людьми. Человѣкъ оказался гораздо чувствительнѣе къ этому средству, чѣмъ морская свинка.

*Koch* предупредилъ, что надо быть чрезвычайно осторожнымъ въ дозировкѣ, и пытался установить соотвѣтствіе между дозой и вѣсомъ

<sup>1)</sup> Deutsche med. Wochenschr., 1890, 13 ноября и слѣд.



тѣла; онъ упомянулъ также о томъ, что при болѣе значительныхъ дозахъ наступаетъ лихорадка, потрясающій ознобъ, высокая температура, и совѣтовалъ по возможности предпринять опыты съ такими формами туберкулеза, гдѣ на открытой поверхности существуютъ туберкулезныя язвы, чтобы можно было вѣрнѣе судить о реакціи, т. е. слѣдовательно, прежде всего при волчанкѣ и язвахъ въ гортани.

Несмотря на предосторожность относительно дозировки средства и на выборъ пациентовъ, Koch не получилъ того успѣха, какого бы онъ желалъ. Онъ говоритъ въ одномъ мѣстѣ, что этимъ средствомъ можно пользоваться при начинающейся чахоткѣ и излѣчить ее, но при этомъ самъ замѣчаетъ, что еще не доказано, чтобы это средство приводило къ окончательному излѣченію (въ нѣкоторыхъ случаяхъ несомнѣнно наступаютъ рецидивы), и чтобы излѣченные становились иммунными. Однако, тогда онъ могъ опредѣленно заявить только слѣдующее: центръ тяжести лежитъ въ своевременности лѣченія, которое должно быть предпринято въ начальномъ періодѣ, такъ какъ тогда туберкулинъ оказываетъ наиболѣе совершенное дѣйствіе.

Этимъ и исчерпывались всѣ его сообщенія. Если бы мы точно держались ихъ, то не послѣдовало бы того, что случилось впоследствии. Съ лихорадочной поспѣшностью врачи набросились на это средство и стали примѣнять его, не выбирая пациентовъ. Образовалась армія приверженцевъ лѣченія туберкулиномъ, и, при неодинаковомъ неумѣнн врачей различать отдѣльные стадіи туберкулеза, пациенты подвергались лѣченію туберкулиномъ во всѣхъ періодахъ болѣзни и при всѣхъ условіяхъ.

Вскорѣ явилась на сцену трезвая критика Virchow'a (l. c.). Въ за-сѣданіи Берлинскаго медицинскаго общества 7 января 1891 г. онъ демонстрировалъ рядъ патолого-анатомическихъ препаратовъ и сообщилъ о 21 вскрытіи больныхъ, умершихъ послѣ лѣченія туберкулиномъ, при чемъ онъ останавливался, главнымъ образомъ, на измѣненіяхъ со стороны легкихъ. Онъ отмѣтилъ не только раздражающее дѣйствіе туберкулина, которое обнаруживалось въ развитіи гипереміи и припуханія, но наблюдалъ также прямые воспалительные процессы и сильныя активныя разраженія не только въ легкихъ, но и во всѣхъ внутреннихъ органахъ. Въ особенности онъ указывалъ на существованіе подобныхъ процессовъ въ гортани, которые напоминали здѣсь рожистый отекъ голосовой щели и заглочную флегмону.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ находилъ казеозную гепатизацію и для объясненія ея допускалъ возможность, что здѣсь дѣло шло о пневмоніяхъ отъ глотанія послѣ процессовъ размягченія въ старыхъ легочныхъ гнѣздахъ. Кромѣ того, онъ констатировалъ появленіе свѣжихъ бугорковъ. Вслѣдствіе существующихъ, какъ извѣстно, затрудненій опредѣлять возрастъ даже субмилиарнаго узелка, онъ здѣсь основывался въ своемъ заключеніи на измѣненіяхъ серозныхъ оболочекъ и особенно перикардія: нельзя было здѣсь ничего предположить иного, какъ метастазированіе освободившагося бугорчатого матеріала. Наконецъ, онъ отмѣтилъ опасность прободенія туберкулезныхъ язвъ (въ кишечникѣ, гортани и проч.) вслѣдствіе усиленнаго омертвѣнія ткани. По его воззрѣнію, инъекціи, слѣдовательно, ухудшили состояніе больныхъ.

