

Ф. А. Звѣржховскій.

*Къ вопросу
объ Эмпіемъ
Тайторовой
полости.*



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія С. Л. Кинда, Казанская ул., д. № 44.
1906.

Анатомія Гайморовой полости.

Первыя указанія на нахожденіе полости въ верхнечелюстной кости относятся къ 16-му столѣтію. Vesals въ своей работѣ, принадлежащей 1542 году, лишь упоминаетъ, что верхняя челюсть не массивна, а полая внутри. Подобныя же данныя находимъ мы и въ работахъ Columbus Fallopiа и Ingrasias, появившихся спустя нѣсколько десятилѣтій послѣ работы Vesals. Первое, однако, болѣе или менѣе обстоятельное изложеніе анатомическихъ отношеній отдѣльныхъ костей къ Гайморовой полости принадлежитъ перу профессора анатоміи въ Падуѣ: Julius Casserius въ 1612 году. Спустя 40 лѣтъ, въ 1651 году, появилась работа Nathanael Highmor, давшая обстоятельное и прекрасное описаніе полости верхнечелюстной кости, равно какъ и окружающихъ ее частей. Имъ-же было подробно описано взаимоотношеніе корней верхнихъ коренныхъ зубовъ ко дну Гайморовой полости. Заслуга Highmor'a, по имени котораго и названа сама полость, состоитъ, такимъ образомъ, исключительно въ первомъ прекрасномъ описаніи полости, а не въ открытіи ея, какъ принято думать. Тѣмъ не менѣе, заслуга его велика и тѣмъ, что своимъ описаніемъ онъ обратилъ вниманіе изслѣдователей на этотъ предметъ.

Съ этого собственно времени начинаютъ появляться болѣе обстоятельныя работы, касающіяся какъ анатоміи, такъ и патологіи Гайморовой полости. Наилучшими изъ нихъ являются работы послѣдняго времени, принадлежащія Zuckerkandl'y, Hajek'y, Turner'y. Классическимъ описаніемъ Гайморовой полости является работа Zuckerkandl'a. Давая подробное описаніе ея стѣнокъ, толщины и развитія губчатого вещества въ кости, отношенія полости къ сосѣднимъ областямъ, авторъ предоставляетъ въ распоряженіе клинициста богатый матеріалъ, выясняющій за-

Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго Факультета Императорскаго Юрьевскаго
Университета. Г. Юрьевъ, 7 февраля 1906 г. № 145. Деканъ *Евсѣкій*.

5182758

трудненія каждого отдѣльнаго случая, а для выбора мѣста оперативнаго вмѣшательства дающій опредѣленные указанія. Я, главнымъ образомъ, и пользуюсь работой Zuckerkandl'a и именно въ виду ея большого значенія для клиники.

Нормальная Гайморова полость имѣетъ форму пирамиды. Основаніемъ ея служить внутренняя стѣнка (являющаяся въ то же время наружной стѣнкой носовой полости); глазничная-же, передняя и наружная (часть которой въ то же время является задней стѣнкой полости) образуютъ три грани пирамиды, вершина которой лежитъ на скуловомъ отросткѣ верхнечелюстной кости. Своими стѣнками Гайморова полость граничитъ медиально съ полостью носа, кверху съ глазницей, книзу съ альвеолярнымъ отросткомъ верхней челюсти. Передняя ея стѣнка имѣетъ на своей наружной поверхности углубленіе, носящее названіе—*fossa canina*,—наконецъ, наружная стѣнка граничитъ съ *fossa pterygo-maxillaris*.

Стѣнки Гайморовой полости, о которыхъ я упомянулъ, очень часто варьируютъ свою форму. Особенно это касается передней и внутренней стѣнокъ, т. е. какъ разъ тѣхъ, сквозь которыя дѣлаются то пробныя функціи, то и само вскрытіе полости съ лечебною цѣлью. Внутренняя стѣнка Гайморовой пазухи, или наружная стѣнка носовой полости, изъ всѣхъ другихъ наиболѣе сложна. Въ ней находится отверстіе, ведущее изъ пазухи въ ность; тутъ-же по сосѣдству открываются отверстія близъ лежащихъ пазухъ: лобной, рѣшетчатой, клиновидной; а взаимное ихъ отношеніе, равно какъ и разновидности формы, числа и величины отверстія самой Гайморовой пазухи, для діагноза и леченія имѣютъ громадное значеніе.

Въ образованіи внутренней стѣнки Гайморовой полости (Zuckerkandl) принимаютъ участіе слѣдующія кости: 1) верхнечелюстная кость, 2) небная кость и 3) крыловидный отростокъ клиновидной кости. (Рис. 1). Нижней раковиной стѣнка дѣлится на двѣ части: верхнюю и нижнюю, при чемъ верхняя длиннѣе нижней. Въ составъ нижней половины входятъ: спереди—верхнечелюстная кость, сзади—вертикальная пластинка небной кости, небольшой участокъ крыловиднаго отростка клиновидной кости и, иногда, въ случаѣ рѣзкой атрофіи боковой стѣнки,—челюстная отростокъ нижней раковины.—Эта нижняя часть сплошь состоитъ

изъ костной ткани. Большое практическое значеніе имѣетъ ея толщина. Чѣмъ ближе ко дну носовой полости или тому мѣсту, гдѣ эта стѣнка отходитъ отъ небнаго отростка верхнечелюстной кости, тѣмъ она толще—состоитъ, сплошь и рядомъ, изъ двухъ пластинокъ компактной кости съ заключенной между ними губчатой костью; чѣмъ дальше отъ дна носовой полости и ближе къ нижней раковинѣ, тѣмъ она тоньше и наиболѣе тонка непосредственно подъ нижней раковиной.

Верхняя половина внутренней стѣнки Гайморовой

полости, т. е. часть ея, расположенная кверху отъ нижней раковины, построена совершенно иначе. Въ то время, какъ въ нижней части стѣнка сплошь костная, въ верхней части въ ней находится нѣсколько отверстій (я имѣю въ виду стѣнку въ мацерированномъ состояніи). Если взять совершенно отдѣленную отъ черепа верхнечелюстную кость, то на ней находится въ этомъ мѣстѣ лишь одно большое отверстіе—это *hiatus maxillaris*. Но на цѣломъ мацерированномъ остовѣ черепа этотъ дефектъ боковой стѣнки замѣтенъ уже гораздо меньше,—онъ закрывается сосѣдними костными сегментами: нижней раковиной снизу, небной костью сзади и рѣшетчатой сверху. Этими уже костями *hiatus maxillaris* въ значительной степени суживается. Тѣмъ не менѣе, отверстіе остается еще значительнымъ. И вотъ, передъ нимъ протягивается *processus uncinatus* рѣшетчатой кости, въ свою очередь тоже не вполне прикрывающій собою отверстіе. Между нимъ и окружающими его частями костнаго скелета остаются

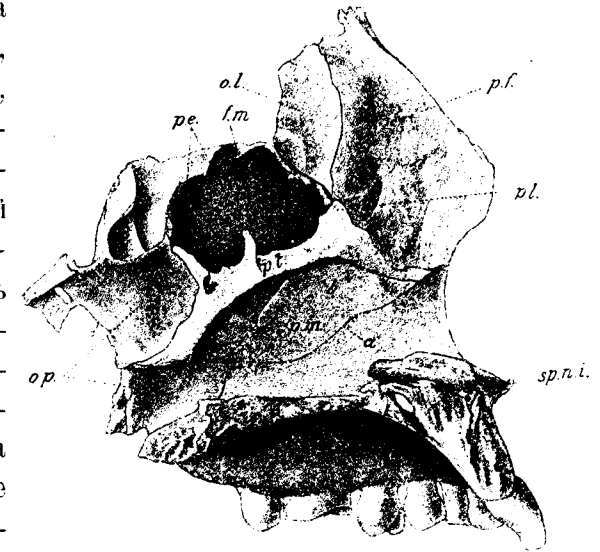


Рис. 1 (по Hajek'у).

Внутренняя стѣнка Гайморовой полости.
Sp. in. — spina nasalis inferior; pf. — processus frontalis
верхней челюсти; o. l. — os. lacrimale; op. — os. palatinum;
p. t. — край processus turbinalis нижней раковины;
p. e. — processus ethmoid. нижней раковины; f. m. —
foramen maxillare; pm. — processus maxillaris нижней
раковины; a — граница нижняго края раковины; p. l. —
processus lacrimalis нижней раковины.

щели, которые и ведут из носовой полости в верхнечелюстную. Мало того, форма и величина щелей значительно изменяется еще присутствием слизистой оболочки, равно как и тем или другим расположением processus uncinatus.

Processus uncinatus выходит из переднего конца решетчатой кости и представляет изогнутую на подобие сабли костную пластинку. Своим вогнутым краем он смотрит вверх, выпуклым книзу. (Рис. 2). Направляясь кзади, он

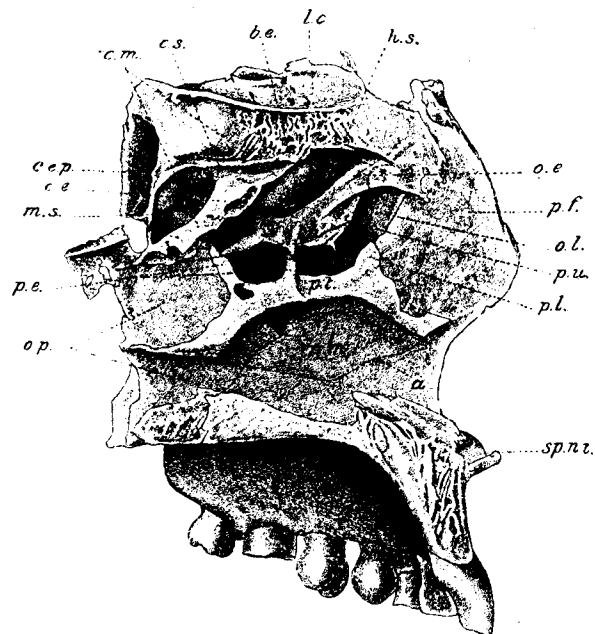


Рис. 2 (по Hajek'у).

Костные части внутренней стѣнки Гайморовой полости.

p.t. = processus turbinalis нижней раковины, которой большая часть удалена; a = граница нижняго края раковины; p.m. = processus maxillaris нижней раковины; o.p. = os palatinum; p.l. = processus lacrimalis нижней раковины; p.e. = processus ethmoidalis нижней раковины; p.u. = processus uncinatus; o.l. = os lacrimale; p.f. = processus frontalis; o.e. = ostium ethmoidale; h.s. = hiatus semilunaris; c.m. = concha media, большая часть ея удалена; b = граница нижняго края средней раковины; b.e. = bulla ethmoidalis; l.c. = lamina cribrosa; c.s. = concha superior; b.e. = bulla ethmoidalis, открытая в средней носовой ходъ; m.s. = meatus superior; c.e.p. = cellula ethmoid. poster.; sp.n. i. = spina nasalis inferior.

или оканчивается у задняго своего края свободно, или же достигает своимъ концомъ вертикальной пластинки небной кости. Такъ какъ на своемъ протяжении processus uncinatus не прилегаетъ къ нижней раковинѣ, то, очевидно, между нимъ и ею образуются щели, нормально закры-

тые слизистой оболочкой. Слизистой оболочкой щели закрыты съ обеихъ сторонъ, и со стороны носовой полости и со сто-

accessorium. Оно обыкновенно двухсторонне, овально или кругло и величиной достигаетъ величины чечевичнаго или ячменнаго зерна. Рѣдко оно бываетъ больше. Кромѣ этого отверстія, встрѣчающагося далеко не всегда, въ Гайморову полость изъ носовой ведетъ еще одно отверстие, встрѣчающееся у всѣхъ индивидуумовъ. Остальные щели, существующія на мацерированномъ скелетѣ, закрыты слизистой. Нормальное отверстие Гайморовой полости находится значительно выше ostium maxillare accessorium. Чтобы точно описать его расположение, приходится остановиться еще на нѣкоторыхъ взаимныхъ отношеніяхъ решетчатой кости и ея отростка — processus uncinatus. Точно такъ же, какъ нижній край pr. uncinati съ окружающими костями образуетъ щели, какъ я уже упомянулъ, закрытыя слизистой оболочкой, также и верхній край его служитъ для образованія щели между нимъ и прилегающими костями. Нижней границей щели является верхній край pr. uncinati; верхняя же граница образуется выступомъ лабиринта решетчатой кости, имѣющимъ видъ пузыря, который и названъ Zuckerkandl'омъ bulla ethmoidalis. (Рис. 2). Эта щель, находящаяся между pr. uncinatus и bulla ethmoidalis, и носитъ названіе hiatus semilunaris. За этой щелью по направленію кнаружи находится углубленіе infundibulum, въ которомъ и лежатъ отверстія, ведущія въ лобную и верхнечелюстную полость. Болѣе кпереди расположено отверстие лобной, болѣе кзади верхнечелюстной полости. Въ зависимости отъ того, какъ широка щель — hiatus semilunaris, находится большая или меньшая доступность этихъ отверстій для осмотра или зондированія. Processus uncinatus и именно его верхній край, принимающій участіе въ образованіи hiatus semilunaris, мало подверженъ колебаніямъ и видоизмѣненіямъ формы. Наоборотъ bulla ethmoidalis, образующая верхнюю границу полулунной щели, бываетъ крайне разнообразной величины и формы; отъ того же, насколько она развита, зависитъ глубина и проходимость щели. По Zuckerkandl'у, bulla бываетъ то очень мала, то достигаетъ такихъ размѣровъ, что при осмотрѣ носовой полости можетъ быть принята за опухоль. (Рис. 3). (Рис. 4). Въ случаѣ большого развитія, она можетъ даже отдавливать среднюю раковину къ самой носовой перегородкѣ. При нормальныхъ условіяхъ, ширина hiatus semilunaris колеблется между толщиной нитки и шири-

ной въ 4 mm. Въ первомъ случаѣ ostium maxillare скрыто, во второмъ доступно глазу. Оно расположено въ самой глубокой части infundibuli, имѣетъ то круглую, то овальную, то почковидную форму; величина его колеблется отъ 3 мм. діаметромъ до величины отверстія въ 19 мм. длины и 5 мм. ширины (Zuckerkandl). Описанная выше верхняя половина внутренней стѣнки Гайморовой полости по своей крѣпости и толщинѣ рѣзко отличается отъ нижней половины. Въ области среднего но-

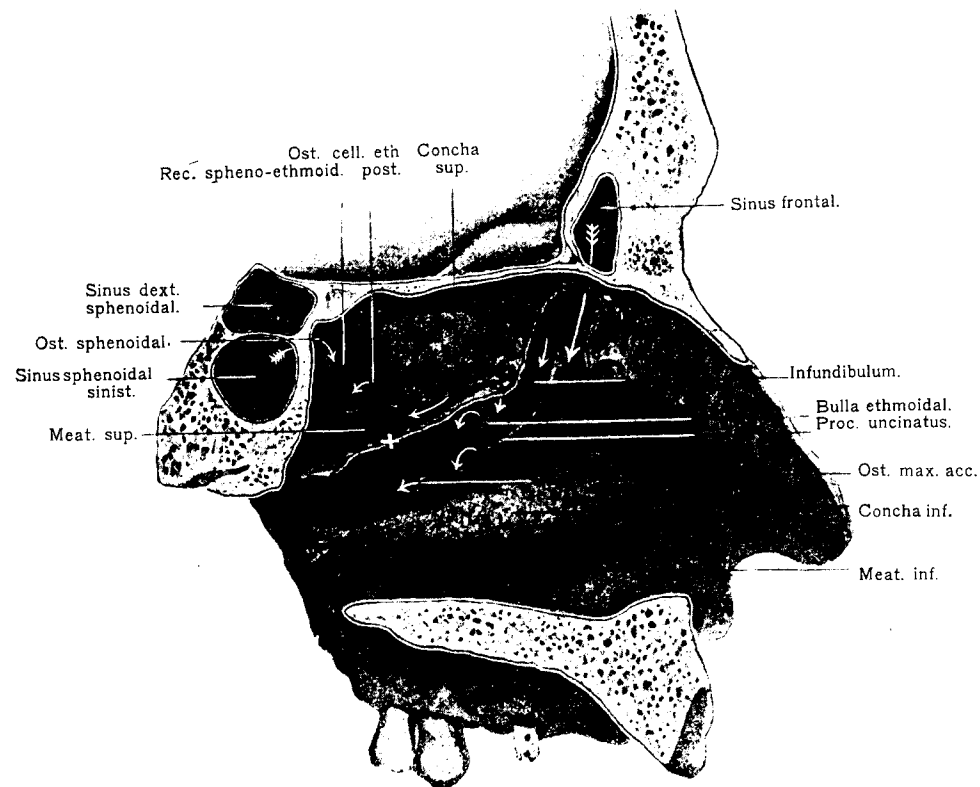


Рис. 3 (по Turner'y).

Различныя величины bullae ethmoidalis. Малая bulla ethmoidalis.

сового хода она по преимуществу состоитъ изъ мягкихъ частей, и даже входящія въ образованіе ея кости по большей части тонкія, слабыя, гибкія. Поэтому эта часть внутренней стѣнки есть самая слабая изъ всѣхъ, образующихъ полость.

Болѣе крѣпкой стѣнкой является передняя стѣнка Гайморовой полости. Отъ нижнеглазничнаго края спускается она почти отвѣсно къ альвеолярному отростку. Подъ foramen infraorbitale на ней находится углубленіе, настоящее названіе fossa

canina. Большая или меньшая углубленность fossae caninae свидѣтельствуетъ обыкновенно о большемъ или меньшемъ развитіи Гайморовой полости. Чѣмъ болѣе выражена fossa canina, тѣмъ вѣроятнѣе уменьшенный объемъ Гайморовой полости, и наоборотъ. Толщина передней стѣнки Гайморовой полости на мѣстѣ нахождения fossae caninal — наименьшая, въ среднемъ около 2 мм. (Zuckerkandl).

Верхняя стѣнка Гайморовой полости тоньше, чѣмъ передняя. Она служитъ въ то же время нижней стѣнкой глазницы. Она не

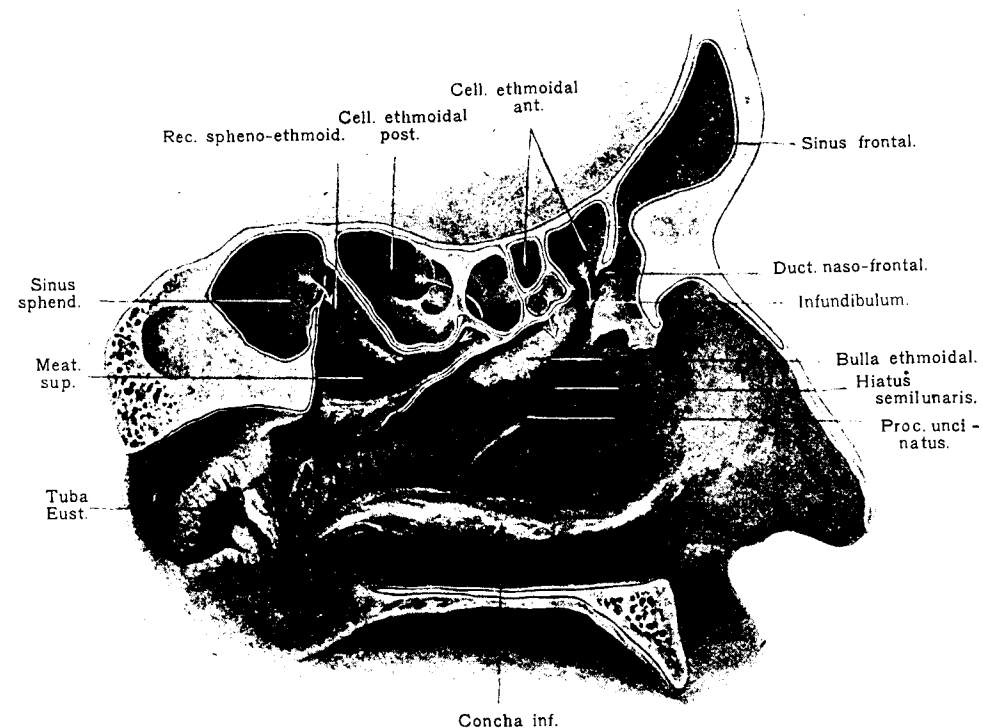


Рис. 4 (по Turner'y).

Различн. велич. bullae ethmoidalis. Большая bulla ethmoidalis.

горизонтальна, а наклонена сзади впередъ; въ ней проходитъ canalis infraorbitalis, заключающій въ себѣ нервы и сосуды.

Задняя стѣнка sinus maxillaris толще и передней и верхней стѣнки. Какъ и верхняя стѣнка, она имѣетъ наименьшій практическій интересъ. По мнѣнію многихъ авторовъ, она представляетъ собою соединеніе внутренней и наружной стѣнокъ. Въ мѣстѣ перехода ея въ лицевую поверхность верхней челюсти она наиболѣе толста; здѣсь отъ основанія скуловой дуги по на-

правленію къ первому большому коренному зубу спускается *crista zygomatico-alveolaris*.

Большое практическое значеніе имѣетъ та часть полости, которая прилегаетъ къ альвеолярному отростку верхней челюсти. Такъ же, какъ и внутренняя стѣнка, она является часто и мѣстомъ проникновенія инфекции и мѣстомъ оперативнаго вмѣшательства. „Ни въ какомъ другомъ мѣстѣ, говоритъ Hajek, не выступаетъ такъ ярко различіе въ строеніи стѣнокъ челюстной пазухи, какъ именно здѣсь, и ни въ какомъ другомъ мѣстѣ въ то же время знаніе встрѣчающихся аномалій не можетъ быть такъ полно практическаго значенія“. Дѣйствительно, даже у одного и того же субъекта дно Гайморовой полости и его отношеніе къ зубнымъ альвеоламъ и корнямъ бываетъ различно на обѣихъ сторонахъ. Центръ тяжести этихъ взаимоотношеній лежитъ въ томъ, насколько развита въ своемъ объемѣ Гайморова полость. Изслѣдуя большое количество препаратовъ, Zuckerkandl обращаетъ вниманіе, что резорбція губчатого вещества кости, результатомъ которой является образованіе верхнечелюстной полости, осущес-

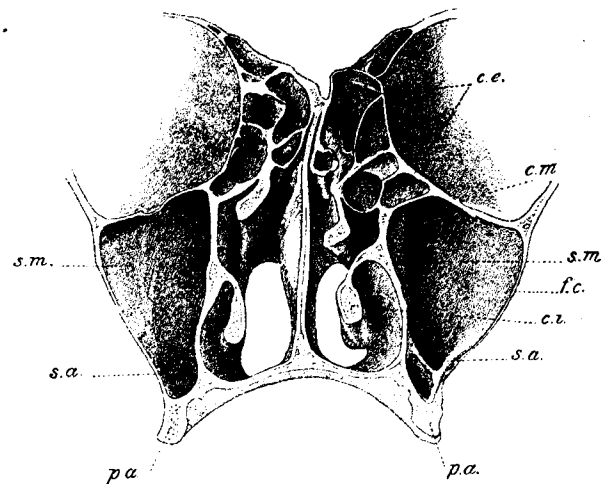


Рис. 5 (по Hajek'у).