Въ засѣданіи 11 февраля 1891 г. *Virchow* еще рѣзче возсталъ противъ инъекцій туберкулина. *Koch* сказалъ, что его средство преимущественно дѣйствуетъ на туберкулезную ткань, и *Virchow* по этому поводу спрашиваетъ, что собственно слѣдуетъ разумѣть подъ туберкулезной тканью. Онъ сожалѣлъ о той путаницѣ, которая въ послѣдніе мѣсяцы установилась въ терминологіи, и ратовалъ за примѣненіе болѣе ясныхъ терминовъ въ такихъ чисто патолого-анатомическихъ вопросахъ:

„Мы должны различать: во-первыхъ, такую ткань, которая содержитъ бугорки въ истинномъ смыслѣ этого слова, во-вторыхъ, такую ткань, которая возникла вновь рядомъ съ бугорками, или, быть можетъ, еще до ихъ образованія, обыкновенную воспалительную ткань, грануляціонную ткань, называемую также соединительною тканью, и наконецъ, простые экссудативные продукты, которые вообще не заслуживаютъ названія ткани. И дѣйствительно, катарральная или казеозная пневмонія продуцируетъ экссудатъ, но не ткань. Возникаетъ такимъ образомъ вопросъ, на какую же ткань дѣйствуетъ впрыскиваніе туберкулина?“

*Koch* самъ говоритъ, что его впрыскиванія не оказываютъ никакого вліянія на туберкулезныя бациллы. Факты, которые бы доказывали, что бугорки въ истинномъ смыслѣ этого слова могутъ всасываться, не были констатированы ни прежде, ни послѣ, когда стали примѣнять впрыскиванія. Грануляціонная ткань, однако, подвергалась болѣе быстрому разрушенію, и въ этомъ заключалась возможность относительно ранняго излѣченія. Явленія инкапсулированія по окружности туберкулезныхъ гнѣздъ наступали здѣсь, быть можетъ, съ большимъ трудомъ“.

Въ позднѣйшихъ засѣданіяхъ (до 25 февраля 1891 г.) *Virchow* высказался еще болѣе скептически относительно инъекцій *Koch*'а, такъ какъ имѣлъ возможность демонстрировать весьма убѣдительные случаи, указывавшіе на грозную опасность возникновенія miliarнаго туберкулеза.

*Virchow* показалъ ad oculos, при помощи препаратовъ, что случаи туберкулеза, гдѣ примѣнялся туберкулинъ, окончились гораздо скорѣе смертельнымъ исходомъ, чѣмъ если бы такого лѣченія не было примѣнено; онъ заявилъ далѣе, что впрыскиваніе туберкулина даже въ самыхъ раннихъ стадіяхъ бугорчатки можетъ вызвать болѣе быстрое теченіе болѣзни. Эти данныя до такой степени испугали врачей, работавшихъ съ туберкулиномъ, что нѣкоторые изъ нихъ тотчасъ же бросили дальнѣйшіе опыты. Когда извѣстіе объ изслѣдованіяхъ *Virchow*'а проникло въ публику, то ею овладѣлъ страхъ, совершенно уничтожившій бывшія пылкія надежды. Изъ горячихъ приверженцевъ этого метода врачи сдѣлались непримиримыми противниками его. Когда первый шумъ прошелъ и уступилъ мѣсто спокойному обсужденію, и когда начали обращать больше вниманія на теченіе туберкулеза, чѣмъ это дѣлалось до сихъ поръ, то при болѣе точныхъ наблюденіяхъ выяснилось, что бугорчатка протекаетъ въ чрезвычайно различныхъ формахъ, и что старый взглядъ о предрасположеніи уже не можетъ служить удовлетворительнымъ объясненіемъ. Всѣ внимательные наблюдатели были поражены тѣмъ различнымъ теченіемъ, какое получаетъ