Фронтальный разрѣзъ носовой полости. Большія Гайморовы полости съ тонкими стѣнками.

S. m. = sinus maxillaris; f. c. = facies canina, толщиной въ бугоръ; s. a. = sinus alveolaris (бугоръ); c. i. = concha inferior; p. a. = processus alveolaris; c. m. = concha media; c. e. = cellulae ethmoidales.

твѣе пласты губчатого вещества выполняютъ верхнечелюстную кость. Zuckerkandl даетъ описаніе наиболѣе типическихъ препаратовъ, съ большой ясностью рисующихъ встрѣчаемыя отношенія.

ствляется самымъ различнымъ образомъ. На ряду съ особенно сильно выраженной резорбціей (Рис. 5), при которой верхняя челюсть состоитъ лишь изъ тонкихъ костныхъ пластинокъ, мы встрѣчаемъ случаи, гдѣ резорбція какъ бы прекратилась (Рис. 6) и тол-

онъ представляетъ два крайніе случая. Первый касается верхней челюсти, гдѣ резорбція губчатого вещества не достигла большой степени. Альвеолярный отростокъ очень высокъ, толстъ, широкъ, и его губчатое вещество подымается высоко вверхъ. Во второмъ— твердое небо поло. Гайморова полость простирается въ него и въ альвеолярный отростокъ, нѣкоторыя зубныя ячейки выступаютъ прямо въ верхнечелюстную полость. Какъ средній случай, авторъ

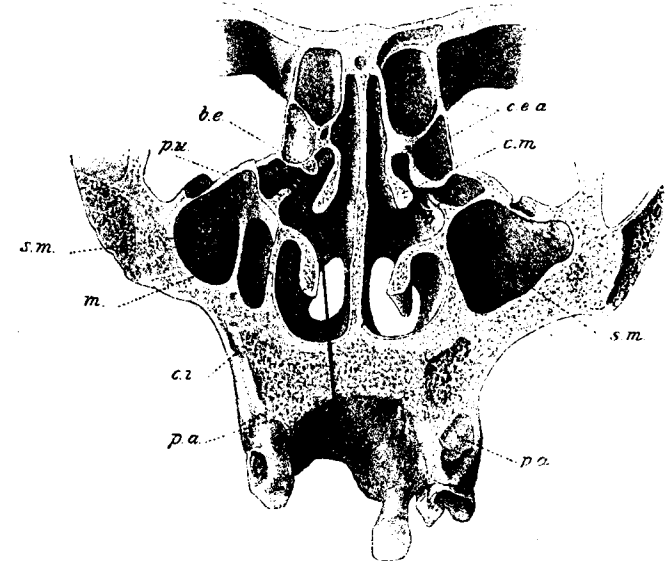


Рис. 6 (по Hajek'у).

Фронтальный разрѣзъ носовой полости; съ правой стороны разрѣзъ проведенъ впереди отъ ostium maxillare, съ лѣвой стороны къзади отъ него; Гайморовы полости малы, благодаря значительной толщинѣ альвеолярнаго отростка, выполненнаго большимъ количествомъ губчатого вещества.

S. m. = sinus maxillaris; m. = неполная перегородка въ правой полости; p. a. = processus alveolaris; b. e. = bulla ethmoidalis; p. u. = processus uncinatus; a. = зондъ, введенный въ Гайморову полость черезъ ostium maxillare; c. i. = concha inferior; c. m. = concha media; b. = зондъ, введенный въ переднія клѣтки рѣшетчатой кости; c. e. a. = cellulae ethmoidales anteriores.

описываетъ препаратъ, въ которомъ дно Гайморовой полости лежитъ почти на одномъ уровнѣ или на нѣсколько миллиметровъ ниже уровня носовой полости и опускается въ альвеолярный отростокъ до ячейки второго моляра. Отъ этого средняго типа отходятъ въ одну сторону тѣ случаи, въ которыхъ, благодаря увеличенію резорбціи, полость сильно расширяется, а въ ограничивающихъ ее костяхъ появляются единичныя, а иногда и множественныя вторичныя полости, вдающіяся то въ существо твердаго неба, то альвеолярнаго, то лобнаго, то скулового отростка; эти вторичныя полости

очень удачно названы Zuckerkandl'омъ бухтами. Въ другую сторону отъ среднего типа отходятъ тѣ случаи, въ которыхъ, вслѣдствіе малой степени резорбціи, величина полости до того уменьшается, по сравненію съ нормой, что полость можно принять за рудиментарное образованіе,—ея стѣнки очень толсты, а полость сама очень узка. Подобнаго рода измѣненія формы и объема Гайморовой полости полны практическаго интереса. Уменьшеніе ея объема и утолщеніе стѣнокъ, когда такіе случаи попадаютъ подъ операцію, создаетъ иногда, при незнакомствѣ съ подобными аномаліями, непонятныя затрудненія. Съ другой стороны, присутствіе упомянутыхъ вторичныхъ полостей въ Гайморовой пазухѣ, этихъ такъ называемыхъ бухтъ, можетъ явиться причиной застоя секрета, можетъ создать затрудненія къ полному его выведенію и тѣмъ объяснять намъ случаи непонятныхъ иногда, длительныхъ—крайне хроническихъ—теченіи заболѣванія. Наконецъ, въ непосредственной связи съ развитіемъ одной изъ этихъ бухтъ, той, которая вдается въ альвеолярный отростокъ верхней челюсти, стоятъ топографическія особенности этой стѣнки, или лучше сказать части дна Гайморовой полости. Вотъ почему я позволю себѣ нѣсколько остановиться на описаніи бухты альвеолярнаго отростка и коснуться другихъ бухтъ постольку, поскольку они имѣютъ практическое значеніе.

Въ большинствѣ случаевъ о нижней стѣнкѣ Гайморовой полости или о ея днѣ не приходится и говорить; эта часть полости, отвѣчающая альвеолярному отростку челюсти, представляетъ собою скорѣе *ребро* той пирамиды, которой мы уподобляемъ Гайморову полость, ребро, являющееся мѣстомъ пересѣченія двухъ ея стѣнокъ—передней и внутренней. Въ случаѣ, однако, значительнаго развитія альвелярной бухты—впадины (по Zuckerkandl'ю Buchten)—она уже болѣе заслуживаетъ названія нижней стѣнки или дна Гайморовой полости, въ особенности, если принять во вниманіе, что она представляетъ собою часть полости, расположенную ниже другихъ.

Глубокое вѣдреніе Гайморовой полости въ альвеолярный отростокъ представляетъ собою наиболѣе частый видъ расширенія полости. Вѣдреніе иногда достигаетъ такихъ размѣровъ, что впередъ полость распространяется до альвеолы перваго малаго коренного зуба и лежитъ значительно ниже уровня дна носовой поло-

сти. (Рис. 5). Ширина выемки альвеолярнаго отростка доходитъ до 15 м.м., а самая большая глубина, гдѣ выемка соприкасается съ ячейками зубовъ—до 11 mm. Такимъ образомъ, своды ячеекъ коренныхъ зубовъ принимаютъ участіе въ образованіи стѣнки Гайморовой полости и выстоятъ въ нее на подобіе холмиковъ. Альвеолы зубовъ входятъ въ очень близкое соотношеніе съ Гайморовой полостью, и при экстракціи зуба полость можетъ быть прямо вскрыта. Точно также, по чисто уже анатомическимъ особенностямъ, слѣдуетъ допустить, что, при подобной близости, воспалительные процессы, происходящіе въ окрестности корней зубовъ, могутъ непосредственно распространяться на Гайморову полость и ея слизистую оболочку. Нѣсколько иное взаимоотношеніе получается въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ Alveolarbucht развита незначительно или даже совсѣмъ отсутствуетъ; тамъ дно Гайморовой полости отдѣлено отъ сводовъ альвеолы губчатымъ костнымъ веществомъ, иногда значительной толщины. О выстояніи альвеолъ въ Гайморову полость въ этихъ случаяхъ нѣтъ и помину. (Рис. 6). Чтобы увидѣть своды альвеолъ, приходится снять тонкую костную пластинку дна Гайморовой полости и тогда видно, какъ корни зубовъ погружены въ губчатое вещество альвеолярнаго отростка. Вскрытіе Гайморовой полости при экстракціи зуба въ этихъ случаяхъ почти невозможно, такъ какъ альвеолярный отростокъ, болѣе крѣпкій, противостоитъ излому. Что же касается распространенія сквозь толщину альвеолярнаго отростка воспалительныхъ процессовъ, то, конечно, оно здѣсь такъ-же возможно, какъ и при сравнительно тонкой перегородкѣ, отдѣляющей корни зубовъ отъ Гайморовой полости. Они могутъ быть менѣе часты у субъектовъ съ такимъ строеніемъ полости, но отъ нихъ нельзя быть гарантированнымъ. Такимъ образомъ, различіе въ развитіи Alveolarbucht приводитъ къ тому, что въ однихъ случаяхъ верхушки корней зубовъ отъ Гайморовой полости отдѣлены лишь тонкой костной пластинкой; въ другихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ компактной костной пластинкой Гайморовой полости, губчатымъ веществомъ альвеолярнаго отростка и компактной костной пластинкой, выстилающей внутреннюю стѣнку альвеолы. Точно также, въ зависимости отъ большаго или меньшаго развитія Alveolarbucht, находится и то, который изъ зубовъ ближе расположенъ ко дну Гайморовой полости. Въ однихъ случаяхъ, какъ я уже

упомянулъ, она можетъ достигать до альвеолы первого малаго коренного зуба, въ другихъ лишь большіе коренные расположены близко въ Гайморовой полости, хотя и они отдѣлены значитель-

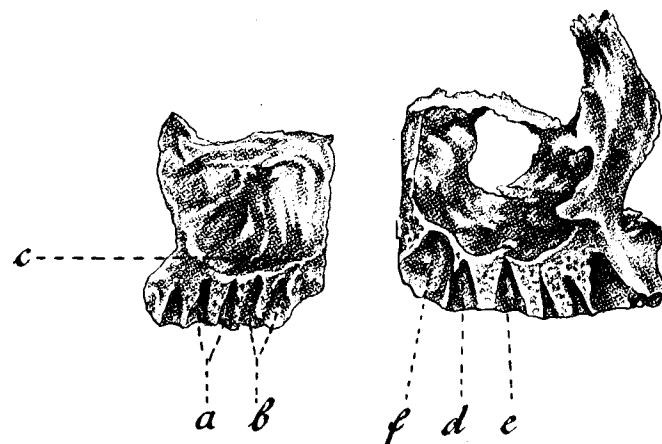


Рис. 7. Собственный препаратъ.

Распилъ верхне-челюстной кости по направленію щечныхъ и небныхъ альвеолъ большихъ коренныхъ зубовъ.

a — щечная альвеола 1-го большого коренного, отъ дна Гайморовой полости отдѣлена костной пластинкой толщиной въ бумагу; b — тоже щечная альвеола 2-го большого коренного, c — дно Гайморовой полости, d — небная альвеола 2-го большого коренного, e — небная альвеола 1-го большого коренного, f — альвеола зуба мудрости.