бугорчатка у разныхъ людей, и такъ какъ возбудителемъ болѣзни при бугорчаткѣ считалась бацилла *Koch'a*, то было высказано предположеніе, не обусловливается ли теченіе туберкулеза другимъ какимъ-нибудь вреднымъ агентомъ, помимо бациллы. Въ различныхъ учрежденіяхъ были предприняты по этому поводу обширныя бактериологическія изслѣдованія, и такъ какъ знали, что пневмонія вызывается коккомъ (*Friedländer, Weichselbaum, Fränkel*), то возникла мысль, не вызываются ли воспаленія и грануляціонныя разращенія при туберкулезѣ коккомъ пневмоніи или другимъ микроорганизмомъ. Различные изслѣдователи, работавшіе по этому вопросу, пришли къ самымъ разнорѣчивымъ результатамъ. Одни видѣли причину различаго теченія въ пневмококкѣ, другіе въ т. н. гноеродныхъ, вызывающихъ септицемію, болѣзнетворныхъ агентахъ. Эти изслѣдованія для практическихъ врачей имѣютъ громадное значеніе, такъ какъ они могутъ выяснитъ, почему нѣкоторые виды туберкулеза протекають совершенно безъ лихорадки, тогда какъ другіе сопровождаются тяжелыми лихорадочными явленіями и истощеніемъ, при чемъ мы оставляемъ въ сторонѣ тѣ случаи, гдѣ бацилла проникаетъ въ лимфатическіе и кровеносные сосуды (острый туберкулезъ). Большинство изслѣдователей производили свои опыты либо на животныхъ, которымъ они впрыскивали жидкость, содержащую бациллы, или же подвергали точному микроскопическому изслѣдованію туберкулезныя гнѣзда въ легкихъ, взятыхъ у лицъ, которыя умерли отъ бугорчатки; къ этимъ послѣднимъ авторамъ принадлежатъ *Baumgartner, Ortner, Fränkel* и *Troje*.

Французы *Grancher* и *Hutinel* высказали предположеніе, что т. н. галолирующая чахотка зависитъ отъ присутствія другихъ болѣзнетворныхъ зародышей, кромѣ *Koch'овой* бациллы, т. е. отъ смѣшанной инфекции, при чемъ это воззрѣніе въ послѣднее время нашло себѣ защитниковъ также въ Германіи.

*Baumgartner*, напротивъ, утверждаетъ, что между типической долевой или долевою хронической казеозной пневмоніей и типическимъ милиарнымъ туберкулезомъ легочной ткани существуетъ только количественная разница, разница въ степени, но не по существу.

*A. Fränkel* и *Troje* <sup>1)</sup> на основаніи своихъ клиническихъ наблюденій, а также гистологическихъ и бактериологическихъ изслѣдованій, утверждали, что существованіе въ клинически прослѣженныхъ ими случаяхъ постояннаго различія въ гистологическихъ и бактериологическихъ данныхъ при разлитой студенистой инфильтраціи и при туберкулезныхъ очаговыхъ разращеніяхъ внушило имъ мысль, что первая обусловливается не прямымъ раздражающимъ вліяніемъ бациллъ, а дѣйствіемъ растворимыхъ химическихъ продуктовъ. Они приходятъ къ заключенію, что при т. н. долевою казеозной пневмоніи, какъ и при обыкновенныхъ казеозныхъ бронхо-пневмоніяхъ, дѣйствіе бациллъ можетъ осложниться смѣшанной инфекціей, но послѣдняя не играетъ существенной роли при этихъ болѣзненныхъ формахъ.

1) Zeitschrift für klin. Medicin, 1894.

*Cornet* <sup>1)</sup> на основаніи клиническихъ наблюденій, а также многочисленныхъ изслѣдованій мокроты, при которыхъ часто были находимы патогенные микроорганизмы въ содержимомъ кавернъ, а именно, различные виды стрептококковъ, заключаетъ, что громадное большинство случаевъ чахотки не представляетъ собой чистой формы туберкулеза, а является осложненнымъ заболѣваніемъ, т. е. смѣшанной инфекціей, которую онъ считаетъ возможнымъ назвать хронической септицеміей на туберкулезной почвѣ или септическимъ легочнымъ туберкулезомъ.