ной толщины костью. Изъ зубовъ во всѣхъ этихъ случаяхъ наиболѣе близкое отношеніе къ Гайморовой полости имѣетъ *пер-*

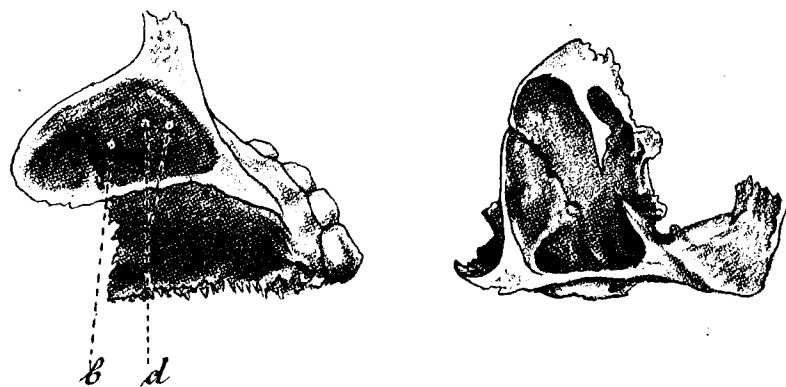


Рис. 8. Собственный препаратъ.

Распилъ Гайморовой полости, обнаруживающій дно ея.

d — мѣсто, гдѣ просвѣчиваютъ верхушки щечныхъ корней 1-го большого коренного, изъ нихъ задне-щечный корень почти свободно смотритъ въ полость b — холмикъ, отвѣчающій корню 2-го большого коренного.

вый большой коренной. (Рис. 7 и Рис. 8). Здѣсь отдѣляющая корни зуба отъ дна Гайморовой полости костная пластинка всегда наиболѣе тонка, тогда какъ уже у второго большого корен-

ного и у второго малаго коренного костная пластинка толще (Repp), такъ какъ дно Гайморовой полости здѣсь нѣсколько приподымается, переходя въ лицевую стѣнку полости.

Подобныя же опредѣленныя указанія мы находимъ у Zuckerkandl'a и Hajek'a. Hajek (стр. 53) говоритъ: „Въ громадномъ большинствѣ случаевъ можно наблюдать, что Гайморова полость въ сагитальномъ направленіи занимаетъ пространство отъ первого малаго коренного до третьяго большого коренного. Конечно, можетъ случиться, что и малые коренные зубы лежатъ впереди отъ мѣсторасположенія Гайморовой полости, такъ-же какъ и съ другой стороны при большой полости даже клыки расположены близко къ Гайморовой полости. Относящіеся сюда рисунки и препараты Zuckerkandl'a прекрасно иллюстрируютъ выпячиваніе полости верхнечелюстной кости въ сагитальномъ направленіи, равно какъ и отношеніе корней зубовъ ко дну Гайморовой полости. Изъ нихъ видно, что *мѣсторасположеніе первого большого коренного и второго малаго коренного представляютъ собою самую глубокую часть Гайморовой полости*. Верхушка корня второго малаго коренного и щечные корни первого большого коренного входятъ въ наиболѣе близкое соприкосновеніе съ дномъ полости верхнечелюстной кости.

Если принять во вниманіе средній случай, то дно Гайморовой полости непосредственно отъ второго малаго коренного подымается дугообразно кнаружи (т. е. переходитъ въ наружную стѣнку), такъ что первый малый коренной и клыкъ еще находятся, пожалуй, въ области Гайморовой полости, тогда какъ рѣзцы лежатъ уже совершенно впереди. Точно также приподымается дно Гайморовой полости и кзади, начиная отъ первого большого коренного, хотя и не въ такой степени, какъ впереди.

Само собою разумѣется, что кромѣ этого типа встрѣчаются разновидности, гдѣ приходится имѣть дѣло то съ очень толстыми и компактными, то съ совершенно полымъ основаніемъ Гайморовой полости. Тѣмъ не менѣе, можно принять за правило, что *только корни первого большого коренного и второго малаго коренного ближе другихъ стоятъ къ Гайморовой полости*“.

Эти чисто анатомическіе выводы находятъ себѣ полное под-

тверждение и въ клиникѣ, къ чему я еще вернусь въ дальнѣйшемъ изложеніи.

Чтобы закончить описаніе костныхъ стѣнокъ Гайморовой полости, мнѣ остается еще коснуться другихъ случаевъ расширенія полости, насчетъ вѣдренія въ ограничивающія ее кости, и описать случаи ея суженія.

Изъ вѣдреній или впадинъ заслуживаетъ вниманія еще такъ называемый Gaumenbucht—вѣдреніе въ существо твердаго неба. На ряду съ Alveolarbucht оно встрѣчается нанчаще и имѣетъ нѣкоторый практический интересъ.

Zuckerkandl и Hajek разсматриваютъ Gaumenbucht, какъ выраженіе особенно сильнаго развитія Alveolarbucht, считая, что Gaumenbucht представляетъ собою продолженіе вѣдренія, направленное не только книзу (Alveolarbucht), но и кнутри въ направленіи твердаго неба (Gaumenbucht). (Рис. 9). Въ результатъ такого вѣдренія существо твердаго неба раздѣ-

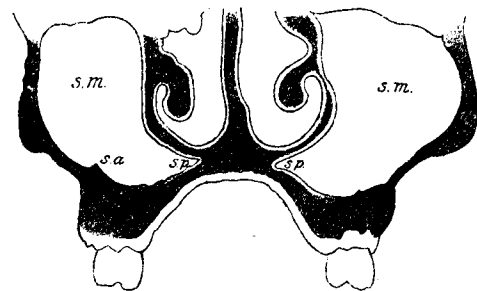


Рис. 9. (Полушлематично по Zuckerkandl'ю).
Alveolar- и Gaumenbucht Гайморовой полости.
S. m. — sinus maxillaris; s. a. — sinus alveolaris; (Alveolarbucht) s. p. — sinus palatinus (Gaumenbucht).

ляется на двѣ костныя пластинки: одна изъ нихъ (верхняя) служитъ дномъ носовой полости, а другая (нижняя) участвуетъ въ образованіи свода полости рта. Вѣдреніе можетъ достигнуть столь значительныхъ размѣровъ, что медіальная граница его лишь на нѣсколько мм. отстоитъ отъ небнаго шва.

Раздѣлившіяся костныя пластинки твердаго неба, въ особенности же ротовая пластинка, крайне тонки, иногда даже прямо просвѣчиваютъ. Конечно, при патологическихъ процессахъ въ Гайморовой полости, послѣдніе не остаются безъ вліянія на столь истонченныя кости.

Другія вѣдренія Гайморовой полости, какъ Infraorbitalbucht и Bucht des Iochforsatzes, не имѣютъ практическаго значенія, и потому я не касаюсь ихъ описанія, тѣмъ болѣе, что это могло бы меня завести слишкомъ далеко отъ основной цѣли моей работы.

Наоборотъ, суженія Гайморовой полости представляютъ большой практической интересъ: они уясняютъ массу фактовъ, наблюдаемыхъ въ клиникѣ на больныхъ, какъ при производствѣ операций, такъ и при послѣдующемъ леченіи.

Я уже упоминалъ о суженіи Гайморовой полости, какъ результатъ недостаточной резорбціи губчатого вещества кости. Причинами, ведущими къ подобному же суженію могутъ быть: 1) сближеніе вѣшной и внутренней стѣнки между собою; 2) сильное выступаніе носовой стѣнки въ сторону Гайморовой полости; 3) утолщеніе стѣнокъ Гайморовой полости; 4) ретенція зубовъ въ альвеолярномъ отросткѣ, наконецъ, 5) комбинація всѣхъ этихъ условій (Zuckerkandl).

Недостаточная резорбція губчатого вещества сказывается, главнымъ образомъ, въ утолщеніи альвеолярнаго отростка, и связанная съ этимъ особенности разобраны мною выше. Что же касается сближенія вѣшной и внутренней стѣнокъ между собою, то таковая выражается или вдавленіемъ лицевой стѣнки, или выпячиваніемъ носовой внутрь полости; кромѣ того, объ подобныя случайности могутъ произойти одновременно.

Вдавленіе лицевой стѣнки можетъ привести къ тому, что на значительномъ протяженіи она прилегаетъ къ внутренней стѣнкѣ полости, а сама Гайморова полость отодвинута значительно кверху. (Рис. 10). Гайморова полость въ этихъ случаяхъ лежитъ въ проекціи альвеолярнаго отростка, и, при просверливаніи послѣдняго для вскрытія полости, легче попасть въ fossa canina или въ носовую полость, чѣмъ въ Гайморову. Равнымъ образомъ и вскры-

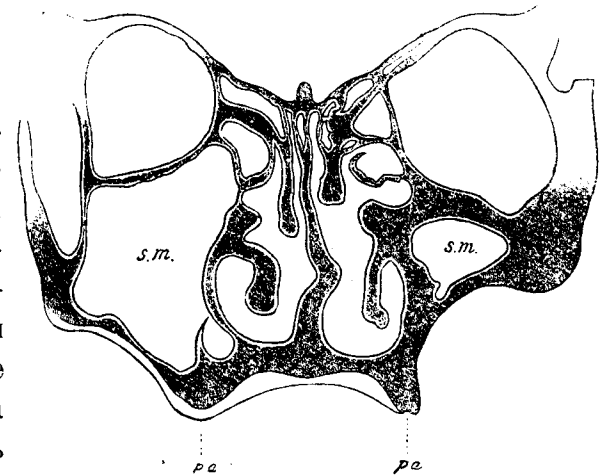


Рис. 10. (Полушлематично по Zuckerkandl'ю).

Гайморовы полости ассиметричны. Полость очень широка съ хорошо выраженными Alveolarbucht и Gaumenbucht, правая сильно сужена, благодаря вдавленію лицевой стѣнки.

S. m. — sinus maxillaris; p. a. — processus alveolaris.

тіе полости изъ fossa canina возможно лишь въ томъ случаѣ, если его производить повыше, немного лишь отступя отъ нижнеглазничнаго края; если же производить вскрытіе тотчасъ надъ верхушками корней, то, пройдя стѣнку, отвѣчающую fossae caninae, и спаянную съ ней наружную носовую стѣнку, можно попасть вмѣсто Гайморовой въ носовую полость; Гайморова же полость будетъ лежать выше мѣста трепанаци и останется нетропутой. Подобная аномалія сказывается на наружномъ видѣ субъекта, придавая лицу особый видъ, такъ какъ на мѣстѣ выпуклости альвеолярнаго отростка встрѣчается въ этихъ случаяхъ значительное западеніе кости, и, такимъ образомъ, можетъ быть заранее распознана.

Выпячиваніе носовой стѣнки внутрь полости также въ большинствѣ случаевъ можетъ быть заранее распознано, при риноскопическомъ изслѣдованіи. Оно можетъ выражаться или выпячиваніемъ нижняго отдѣла стѣнки, отвѣчающаго нижнему носовому ходу, или же выпячиваніемъ верхняго ея отдѣла, отвѣчающаго среднему носовому ходу. Въ томъ и другомъ случаѣ получаютъ нѣсколько различныхъ анатомическихъ взаимоотношенія и создаются условія, значительно видоизмѣняющія возможное оперативное вмѣшательство.

Въ случаѣ выпячиванія носовой стѣнки, соотвѣтственно нижнему носовому ходу, наружная стѣнка носовой полости можетъ очень близко прилегать къ стѣнкѣ, отвѣчающей fossae caninae.

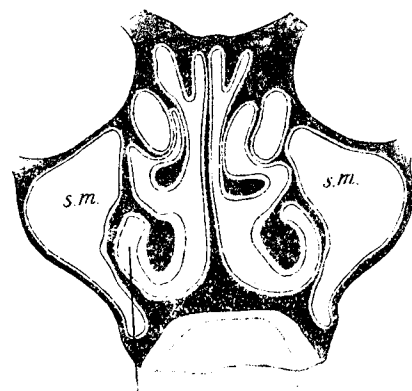


Рис. 11. (Полушматично по Zuckerkandl'ю).

Выпячиваніе носовой стѣнки внутрь Гайморовой полости, соотвѣтственно нижнему носовому ходу.

S. m. — sinus maxillaris; черная линия указываетъ направленіе сверлящаго инструмента.

Получаются отношенія (Рис. 11), схожія съ тѣми, какія мы имѣли при западеніи лицевой стѣнки, съ тою только разницей, что здѣсь при просверливаніи альвеолярнаго отростка для вскрытія полости можно попасть только въ носовую полость, такъ какъ она то, главнымъ образомъ, при этой аномаліи и расширена, располагаясь отчасти и надъ областью альвеолярнаго отростка. При вскрытіи полости помощью троакара изъ нижняго носового хода, можно, пройдя почти спаянныя или

близко другъ къ другу расположенныя костныя стѣнки, наружную носовую и стѣнку, отвѣчающую fossae caninae, очутиться концомъ троакара въ ротовой полости. Этими аномаліями, вѣроятно, и объясняются описанные въ литературѣ случаи подобныхъ неудачъ.

Въ случаѣ, когда выпячиваніе носовой стѣнки происходитъ въ области средняго носового хода, тогда Гайморова полость является суженой въ верхнемъ своемъ отдѣлѣ, и носовая стѣнка прилегаетъ и иногда совершенно спаивается съ наружной стѣнкой глазницы, такъ что глазница расположена на уровнѣ верхнихъ отдѣловъ носовой полости. (Рис. 12). Попытка вскрытія Гайморовой полости изъ средняго носового хода, гдѣ это, казалось бы, въ силу анатомическихъ особенностей (самая слабая стѣнка), лучше всего было бы дѣлать, можетъ привести, при подобной аномаліи, къ крайне тяжелому осложненію — попаданію инструмента въ полость глазницы.

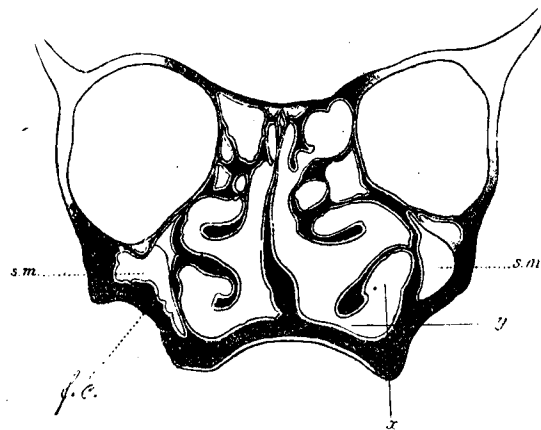


Рис. 12. (Полушматично по Zuckerkandl'ю).

Выпячиваніе носовой стѣнки внутрь Гайморовой полости. Частичное спайваніе наружной стѣнки средняго хода со стѣнкой глазницы.

S. m. — sinus maxillaris; f. c. — facies canina; x и y обозначены линіи, указывающія путь инструмента, вскрывающаго полость (при подобнаго рода анатомическихъ отношеніяхъ, попадающаго не въ Гайморову, а въ носовую полость).

Утолщеніе стѣнокъ Гайморовой

полости тоже можетъ вести къ нѣкоторому суженію ея, хотя далеко не всегда. Такъ, можно встрѣтить значительно утолщенныя, по сравненію съ нормой, стѣнки, между тѣмъ, какъ просвѣтъ полости можетъ оставаться почти нормальнымъ. Это утолщеніе, главнымъ образомъ, интересно тогда, когда оно касается стѣнки fossae caninae или латеральной носовой. (Утолщенія альвеолярнаго отростка я уже касался выше). Въ этихъ случаяхъ вмѣсто очень тонкой стѣнки, легко проходимой, при вскрытіи полости со стороны fossae caninae или носового хода, мы встрѣчаемся съ костью значительной толщины, сильно затрудняющей операцию и даже, при попыткѣ вскрытія полости со стороны носового хода, дѣлающей ее иногда невозможной.

Что касается задержки зубовъ, которая могла бы вести къ суженію Гайморовой полости, то таковая бываетъ сравнительно рѣдкимъ явленіемъ и можетъ касаться или клыка, или зуба мудрости.

Наконецъ, большой интересъ при терапіи заболѣваній Гайморовой полости представляютъ особенности въ строеніи кости внутренней поверхности полости. Я имѣю въ виду костные выступы, наблюдаемые на стѣнкахъ внутри полости, иногда достигающіе размѣровъ сплошныхъ костныхъ перегородокъ, раздѣляющихъ Гайморову полость на отдѣльныя вторичныя полости. Такъ, Груберъ наблюдалъ подобное раздѣленіе полости въ 2% случаяхъ, при чемъ на 200 череповъ онъ нашелъ эту аномалію 4 раза на одной сторонѣ и разъ на обѣихъ сторонахъ. Во всѣхъ случаяхъ Грубера вторичныя полости были совершенно отдѣлены другъ отъ друга и имѣли отдѣльныя foramina maxillaria въ среднемъ носовомъ ходѣ. Перегородки Гайморовой полости могутъ имѣть какъ вертикальное, такъ и горизонтальное направленіе, при чемъ въ первомъ случаѣ полость раздѣляется на переднюю и заднюю вторичныя полости, во второмъ случаѣ на нижнюю и верхнюю. При наличности передней и задней полостей, по Zuckerkandl'у, передняя открывается на типическомъ мѣстѣ въ среднемъ носовомъ ходѣ, задняя же открывается въ верхнемъ носовомъ ходѣ. Рѣже обѣ открываются въ среднемъ носовомъ ходѣ. Zuckerkandl, считавшій такія перегородки всегда сплошными, въ послѣднее время высказывается за то, что въ нихъ часто имѣются небольшія щели, сквозь которыя вторичныя полости сообщаются между собою. Конечно, наличность перегородокъ, раздѣляющихъ полость на отдѣльныя части, имѣетъ большое практическое значеніе, такъ какъ, при обособленномъ заболѣваніи одной только части, можетъ возникнуть цѣлый рядъ затрудненій и при распознаваніи и при леченіи. Вскрывая полость, можно попасть какъ разъ въ здоровую половину, оставивъ больную нетронутой. Наконецъ, само присутствіе перегородокъ, даже не сплошныхъ, сильно затрудняетъ манипуляціи при промываніи полости съ лечебною цѣлью.

Кромѣ сплошныхъ костныхъ перегородокъ, раздѣляющихъ полость, Zuckerkandl на внутренней поверхности костей, образующихъ верхнечелюстную пазуху, находилъ нѣрѣдко костные

выступы, на подобіе чешуекъ, жалъ. Большинство изъ нихъ авторъ считаетъ патологическими образованіями. Schultz по этому поводу говоритъ: „Эти костныя затвердѣнія, напоминающія ста-лактиты, могутъ быть продуктами патологическихъ процессовъ или же выраженіемъ склонности стѣнокъ покрыть мостиками желобки сосудовъ и нервовъ“.

Между этими костными выступами и пластинками можно найти иногда и образованіе бухтъ, въ которыя проникаетъ слизистая оболочка.

Попутно, заканчивая описаніе костнаго остова Гайморовой полости, слѣдуетъ еще указать на то обстоятельство, что сосудистые и нервные каналы часто на значительномъ протяженіи (12—15 мм. Zuckerkandl) не покрыты костными мостиками и непосредственно соприкасаются со слизистой оболочкой полости.

Слизистая выстилаетъ Гайморову полость на всемъ ея протяженіи. Строеніе ея нѣсколько своеобразно: она состоитъ изъ рыхлой соединительно-тканной основы, которая богата сосудами, включаетъ въ себя также железы и аденоидную ткань и на поверхности покрыта мерцательнымъ эпителиемъ. Дмоховскій различаетъ въ немъ три слоя: „Самый поверхностный состоитъ изъ продолговатыхъ, конусовидныхъ клѣтокъ, снабженныхъ рѣсничками. Между ними встрѣчаются отдѣльныя клѣтки, лишенныя рѣсничекъ и заключающія въ себя слизь, такъ наз. бокаловидныя клѣтки (Bächerzellen). Средній слой эпителия состоитъ изъ веретенообразныхъ клѣтокъ, самый же глубокий изъ круглыхъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ веретенообразныя клѣтки среднего слоя совершенно отсутствуютъ“. Подъ этимъ эпителиальнымъ покровомъ находится соединительно-тканная основа слизистой оболочки. Hajek раздѣляетъ ее на два слоя: болѣе поверхностный, называемый имъ слоемъ железъ, и болѣе глубокий—періостъ, который по Hajek'у не содержитъ железъ. Однако, по наблюденіямъ Дмоховскаго, такое дѣленіе не вполне вѣрно. Дмоховскій говоритъ: „Съ одной стороны, различіе въ строеніи тутъ минимальное, а съ другой—слизистыя железы разъ лежатъ совершенно поверхностно, другой же—находятся такъ глубоко, что видимъ ихъ въ слояхъ, непосредственно прилегающихъ къ кости. Одно можно сказать съ увѣренностью, что, по мѣрѣ приближенія къ кости, соединительная ткань становится все болѣе плотной и волокнистой, что отдѣль-

ные пучки волоконъ все толще, а ядеръ въ ней встрѣчаются все меньше“.

Границу между слизистой и періостальной частями покрова Гайморовой полости указать трудно. Тѣмъ не менѣе, Zuckerkandl говоритъ, что отдѣленіе поверхностнаго слоя покрова отъ глубокаго производится легко. Также легко покровъ отдѣляется отъ подлежащей кости; лишь въ одномъ мѣстѣ попытки отдѣлить мягкія части встрѣчаютъ значительное препятствіе; это именно тамъ, гдѣ слизистая Гайморовой полости срастается съ таковой же носовой полости (см. выше). Кромѣ того, какъ послѣдствіе продолжительнаго воспаления, покровъ можетъ тѣсно приставать къ костнымъ стѣнкамъ, и отдѣленіе его можетъ быть затруднительнымъ.

На всемъ своемъ протяженіи слизистая оболочка Гайморовой полости повторяетъ всѣ углубленія и выступы костной стѣнки. Она заходитъ въ выемки или бухты, она взбирается на отдѣльные костные выступы, другими словами, представляетъ какъ бы точный слѣпокъ внутренней поверхности полости.

Благодаря образованію складокъ, слизистая челюстной пазухи увеличиваетъ размѣры своей поверхности. По Гиртлю, складки эти иногда встрѣчаются въ такомъ большомъ количествѣ, что верхнечелюстная полость раздѣляется ими на нѣсколько отдѣловъ. Подобное, однако, сильное развитіе складокъ Zuckerkandl, на основаніи своихъ изслѣдованій, считаетъ очень рѣдкимъ, и, наоборотъ, частымъ—появленіе отдѣльных складокъ въ различныхъ мѣстахъ полости.

Питаніе и инервация Гайморовой полости производится на счетъ развѣтвленій arter. maxillaris internae и n. trigemini. По верхней стѣнкѣ Гайморовой полости, начинаясь отъ canalis infra-orbitalis, идутъ костные желобки, въ косомъ направленіи переходящіе на переднюю стѣнку полости, а затѣмъ и на нижнюю ея стѣнку. Какъ я уже выше упомянулъ, эти желобки далеко не всегда имѣютъ костное перекрытіе, а сплошь и рядомъ прикрыты лишь слизистой оболочкой. По этимъ желобкамъ идутъ n. dentalis anterior, medius и posterior. Какъ n. dentalis anterior, такъ и n. dentalis medius начинаются отъ n. infraorbitalis, а n. posterior отъ n. trigeminus, именно отъ 2-й его вѣтви. По ходу нервовъ идутъ соотвѣтственные сосуды, дающіе мелкія раз-

вѣтвленія для кости и слизистой Гайморовой полости; послѣдняя, поэтому, довольно богата сосудами и нервами, частью анастомозирующими съ развѣтвленіями нервовъ и сосудовъ слизистой оболочки носовой полости, *частью же вступающими въ анастомозъ съ развѣтвленіями нервовъ и сосудовъ зубовъ*. Въ самой слизистой Гайморовой полости различаютъ три, какъ бы системы, капилляровъ: поверхностную, питающую поверхностные слои слизистой, болѣе глубокую, питающую періостальные слои, и еще третью систему, предназначенную для питанія железъ.