*Ortner* <sup>2)</sup> говорить слѣдующее: въ легкихъ, пораженныхъ бугорчаткой, слѣдуетъ различать двоякаго рода патологическіе процессы: образованіе бугорковъ и развитіе пневмоническихъ очаговъ. Оба эти процесса различаются между собою не только въ гистологическомъ, но и въ этиологическомъ отношеніи. Столь часто встрѣчающіеся при легочномъ туберкулезѣ пневмоническіе процессы представляютъ собой результатъ вліянія *Micrococcus pneumoniae*, а бугорки—результатъ вліянія туберкулезныхъ бациллъ.

Къ авторамъ, производившимъ эксперименты на больныхъ, принадлежитъ прежде всего *Carl Spengler* <sup>3)</sup>. Этотъ авторъ въ Берлинскомъ гигиеническомъ институтѣ и въ климатическомъ курортѣ Давосъ изслѣдовалъ мокроту прибывавшихъ туда больныхъ, промывалъ и очищалъ ее различными способами и пришелъ къ заключенію такимъ образомъ, что у тѣхъ больныхъ, въ мокротѣ которыхъ содержится множество стрептококковъ, наступали болѣе сильныя лихорадочныя явленія, и болѣзнь получала болѣе тяжелое теченіе, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда въ мокротѣ находимы были только туберкулезныя бациллы. Больные, имѣвшіе чистую форму туберкулезной инфекціи, подвергались лѣченію туберкулиномъ. Другими словами, методъ лѣченія туберкулиномъ снова ожилъ въ томъ видѣ, какъ мы его изучили нѣсколько лѣтъ тому назадъ по статьямъ *Koch'a*. *Spengler*, состоящій врачомъ въ Давосѣ, произвелъ свое изслѣдованіе въ 50 случаяхъ. Относительно 32-го случая онъ указываетъ, что дѣло шло о больной съ т. н. пассивной смѣшанной инфекціей, гдѣ стрептококки проникли изъ дыхательныхъ путей въ болѣе глубокія части легкихъ, но сами по себѣ не служили причиной лихорадки. При такой пассивной смѣшанной инфекціи, существованіе которой онъ опредѣлялъ бактериологическимъ путемъ, онъ достигъ того, что „лихорадка очень быстро уступила впрыскиваніямъ туберкулина, а бациллы исчезли медленно. Я наблюдалъ“, говоритъ онъ далѣе, „больную по выходѣ ея изъ института инфекціонныхъ болѣзней еще въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ и убѣдился въ ея окончательномъ излѣченіи“. 42-ой случай касался 20-лѣтней дамы, у которой существовали всѣ признаки бугорчатки; изслѣдованіе на туберкулезныя бациллы показало содержаніе ихъ въ полѣ'зрѣніи въ количествѣ 7 (G. 7 \*); кромѣ того, найдены стрептококки, которые

1) *Cornet*. Ueber Mischinfection bei Lungentuberculose. Verhandlungen des XI Congresses für innere Medicin, 1892.

2) *Ortner*. Die Lungentuberculose als Mischinfection. Braumüller, 1893.

3) *Lungentuberculose und Mischinfection*.

\*) Gesichtsfeld 7.

образовали очень длинныя цѣпочки. Во время пребыванія въ институтѣ у нея образовалась каверна. Въ маѣ 1892 г. она была еще въ институтѣ, а осенью того же года отправилась въ Давосъ. Тамъ найдены были въ мокротѣ стрептококки, а туберкулезныя бациллы G. 2. Во время лихорадочнаго періода въ январѣ и февралѣ слѣдующаго года въ мокротѣ оказались стрептококки и стафилококки, которые по окончаніи лихорадки въ мартѣ уменьшились въ числѣ. Втеченіе 2 мѣсяцевъ пациентка съ большимъ успѣхомъ подвергалась лѣченію туберкулиномъ. Въ маѣ она отправилась домой; въ слѣдующемъ году она снова вернулась въ Давосъ, такъ какъ состояніе ея ухудшилось. Въ январѣ въ мокротѣ оставались только туберкулезныя бациллы, а въ мартѣ туберкулезныхъ бациллъ было G. 7 и, кромѣ того, найдены были стрептококки. 1-го апрѣля она снова начала лѣченіе туберкулиномъ, такъ какъ здѣсь можно было съ увѣренностью исключить существованіе активной смѣшанной инфекции, и такъ какъ лихорадку не удавалось устранить никакимъ другимъ средствомъ. 43-й случай касается 27-лѣтней женщины. Туберкулезныхъ бациллъ G. 10; мало стрептококковъ, но очень жестокая лихорадка. Активной смѣшанной инфекціи доказать не удалось, такъ какъ стрептококковъ было очень мало. Дѣло шло лишь о пассивной смѣшанной инфекціи, и лихорадка имѣла чисто туберкулезное происхожденіе. Блестящимъ подтвержденіемъ своего взгляда онъ считаетъ успѣхъ лѣченія туберкулиномъ въ этомъ случаѣ, такъ какъ туберкулезная лихорадка тотчасъ же исчезла. Если бы существовала смѣшанная инфекція, успѣха не получилось бы.