Чтобы закончить анатомію Гайморовой полости, мнѣ остается еще нѣсколько остановиться на описаніи железъ ея, играющихъ немалую роль въ патологическихъ процессахъ, возникающихъ въ полости. Первое хорошее описаніе ихъ сдѣлано Giraldés. Много свѣта пролито на нихъ изслѣдованіями Sappey, Luschka, Zuckerkandl'a и Paulsen'a. Часть авторовъ полагаетъ, что железы расположены неравномѣрно въ слизистой: мѣстами онѣ группируются въ островки, съ значительнымъ количествомъ железъ, мѣстами ихъ совсѣмъ нѣтъ. Особенно большое ихъ количество, по мнѣнію авторовъ, находится на верхней стѣнкѣ полости. Giraldés, наоборотъ, считаетъ, что ихъ больше всего на внутренней стѣнкѣ. Изслѣдованія новѣйшихъ авторовъ, однако, показываютъ, что железы повсюду распредѣлены болѣе или менѣе равномѣрно (Zuckerkandl, Paulsen, Dmochowsky). Dmochowsky говоритъ: „есть, правда, мѣста, гдѣ онѣ совсѣмъ отсутствуютъ, но величину этихъ участков опредѣлить трудно, и встрѣчаются онѣ на всѣхъ стѣнкахъ“.

Paulsen въ железахъ Гайморовой полости различаетъ два рода клѣтокъ: однѣ названы имъ слизистыми, другія серозными; онѣ разнятся по своему виду довольно рѣзко. Изслѣдованія другихъ авторовъ (Seidemann) показываютъ, что это однѣ и тѣ же клѣтки, но въ разныя стадіи своей дѣятельности.

Выводные протоки железъ, по изслѣдованіямъ Luschka, Giraldés, Дмоховскаго, обыкновенно, значительной длины и открываются на поверхности не перпендикулярно къ ней, а подъ острымъ угломъ. Въ главные протоки открываются болѣе мелкіе. Иногда одинъ протокъ дѣлится вилообразно на два, и оба открываются на поверхности. Въ устьѣ своемъ протоки выстланы мерцательнымъ эпителиемъ.

Физиологія.

Физиологическое значеніе Гайморовой полости, несмотря на массу существующихъ по этому поводу работъ, не выяснено вполне. Все дѣло сводится лишь къ болѣе или менѣе вѣроятнымъ предположеніямъ, въ пользу которыхъ, однако, не удастся сгруппировать достаточнаго количества положительныхъ данныхъ. Мнѣнія о физиологическомъ значеніи полостей, конечно, касаются не одной Гайморовой полости, но также и близъ лежащихъ полостей — лобной, рѣшетчатой, клиновидной. Всѣмъ имъ придается авторами, въ большинствѣ случаевъ, одно и то же значеніе, часто хотя и вѣроятное для однѣхъ, но уже совершенно не выдерживающее критики при оцѣнкѣ назначенія другихъ полостей.

Какъ образецъ такого объясненія, можно привести мнѣнія авторовъ, разсматривающихъ всѣ прилегающія къ носу полости, какъ полости вспомогательныя, назначенныя къ увеличенію объема носовой полости и потому несущія на себѣ и ея функціи. На нихъ смотрятъ, какъ на влажныя камеры, овлажняющія слизистую оболочку носовыхъ ходовъ, сильно высушиваемую токомъ вдыхаемаго воздуха. Согласно съ мнѣніемъ авторовъ, такъ объясняющихъ функціи придаточныхъ полостей, слѣдуетъ допустить, что черезъ нормальныя отверстія полостей въ носовую полость постоянно выдѣляется секретъ, какъ бы смазывающій слизистую носа и тѣмъ предупреждающій ея высыханіе.

Но если это предположеніе еще возможно допустить для лобной пазухи, то для другихъ и въ частности для Гайморовой полости оно совершенно не вѣроятно, такъ какъ само мѣстоположеніе отверстія, ведущаго изъ Гайморовой полости въ носовую, въ верхней части самой полости, рѣшительно исключаетъ возможность подобной функціи. Наконецъ, и изслѣдованія, направленные къ выясненію этого обстоятельства (Scheff), показываютъ,

что въ полостяхъ, въ нормальныхъ условіяхъ, вовсе нѣтъ избытка секрета, который могъ бы выдѣляться въ носовую полость.

Другая роль, столь часто приписываемая придаточнымъ носовымъ полостямъ, сводится къ тому предположенію, что придаточныя полости представляютъ собою вспомогательный органъ обонанія. Однако, опыты Déchamps и Hyrtl совершенно лишаютъ вѣроятія это предположеніе. Упомянутые авторы вводили въ Гайморову полость черезъ имѣвшуюся у больного фистулу различныя пахучія вещества, при чемъ ни разу не могли констатировать воспріятія больнымъ какихъ-либо обонятельныхъ ощущеній.

Meyer смотритъ на Гайморову полость, какъ на согревающее вдыхаемый воздухъ пространство. Онъ полагаетъ, что, благодаря особому устройству hiatus semilunaris, при вдыханіи, воздухъ поступаетъ въ Гайморову полость, гдѣ, смѣшиваясь съ согрѣтымъ воздухомъ, мѣняетъ свою температуру и болѣе теплый поступаетъ въ легкія. Однако это его предположеніе опровергается наблюденіями и опытами Paulsen'a и Sandmann'a, показавшими, что вдыхаемый воздухъ поступаетъ не черезъ средний, а черезъ нижній носовой ходъ. Кромѣ того, вводя черезъ фистулу въ Гайморову полость пахучія вещества, они, при дыханіи, не наблюдали, чтобы пациентомъ ощущался какой-либо запахъ, что непременно должно было бы наступить въ томъ случаѣ, если бы вдыхаемый воздухъ смѣшивался съ воздухомъ, находящимся въ Гайморовой полости.

Müller и Virchow полагаютъ, что образованіе придаточныхъ носовыхъ полостей объясняется стремленіемъ природы сдѣлать черепъ болѣе легкимъ, хотя Braun и Classen доказали, что вѣсъ черепа увеличился бы не болѣе, какъ на 1% въ случаѣ, если бы всѣ придаточныя полости были выполнены губчатымъ костнымъ веществомъ, въ виду чего чрезвычайно трудно предположить, чтобы столь незначительный выигрышъ въ вѣсѣ требовалъ бы созданія столь сравнительно сложныхъ образованій, какими являются придаточныя носовыя полости.

Merkel смотритъ на придаточныя полости, какъ на своеобразные резонаторы, благодаря присутствію которыхъ и возможно достигнуть полного, мягкаго и эластическаго тона голоса.

Нѣсколько подвинулся вопросъ о значеніи придаточныхъ полостей, благодаря изслѣдованіямъ Zuckerkandl'a надъ

периферическими органами обонянія у млекопитающихъ. Своими изслѣдованіями онъ показалъ, что у многихъ животныхъ придаточныя полости являются органомъ обонянія, такъ какъ они содержатъ соотвѣтственныя нервныя окончанія въ своей слизистой оболочкѣ, тогда какъ у другихъ животныхъ, какъ напр. у дельфина, не обладающаго обоняніемъ, нѣтъ соотвѣтственныхъ образований, нѣтъ и полостей.

Исходя изъ этого, Sandmann приходитъ къ заключенію, что придаточныя носовыя полости представляютъ собою рудиментарныя образования, единственное назначеніе которыхъ быть вмѣстилищемъ обонятельныхъ органовъ, вмѣстѣ съ уменьшеніемъ въ развитіи обонянія у людей, потеряно. Это послѣднее мнѣніе является наиболѣе вѣроятнымъ въ объясненіи значенія Гайморовой полости.

Этіологія эмпіемъ Гайморовой полости.

Приступая къ описанію этіологій эмпіемъ Гайморовой полости, я въ самомъ началѣ считаю нужнымъ оговориться, что тѣ процессы, которые я буду имѣть въ виду, не заслуживаютъ названія эмпіемъ, это названіе является лишь общеупотребительнымъ и этимъ я оправдываю употребленіе его мною. Въ сущности названіе эмпіемъ принято давать лишь такимъ заболѣваніямъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло со скопленіемъ гноя въ замкнутыхъ полостяхъ. Подъ послѣднее понятіе Гайморова полость подходит не вполне, такъ какъ она сообщается съ наружной атмосферой черезъ отверстіе, открывающееся въ носовую полость, и потому не является вполне замкнутой. Въ виду изложеннаго необходимо пояснить, что подъ эмпіемой Гайморовой полости подразумѣвается обыкновенно гнойное воспаленіе слизистой оболочки полости, ведущее въ результатъ къ скопленію гноя въ ней, и этихъ то процессовъ я намѣренъ касаться въ своемъ изложеніи, желая на первомъ планѣ выяснитъ тѣ причины, которыя могутъ повести къ гнойному воспаленію слизистой Гайморовой полости.

Конечно, согласно сложившимся научнымъ взглядамъ о происхожденіи всякаго гнойнаго процесса, единственной причиной разбираемыхъ заболѣваній являются микроорганизмы, инфицирующіе полость. Вся наша задача сводится лишь къ тому, дабы выяснитъ, не имѣется ли специфическихъ организмовъ, постоянно верѣчаемыхъ при эмпіемахъ Гайморовой полости, которымъ могла бы быть приписана главенствующая роль въ возбужденіи этихъ заболѣваній, и, кромѣ того, указать пути и способы, какими микроорганизмы проникаютъ въ полость.

Я остановлюсь сначала на первомъ изъ этихъ вопросовъ.

Вопросъ этотъ подвергался разработкѣ уже многими авторами. Подробнѣе другихъ и обстоятельнѣе его трактуетъ Дмоховскій.

До него мы встрѣчаемъ указанія на подобныя изслѣдованія въ работахъ Paulsen'a Netter'a и мн. др. Paulsen главнымъ образомъ интересовался вопросомъ, на сколько часто въ выдѣленіяхъ носовой полости встрѣчается пнеумобациллы Friedländer'a. Произведя бактериологическія изслѣдованія въ 52 случаяхъ, онъ ни разу не открылъ ихъ въ выдѣленіяхъ. Совершенно аналогичныя изслѣдованія по отношенію къ пнеумобацилламъ Weichselbaum'a произведены были Netter'омъ, съ тѣмъ же отрицательнымъ результатомъ. Цѣлый рядъ другихъ авторовъ какъ Besser, Reimann, Wright и др., изслѣдовавшіе выдѣленія носовой полости въ нормальныхъ и патологическихъ случаяхъ, не даютъ намъ указаній на постоянное присутствіе какихъ либо опредѣленныхъ микроорганизмовъ въ выдѣленіяхъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ими найдены пнеумобациллы Friedländer'a, въ другихъ Weichselbaum'a; въ большинствѣ же случаевъ, хотя и найдены были микроорганизмы въ большомъ количествѣ, но принадлежность ихъ къ тому или другому виду даже не поддавалась опредѣленію. Наконецъ, нѣкоторые авторы даютъ опредѣленные указанія на непатогенность найденныхъ ими микроорганизмовъ.