Въ противоположность мнѣнію, высказанному на французскомъ конгрессѣ, взгляды *Spengler'a*, который также состоитъ врачомъ въ Давосѣ, отличаются трезвостью и осторожностью и поэтому заслуживаютъ гораздо большаго вниманія. Онъ говоритъ слѣдующее: „больные, являющіеся въ Давосъ, сохраняютъ свою бугорчатку, бациллы у нихъ не увеличиваются, не уменьшаются, но благодаря благопріятному вліянію горнаго климата и чистаго воздуха дѣло не доходитъ до стрептококковой инфекціи“. Чрезвычайно важно на самомъ дѣлѣ, если столь опытный въ этой сферѣ врачъ, какъ *Spengler*, указываетъ истинную цѣну горнаго климата. Онъ утверждаетъ, что въ горномъ климатѣ, на берегу моря и на морѣ стрептококковой инфекціи не бываетъ, и такъ какъ онъ придаетъ вмѣстѣ съ другими авторами громадное значеніе стрептококковой инфекціи, которая столь губельно осложняетъ туберкулезный процессъ, то его воззрѣніе чрезвычайно интересно, тѣмъ болѣе, что онъ различаетъ стрептококковую инфекцію двоякаго рода: случайную (пассивную) изъ верхнихъ дыхательныхъ путей, изо рта, носа, носоглоточнаго пространства и другую (активную), когда стрептококки скопляются въ легочной ткани или въ кавернахъ и обуславливаютъ то смѣшанное зараженіе, которое придаетъ туберкулезу его губельный характеръ, т. е. вызываютъ септицемическую инфекцію. Это воззрѣніе выясняетъ намъ причину болѣе остраго и болѣе губельнаго теченія туберкулеза въ иныхъ случаяхъ. Если признаваемая *Spengler'омъ* и другими авторами (*Cornet, Petruschky*) септицемическая инфекція дѣйствительно обуславливается стрептококками, то громадный ин-

тересъ получаютъ произведенные въ послѣднее время *Roux* и *Marmorek*'омъ обширные опыты лѣченія при помощи антистрептококковой цѣлебной сыворотки. Не лишено интереса также сообщеніе *Moriz'a Schmidt'a* (*Die Krankheiten der oberen Luftwege*, 1894), что онъ еще до сихъ поръ продолжаетъ съ успѣхомъ принимать туберкулинъ при бугорчаткѣ и волчанкѣ; онъ только предостерегаетъ отъ того, чтобы не лѣчить этимъ средствомъ тяжелыхъ больныхъ, при чемъ съ чувствомъ удовлетворенія прибавляетъ, что и другіе авторы, какъ *v. Ziemssen* и *D'Outrelepont*, еще не отказались отъ этого средства.

## XXIV.

## Бугорчатка носа.

Чтобы показать, что мы не принадлежимъ къ принципиальнымъ противникамъ оперативнаго пособія при туберкулезѣ, мы скажемъ здѣсь нѣсколько словъ о произведенныхъ нами лично операціяхъ. Послѣднія, конечно, не могутъ быть сравниваемы съ операціями въ гортани, и если мы на нихъ рѣшались безъ колебаній, то это объяснялось невозможностью причинить этимъ больнымъ вредъ.

Мой опытъ относительно бугорчатки носа основанъ на многолѣтней практикѣ, и меня могутъ упрекнуть за то, что я до сихъ поръ не опубликовывалъ своихъ случаевъ. Я не дѣлалъ этого на томъ основаніи, что, на мой взглядъ, проявленія бугорчатки на кожѣ или слизистыхъ оболочкахъ, если это вызывается интензивнымъ общимъ заболѣваніемъ, не представляютъ ничего поучительнаго и даютъ мало шансовъ на излѣченіе. Я наблюдалъ множество случаевъ туберкулеза глотки, миндалевидныхъ железъ, языка и губъ, но не считалъ нужнымъ собрать или описать эти случаи, такъ какъ всевозможныя мои терапевтическія попытки и хирургическія пособія неизмѣнно оканчивались неудачей. Въ особенности это относится къ язвамъ глотки, развившимся на такой высотѣ, что ихъ можно было глубоко прижечь безъ особыхъ мученій для больныхъ, затѣмъ къ изъязвленіямъ языка, гдѣ при микроскопическомъ изслѣдованіи вырѣзанныхъ кусочковъ можно было доказать существованіе бугорчатки, и, наконецъ,—къ язвамъ на губахъ, когда я настойчиво проводилъ лѣченіе и при операціи глубоко проникалъ въ ткани, энергически прижигалъ дно и покрывалъ его струпомъ. Я достигалъ заживленія язвы, но успѣха все же не получалось, такъ какъ въ ближайшей окружности снова развивались язвы; попытки болѣе мирнаго лѣченія (смазыванія, вяжущія, іодоформъ) также всегда оканчивались неудачей.

Если я теперь въ дополненіе къ другимъ видамъ туберкулеза затрогиваю вопросъ о бугорчаткѣ носа, то я дѣлаю это потому, что имѣю возможность сообщить нѣкоторыя данныя объ этиологическихъ моментахъ этого страданія.

Многіе случаи туберкулеза носа не попадаютъ, собственно говоря, подъ мое наблюденіе, такъ какъ больные обыкновенно обращаются къ дерматологамъ, которые берутъ ихъ подъ свое попеченіе и нерѣдко колеблются, имѣютъ ли они дѣло съ туберкулезомъ или съ волчанкой; въ большинствѣ случаевъ они останавливаются на послѣдней и начинаютъ прижигать. Эти прижиганія дерматологами производятся энергично, такъ какъ они вдавливаютъ ляписную палочку глубоко въ ткань, но, къ сожалѣнію, получаютъ дурные результаты: наружныя части носа погибаютъ и образуется обезображиваніе лица. Язвы, оперированныя дерматологами, конечно, фигурируютъ подъ именемъ волчанки.

При микроскопическомъ изслѣдованіи выясняется, что въ язвахъ содержатся бациллы, при чемъ при неустановившемся еще однообразіи мнѣній, это обстоятельство не разъясняетъ намъ дѣла, такъ какъ часть дерматологовъ считаетъ волчанку бугорчаткой, а другая часть—болѣзнию *sui generis*.

Я никогда не былъ въ состояніи рѣшить на основаніи микроскопическихъ препаратовъ вопроса о томъ, тождественны ли оба процесса, но истины ради долженъ сказать, что если основа обоихъ заболѣваній и одинакова, то лѣченіе несомнѣнно<sup>1</sup> даетъ различные результаты.

Грануляціи при волчанкѣ могутъ въ большинствѣ случаевъ подъ вліяніемъ тщательнаго прижиганія зарубцеваться, тогда какъ при туберкулезныхъ грануляціяхъ этого достигнуть не удастся. Предпославъ эти замѣчанія, я ограничусь теперь тѣмъ, что скажу нѣсколько словъ о случаяхъ носового туберкулеза, наблюдавшихся въ моей клиникѣ. Было бы, однако, слишкомъ утомительно описывать здѣсь отдѣльно каждую исторію болѣзни. Исходъ предпринятыхъ операцій былъ всегда почти одинаковымъ и обуславливался тѣмъ, что при туберкулезѣ носа мы удаляли пораженную ткань вмѣстѣ съ ея основаніемъ.

Большинство бугорчатыхъ проявленій обнаруживается на слизистой оболочкѣ перегородки, чаще всего на одной сторонѣ, рѣже—на обѣихъ. Если удаляютъ опухоль, суживающую полость носа, то успѣхъ получается лишь тогда, когда разраженія удалены до основанія, т. е. если разрушена туберкулезная слизистая оболочка, подслизистая ткань, перихондръ и хрящъ.