Въ изслѣдованіяхъ другихъ авторовъ проглядываетъ стремленіе связать заболѣванія сосѣднихъ носу полостей съ общими инфекціонными заболѣваніями и подобному стремленію нельзя отказать въ основательности. Согласно съ этимъ, авторами какъ Lindenthal'емъ, найдены были въ содержимомъ полостей бациллы инфлюэнцы, другими, какъ Weichselbaum, Fränkel, Dmochowsky, обнаружено пораженіе полости дифтеритическимъ процессомъ. По этому поводу я еще подробнѣе буду говорить ниже.

Рѣшающими вопросъ о неспецифичности микроорганизмовъ, вызывающихъ гнойныя воспаленія слизистой Гайморовой полости, я считаю изслѣдованія Дмоховскаго: „Бактеріологическія изслѣдованія были произведены имъ въ 21 случаѣ: изъ нихъ 2 приходятся на долю гнойнаго содержимаго кистъ при хроническомъ катаррѣ слизистой оболочки, 1 касается дифтеритическаго воспаленія, 2 изслѣдованія касаются гнойнаго эксудата при острыхъ эмпіемахъ, 7 при хроническихъ эмпіемахъ, 3 при эмпіемахъ хроническихъ обостренныхъ, наконецъ, 6 изслѣдованій—

гноя, полученнаго при пробномъ проколѣ. Въ каждой изъ этихъ группъ заболѣваній найдены были слѣдующіе паразиты, патогенныя свойства которыхъ были доказаны путемъ прививки животнымъ:

- | | |
|--|--|
| 1) Въ 2-хъ кистахъ съ гнойнымъ содержимымъ. | } bac. pyogenes foetidus. |
| 2) Въ дифтеритическихъ пленкахъ. | |
| 3) Въ 2-хъ случаяхъ острой эмпіемы. | } 1) staphylococcus pyog. aureus.
2) bac. pyogenes foetidus. |
| 4) Въ 7-ми случаяхъ хронической эмпіемы. | |
| 5) Въ 3-хъ случаяхъ обостренной хронической эмпіемы. | } 1) staphylococcus pyog. albus.
2) staphyl. pyog. aureus.
3) b. pyogenes foetidus.
4) bacillus pyocyaneus.
5) pneumobacillus Friedlaenderi (патогенныя свойства его не доказаны). |
| 6) Въ 6-ти случаяхъ изслѣдованія гноя, полученнаго при пробномъ проколѣ. | |
| | |

„Сопоставляя эти данныя,—говоритъ авторъ,—мы видимъ, что въ 18-ти изслѣдованныхъ мною случаяхъ гнойнаго воспаленія Гайморовой полости, кромѣ многочисленныхъ непатогенныхъ микроорганизмовъ, патогенные были найдены 16 разъ: 3 раза staphyloc. pyogenes aureus, 10 разъ bacillus pyogenes foetidus, 3 раза streptococcus pyogenes, 2 раза pneumobacillus Friedlaenderi и 1 разъ bacillus pyocyaneus“.

„Какъ было уже упомянуто мною, я никогда не предполагалъ,—говоритъ далѣе Дмоховскій,—чтобы гнойныя воспаленія Гайморовой пазухи представляли процессъ специфическій, вызываемый однимъ опредѣленнымъ видомъ паразитовъ. Я уже прежде

высказалъ мнѣніе, что каждый изъ патогенныхъ микробовъ, попадая на подготовленную почву, можетъ вызвать или, обострить воспалительный процессъ и довести, наконецъ, до гнойнаго воспаления“.

„Съ другой стороны, несмотря на то, что въ каждомъ случаѣ въ отдѣльности доказана путемъ прививки животнымъ злокачественность найденныхъ мною паразитовъ, я не считаю себя въ правѣ утверждать, что культивированные въ изслѣдованныхъ мною случаяхъ микроорганизмы были единственною причиною гнойныхъ процессовъ въ Гайморовой полости. Только въ нѣкоторыхъ случаяхъ острыхъ или хроническихъ эмпіемъ, а именно, когда въ отдѣленіяхъ были находимы стафилококки, стрептококки или пневмококки, такое предположеніе не лишено извѣстной доли вѣроятности“.

Если къ этому мнѣнію Дмоховскаго, приводимому дословно, присоединить изслѣдованія выше мною упомянутыхъ авторовъ, каждый разъ находившихъ иныхъ микроорганизмовъ, то, конечно, мы будемъ въ правѣ вывести заключеніе, что, на основаніи существующихъ изслѣдованій, можно отрицать, чтобы гнойныя воспаления слизистой оболочки Гайморовой полости вызывались однимъ какимъ нибудь видомъ микроорганизмовъ. Очевидно, что этотъ процессъ можетъ вызываться различными ихъ видами, что подтверждается и клиническими наблюденіями.

Остается намъ рассмотреть, какими же путями можетъ проникнуть инфекция въ Гайморову полость, т. е. остановиться на разборѣ тѣхъ моментовъ, которые могутъ повести къ гнойному заболѣванію слизистой Гайморовой полости.

На первомъ мѣстѣ всѣми авторами выставляются инфекціонныя общія заболѣванія, послѣдствіемъ которыхъ можетъ явиться заболѣваніе Гайморовой полости. Подобныя предположенія подтверждаются повседневыми наблюденіями. Особенно излюбленною причиною считается инфлюенца. На нее указывалъ уже Ewald и Schech. По Hajek'у, вѣрность этого предположенія подтверждена не только клинически, но и патолого-анатомически на вскрытіяхъ. Особенно цѣнными въ этомъ отношеніи являются новѣйшія изслѣдованія Lindenthal'я, доказавшаго въ рядѣ случаевъ присутствіе бациллы инфлюенцы въ выдѣленіяхъ Гайморовой полости, равно какъ показавшаго, что въ отдѣльныхъ случаяхъ она встрѣчается въ этихъ выдѣленіяхъ безъ примѣси какихъ-либо другихъ

бактерій. Подобные же результаты, хотя и не во всѣхъ случаяхъ, получены были E. Fränkel'емъ и Howard'омъ и въ одномъ случаѣ Moszkowski'имъ.

Кромѣ инфлюенцы, авторы указываютъ и на другія общія инфекціонныя заболѣванія, какъ на причину возникновенія эмпіемъ Гайморовой полости. Среди послѣднихъ называютъ брюшную тифъ, влияніе котораго на возникновеніе Гайморита было опубликовано въ 1853 г. Zuccarini и подтверждено наблюденіями Harkes, крупозную пневмонію, въ пользу которой говорятъ изслѣдованія Weichselbaum'a, Harke, E. Fränkel'я, наконецъ, корь, скарлатину и оспу. Послѣднее доказываютъ случаи вскрытія, опубликованные Moritz Folf'омъ, E. Fränkel'емъ и др. Правда, наблюденія эти не достаточны, и непосредственная связь между общимъ заболѣваніемъ и мѣстнымъ процессомъ не доказана съ той очевидностью, какъ это сдѣлано работами Lindenthal'a относительно инфлюенцы. Гораздо доказательнѣе случаи возникновенія эмпіемъ, гдѣ причиною выставляется авторами дифтеритъ или рожистое воспаленіе, непосредственно распространявшіеся на слизистую пазуху. Такъ, въ той же работѣ Moritz Wolf'a и Harke указывается, что при вскрытіяхъ тяжелыхъ смертныхъ случаевъ, при дифтеритѣ, почти постоянно ими были находимы пораженія Гайморовыхъ полостей, представлявшія собою явленія воспаления въ различныхъ стадіяхъ. Правда, лишь изрѣдка дѣло доходило до настоящаго дифтерита Гайморовой полости съ образованіемъ пленокъ. Тѣмъ не менѣе, въ половинѣ случаевъ обнаружено было присутствіе въ Гайморовой полости Löffler'овскихъ палочекъ (по большей части на ряду со стрептококками и staphylococcus pyogenes aureus). Zuckerkandl въ ряду своихъ случаевъ тоже описываетъ дифтеритическое воспаленіе Гайморовой полости, хотя на основаніи приводимыхъ авторомъ данныхъ этотъ характеръ заболѣванія не представляется установленнымъ съ положительностью. Дмоховскій описываетъ случай, на основаніи патолого-анатомическихъ данныхъ принимаемый имъ за дифтеритическое пораженіе, хотя Löffler'овскія бациллы не были найдены въ этомъ случаѣ. Что касается рожистаго воспаленія, то одновременное существованіе его на ряду съ эмпіемами сосѣднихъ съ носомъ полостей наблюдалось и было описано цѣлымъ рядомъ авторовъ, какъ Zucca-

rini, Weichselbaum, Zuckerkandl, Killian. Конечно, рѣчь идетъ о рожистомъ воспаленіи, локализовавшемся на лицѣ. Въ большинствѣ наблюдавшихся случаевъ, однако, трудно было сказать, какое изъ двухъ заболѣваній, если они находились съ собою въ генетической связи, было причиною другого: была ли эмпіема вызвана рожистымъ процессомъ, или послѣдній появился, какъ результатъ существованія эмпіемы. Какъ въ пользу одного, такъ и въ пользу другого предположенія приводятся авторами факты. Наконецъ, и теоретически возможность такая допустима: возможно, что гнойное воспаленіе слизистой оболочки Гайморовой полости можетъ наступить вслѣдствіе инфекции рожистымъ стрептококкомъ, и также возможно, что, при наличности эмпіемы, на лицѣ можетъ выпянуть рожистое воспаленіе, какъ результатъ инфекции, проникшей черезъ тѣ трещины кожи, которыя въ такомъ изобиліи можно наблюдать въ области носовыхъ отверстій у лицъ, страдающихъ хронической эмпіемой Гайморовой полости (такъ какъ вслѣдствіе раздраженія стекающимъ секретомъ кожа въ этой области сплошь и рядомъ поражена то эритемой, то экземой). Не имѣя совершенно въ этомъ направленіи личнаго опыта, такъ какъ мнѣ не пришлось ни разу наблюдать одновременнаго существованія этихъ двухъ процессовъ, я, тѣмъ не менѣе, имѣю возможность сослаться на случаи, почерпнутые изъ литературы. Lucca описываетъ одно свое наблюденіе, гдѣ анамнезъ и бактериологическое изслѣдованіе гноя съ положительностью говорили за то, что возникновеніе эмпіемы Гайморовой полости было вызвано рожистымъ стрептококкомъ. Въ гноѣ, кромѣ стрептококка, другихъ бактерий не было, гной не имѣлъ того гнилостнаго запаха, который бываетъ при эмпіемахъ иного происхожденія, вызванныхъ по большей части совместно цѣлымъ рядомъ микроорганизмовъ. Съ той же положительностью за возможность подобной связи говорятъ также наблюденія Weichselbaum'a, основанныя на данныхъ вскрытія. Въ свою очередь, Hajek, приводитъ случаи другого рода. Онъ говоритъ, что хотя наблюдалъ и много комбинированныхъ заболѣваній эмпіемой и рожей лица, тѣмъ не менѣе всегда почти можно было доказать, что эмпіема существовала раньше, чѣмъ наступило заболѣваніе рожистымъ процессомъ. Такой свой выводъ Hajek основываетъ на томъ, что всякій разъ эмпіема имѣла характеръ хроническаго процесса (наличность по-

липовъ, гипертрофій), и, такимъ образомъ, возможность возникновенія ея, вслѣдъ за появленіемъ рожи, могла быть исключена. Среди описанныхъ имъ случаевъ заслуживаетъ вниманія наблюденіе надъ однимъ пациентомъ-старикомъ, который въ теченіе 5-ти лѣтъ ежегодно заболѣвалъ рожей лица. Одновременно съ этимъ у него была эмпіема Гайморовой полости, недиагностированная и не леченная. Съ момента, какъ ему было сдѣлано вскрытіе полости, заболѣванія рожей прекратились и въ теченіе 4-хъ лѣтъ не возобновлялись ни разу. Начиналось рожистое воспаленіе у этого больного съ носового крыла, гдѣ имѣлось нѣкоторое количество присохшихъ гнойныхъ прыщиковъ. Точно также Hajek описываетъ случай наблюдавшейся имъ острой эмпіемы лѣвой Гайморовой полости, гдѣ на 4-й день заболѣванія появилась рожа лица, начавшаяся съ лѣваго носового крыла.