Изъ этого видно, что операція здѣсь не представляетъ особеннаго интереса, и если бы она не приносила больному ту пользу, что даетъ возможность втеченіе нѣкотораго времени дышать носомъ, то въ виду связаннаго съ нею обширнаго разрушенія она была бы и совсѣмъ противопоказана. Изъ наблюдавшихся мною случаевъ вытекаетъ, что мѣсто инфекціи или заболѣванія въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ различнымъ.

Какъ мы выше указали, уже *Koch* въ своихъ первыхъ сообщеніяхъ (1882) обратилъ вниманіе на то, что при поврежденіи носовой слизистой оболочки существуютъ шансы на поселеніе здѣсь туберкулезныхъ бациллъ, при чемъ онъ приводитъ случай, гдѣ бугорчатка, повидимому, началась съ носовой слизистой оболочки; это обстоятельство имѣетъ для насъ нѣкоторый интересъ. Однако, если имѣть въ виду, какъ часто бугорчатка заносится лимфатическимъ и кровянымъ токомъ въ другіе органы, то число больныхъ, пораженныхъ исключительно бугорчаткой носа, окажется довольно ничтожнымъ.

Слѣдовало допустить, что люди, находящіеся въ благоприятныхъ условіяхъ для инфекціи, при нарушеніи или раненіи носовой слизистой оболочки, подвергнутся при дыханіи зараженію скорѣе въ этомъ мѣстѣ, чѣмъ легочному пораженію и пораженію бронхиальныхъ железъ; явленія, сопутствующія легочному туберкулезу, указываютъ, что въ развитіи этого заболѣванія отвѣтственно не одно только дыханіе. Изъ наблюдавшихся нами 20 случаевъ, отсутствіе легочнаго туберкулеза было найдено всего только въ трехъ, при чемъ лишь въ одномъ случаѣ бугорчатка наступила въ совершенно изолированной формѣ въ носоглоточномъ пространствѣ при цѣлости носовой перегородки.

Ради полноты я укажу здѣсь также на работы другихъ авторовъ относительно туберкулеза носа.

Первое сообщеніе было сдѣлано *Riedel*'емъ <sup>1)</sup>, который опубликовалъ 2 случая, касающіеся пожилого мужчины и старой женщины. Мужчина, повидимому, всегда былъ здоровъ; изъ исторіи болѣзни слѣдуетъ, что у него разрушеніе ограничивалось все время лѣвой ноздрей, на которой существовала рубцующаяся язва, и что дѣло здѣсь шло, слѣдовательно, не о туберкулезъ, но о волчанкѣ. Повторное выскребываніе осталось безъ результата, такъ что *Riedel*, наконецъ, расщепилъ носъ и удалилъ всю опухоль; однако, вскорѣ развился рецидивъ. Такой же неудачей окончились его попытки во второмъ случаѣ, такъ какъ послѣ удаленія опухоли каждый разъ наступалъ рецидивъ.

Случай туберкулеза носа описанъ въ 1880 г. *Thornwaldt*'омъ <sup>2)</sup>; туберкулезъ легкихъ, язвы въ гортани, глоточномъ сводѣ и въ носу. *Thornwaldt* удалилъ большую опухоль изъ носа, при чемъ гистологическое изслѣдованіе показало слѣдующее: „въ ткани, инфильтрированной мелкими круглыми клѣтками, находились ограниченныя скопленія нѣсколько болѣе крупныхъ эпителиевидныхъ клѣтокъ и среди послѣднихъ нѣсколько (конечно, немного) несомнѣнныхъ гигантскихъ клѣтокъ *Langhans*'а. До казеознаго перерожденія дѣло, повидимому, не дошло...“

Затѣмъ были опубликованы случаи *Sokolowski* <sup>3)</sup> и *Schäffer*'омъ <sup>4)</sup> (Бремень). Въ случаѣ *Sokolowski* найдены были бугорки и гигантскія клѣтки, бациллъ было мало, а казеозное перерожденіе вовсе отсутствовало. *Michelson* <sup>5)</sup> описалъ 3 случая, изъ которыхъ въ одномъ дѣло шло о бугорчаткѣ носа, въ другомъ оказался сифилисъ, и третій былъ впоследствии самостоятельно описанъ *Hajek*'омъ.

О случаѣ *Schrötter*'а *Juffinger* <sup>6)</sup>, бывший ассистентомъ перваго, сдѣлалъ 30 ноября 1888 г. докладъ въ Вѣнскомъ медицинскомъ обществѣ. Изъ исторіи болѣзни видно, что у больной были узелки на лицѣ, а на носовой перегородкѣ находилась опухоль, величиною въ орѣхъ. Изслѣдованіе послѣдней профессоромъ *Kolisko* обнаружило существо-

1) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1878. т. 10, стр. 57 и 58.

2) Deutsches Archiv f. klin. Medicin, 1880, т. 77, стр. 587 и слѣд.

3) Цит. по *Hajek*'у. Gazetta Lekarska. 1887. № 15.

4) Tuberkelgeschwülste der Nase. Deutsche med. Wochenschr. 1887, № 15.

5) Ueber Nasensyphilis. *Volkmann's* Sammlung klin. Vorträge. 28 ноября 1888 г., № 326.

6) Wiener klin. Wochenschr, 1883, № 50 и 1889, № 13.



ваніе туберкулеза. Рецидивировавшую опухоль *Schrötter* удалили при помощи гальванокаустической петли. У пациентки существовала бугорчатая инфильтрація легкихъ и волчанка на лицѣ.

Въ случаѣ *Hajek'a* <sup>1)</sup> найдена была язва на хрящевой части носовой перегородки и опухоль, величиною въ орѣхъ, въ одной изъ хоанъ, развившаяся изъ мягкаго нѣба. Послѣ удаленія опухоли послѣдоваль рецидивъ, при чемъ найдено было лишь небольшое количество бациллъ.

Наибольшій интересъ имѣютъ 6 случаевъ, опубликованныхъ *Chiari* <sup>2)</sup>. Нѣкоторыя данныя я заимствую изъ его собственнаго описанія. Подробный перечень этихъ случаевъ не далъ бы намъ ничего поучительнаго, такъ какъ здѣсь наблюдалось то же самое, что и въ упомянутыхъ выше случаяхъ, какъ напр., бугорчатая инфильтрація, въ которыхъ бациллы то находились, то отсутствовали, нерѣдко—гигантскія клѣтки и измѣненія, сопровождающія образованіе бугорковъ. Мы считаемъ необходимымъ привести здѣсь изъ монографіи *Chiari* кое-что, касающееся его стремленій выяснитъ отличительное распознаваніе. Онъ исключаетъ остеоому, энхондрому и образованіе остей уже на томъ основаніи, что онѣ отличаются своей твердостью и медленнымъ ростомъ, гесп. своимъ постоянствомъ. Слизистые полипы и фиброма имѣли бы ножку, были бы плотнѣе, обладали бы гладкой поверхностью и обнаруживали бы ничтожную наклонность къ кровотеченіямъ. Риносклерома характеризуется своей твердостью, одновременнымъ поражениемъ ноздрей, верхней губы и пр. При гуммозныхъ узлахъ перегородки мы имѣли бы сильную инфильтрацію по окружности, частое одновременное пораженіе зѣва и соответственный анамнезъ.

Легче всего возможно здѣсь смѣшеніе съ мягкой, изобилующей сосудами, саркомой перегородки, но послѣ основательнаго удаленія она рецидивируетъ не такъ часто.

Болѣе значительныя волчанковыя разращенія при *lupus vulgaris* отличаются отъ туберкуломъ своеобразнымъ течениемъ болѣзни.

Для удаленія бугорчатыхъ опухолей авторъ примѣняетъ петлю, ножъ и острую ложечку. Остающіяся язвы онъ энергически прижигаетъ гальванокаутеромъ или другимъ образомъ.

Въ заключеніе онъ заявляетъ, что, несмотря на постоянное наступленіе рецидивовъ, слѣдуетъ предпринимать возможно раннее и энергическое мѣстное лѣченіе.

1) Die Tuberculose der Nasenschleimhaut. Вѣна, 1889. W. Braumüller.

2) Archiv für Laryngologie. Берлинъ, 1893.