Единственнымъ въ своемъ родѣ является случай Fürst'a; появившуюся гнойную эмпіему Гайморовой полости у ребенка авторъ объясняетъ гонорройной инфекціей, въ виду того, что ребенокъ перенесъ *conjunctiv. gonorrhoeicam*. Все-таки, въ этомъ случаѣ присутствіе гонококковъ въ гною не обнаружено, чѣмъ вѣроятность связи между обоими страданіями въ значительной степени поколеблена.

Мнѣ слѣдуетъ упомянуть еще о двухъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ,носящихъ уже не острый, а хроническій характеръ, которыя многими авторами признаются за причины возникновенія эмпіемъ Гайморовой полости. Я имѣю въ виду туберкулезъ и сифилисъ. Въ отношеніи перваго особенно интересны наблюденія E. Wertheim'a, тѣмъ болѣе, что они основаны на значительномъ матеріалѣ (400 вскрытій). Я привожу дословно его выводы, такъ какъ ими, по моему мнѣнію, исчерпывается затронутый вопросъ: „Гораздо чаще, говоритъ авторъ, воспалительные процессы смежныхъ съ носомъ полостей наблюдаются при туберкулезѣ, чѣмъ при острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ. Другіе авторы, производившіе подобныя изслѣдованія, тоже отмѣчаютъ этотъ фактъ: Killian лишь недоумѣваетъ, какая связь существуетъ между этими гнойными процессами и основной болѣзью въ томъ случаѣ, когда въ выдѣленіяхъ присутствіе специфическихъ бациллъ не открыто. Въ этомъ отношеніи слѣдуетъ замѣтить, что въ сущности при этихъ нагноеніяхъ мы не имѣемъ дѣла со специфиче-

скимъ туберкулезнымъ процессомъ, а лишь съ нагноеніемъ, вызваннымъ обычными гнойными возбудителями. Лишь въ томъ все дѣло, что при туберкулезѣ имѣются самыя удобныя условія для такой гнойной инфекции. Туберкулезъ слизистой оболочки полостей, смежныхъ съ носовой полостью, съ характерными измѣненіями въ ткани, равно какъ и присутствіемъ бациллъ, принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. Болѣе всего это возможно съ Гайморовой полостью.

„Изъ случаевъ, клинически прослѣженныхъ нами, въ одномъ мы имѣли дѣло съ подобнаго рода пораженіемъ слизистой оболочки Гайморовой полости у ребенка, гдѣ процессъ возникъ, какъ результатъ распространенія по протяженію волчанки слизистой оболочки носа. Все-таки, даже при вполнѣ выраженномъ *lup'озномъ* пораженіи слизистой носа, распространеніе процесса на слизистую смежныхъ полостей встрѣчается чрезвычайно рѣдко.

„Среди нашего секціоннаго матеріала, говоритъ далѣе авторъ, 106 случаевъ падаетъ на субъектовъ съ легочнымъ туберкулезомъ. Изъ нихъ у 31, т. е. въ 20,2%, найдены были на вскрытіи эмпиемы смежныхъ съ носомъ полостей. Другими словами на каждыхъ 3 фтизика у одного наблюдалось нагноеніе въ какой-нибудь полости. Е. Fränkel, который на 48 случаевъ туберкулеза девять разъ наблюдалъ заболѣваніе Гайморовой полости, также отмѣчаетъ фактъ, что предрасположеніе фтизиковъ къ заболѣваніямъ смежныхъ съ носомъ полостей не можетъ быть оспариваемо, хотя туберкулезъ легкихъ и не можетъ быть принимаемъ за непосредственную причину заболѣванія полости. Этотъ взглядъ подтверждаютъ и наши изслѣдованія. У 21 туберкулезнаго больного (кромѣ приведенныхъ уже случаевъ) найдены были заболѣванія полостей не гнойнаго характера, частью представлявшія простые катарральные процессы со слизистымъ отдѣляемымъ, частью представлявшія наличность въ полости серозной жидкости или даже чистой крови. Если случаи эти присоединить къ вышеприведеннымъ случаямъ несомнѣнныхъ эмпиемъ, то получится, что на 106 случаевъ въ 52 найдены были измѣненія въ смежныхъ съ носомъ полостяхъ, т. е. что у одного на двое, попадавшихъ на вскрытіе фтизиковъ, въ полостяхъ находилось ненормальное содержимое. Такое процентное отношеніе исключаетъ возможность чисто случайныхъ совпаденій. Насколько, однако, это же процент-

ное соотношеніе примѣнимо къ живымъ, сказать трудно. Наши изслѣдованія произведены на матеріалѣ, сравнительно небольшомъ для того, чтобы на немъ можно было основать извѣстные выводы. Тѣмъ не менѣе, наши изслѣдованія надъ туберкулезными больными показываютъ, что и среди живыхъ фтизиковъ частота патологическихъ измѣненій въ смежныхъ съ носомъ полостяхъ не подлежитъ сомнѣнію, хотя она и не выступаетъ съ той рельефностью, какъ на вскрытіяхъ. Если же бы между клиническими наблюденіями и данными, полученными при вскрытіяхъ, въ процентномъ отношеніи частоты заболѣваній смежныхъ полостей наблюдалась значительная разница, то эта послѣдняя свободно можетъ быть объяснена несовершенствомъ нашихъ діагностическихъ методовъ. По меньшей мѣрѣ, мы болѣе склонны допустить возможность, что подобныя заболѣванія смежныхъ съ носомъ полостей ускользаютъ иногда отъ распознаванія, чѣмъ согласиться съ объясненіемъ найденныхъ на вскрытіи данныхъ—явленіями случайными. Подтвержденіемъ подобнаго предположенія служатъ факты—наблюдаемые на вскрытіяхъ эмпиемы часто не были обнаружены при жизни“.

Wertheim касается также вопроса о связи заболѣваній смежныхъ съ носомъ полостей, съ одной стороны, и сифилисомъ съ другой. Во всѣхъ 4-хъ, попавшихъ на вскрытіе, случаяхъ сифилиса имѣлось гнойное заболѣваніе полостей. Авторъ говоритъ, что на ряду съ сифилисомъ во всѣхъ этихъ случаяхъ имѣлись и другія заболѣванія, сами по себѣ способныя вызвать эмпиемы (Tuberculosis, Cancer faciei и т. п.). Онъ допускаетъ, что сифилисъ въ томъ лишь случаѣ можетъ быть принятъ за причину эмпиемы какой-либо полости, если, подъ вліяніемъ гуммознаго процесса въ кости, образуется ненормальное сообщеніе между одной изъ прилегающихъ къ носу полостей и или полостью рта, или полостью носа, или носоглоточнымъ пространствомъ. Подобную же связь устанавливаетъ и Hajek въ 2-хъ приводимыхъ имъ случаяхъ третичнаго сифилиса, гдѣ некрозъ латеральной носовой стѣнки повелъ къ возникновенію эмпиемы Гайморовой полости. Въ первомъ изъ этихъ случаевъ въ стѣнкѣ образовался значительный дефектъ, въ другомъ имѣлся цѣлый рядъ фистулезныхъ ходовъ, ведущихъ частью изъ нижняго, частью изъ средняго носового хода въ Гайморову полость. Нагноеніе въ полости продолжалось еще значительное время послѣ того, какъ закончился основной про-

цессъ въ носу. Jeanty приводитъ случаи Bousquet, Hermet, Trifilietti, гдѣ сифилитическія пораженія верхнечелюстной кости вели въ результатъ къ образованію эмпіемы Гайморовой полости. Среди случаевъ Дмоховскаго, прослѣженныхъ имъ на вскрытіи, одинъ, по мнѣнію самого автора, и по даннымъ, приводимымъ въ протоколъ вскрытія, представляетъ собою случай эмпіемы сифилитическаго происхожденія. Привожу его подробно:

Случай 27. Женщина 37-ми лѣтъ умерла при явленіяхъ сифилитической кахексіи. При вскрытіи найдены были свойственныя сифилису измѣненія въ печени, костяхъ и кровеносныхъ сосудахъ. Кости черепа сильно утолщены и тверды. Носовая перегородка омертвѣла, однакожь носъ не сплюсненъ, такъ какъ при жизни субъекта нельзя было удалить секвестра. Послѣ удаленія омертвѣвшаго участка оказалось, что лежащая подъ нимъ слизистая оболочка не изъязвлена. Слизистая оболочка лѣвой половины носа равномернo гиперемирована и утолщена. Въ пазухахъ этой стороны не было найдено никакихъ измѣненій. Съ правой стороны носа слизистая оболочка тоже гиперемирована, утолщена и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ покрыта бѣло-сѣроватымъ легко смываемымъ налетомъ; подъ налетомъ на слизистой оболочкѣ никакихъ изъязвленій не замѣчается, нижней и средней раковинъ на этой сторонѣ недостаетъ, а на ихъ мѣстѣ находится гладкая, неизъязвленная слизистая оболочка. На наружной стѣнкѣ носа, приблизительно посерединѣ, расположено отверстіе, величиною съ большую горошину, черезъ которое можно разглядѣть всю Гайморову полость. Слизистая оболочка, выстилающая края отверстія, гиперемирована, но гладка. Въ верхнечелюстной полости находилось незначительное количество гнойной слизи. Больше другихъ была измѣнена слизистая оболочка передней стѣнки. На самой ея серединѣ расположенъ бѣлый блестящій рубецъ съ лучеобразно отходящими отъ него развѣтвленіями. Находящаяся между рубцами слизистая оболочка утолщена, сильно гиперемирована и покрыта кровоизліяніями. Слизистая оболочка остальныхъ стѣнокъ полости тоже сильно гиперемирована и равномернo разражена. Слизистая оболочка плотно сращена съ костью, такъ что съ трудомъ отдѣляется отъ нея. Поверхность кости неровна, покрыта маленькими костными отростками. Вмѣстѣ съ слизистой оболочкою отдѣляются костныя бляшки. Зубы почти всѣ каріозны. При микроскопическомъ изслѣдованіи слизистой оболочки оказалось, что выстилающій ее эпителий во многихъ мѣстахъ слущенъ, причемъ дно такихъ экскоріаций болѣе или менѣе инфильтрировано. Рубцы состоятъ изъ твердой, сильно волокнистой, даже стекловидной соединительной ткани. Ядеръ, вообще, въ ней мало. Въ другихъ мѣстахъ соединительная ткань только разражена, заключаетъ много овальныхъ и круглыхъ ядеръ. Среди нея часто наблюдаются кровоизліянія и незначительная инфильтрація железокъ; вообще, ихъ встрѣчается много, почти всѣ онѣ инфильтрированы и выполнены слизью. Стѣнки сосудовъ по большей части утолщены.

Съ своей стороны я могу подтвердить наблюденія Wertheim'a и Hajek'a, что клинически связь между сифилисомъ и возникающей эмпіемой можетъ быть прослѣжена лишь въ томъ случаѣ, когда, благодаря сифилитическому процессу, образуется ненормальное сообщеніе Гайморовой полости, скажемте, съ полостью

рта. Тогда, благодаря такому сообщенію, Гайморова полость можетъ инфицироваться со стороны полости рта, при чемъ здѣсь сифились будетъ лишь постольку играть роль этиологическаго момента, поскольку, благодаря образовавшемуся, вслѣдствіе заболѣванія сифилисомъ, ненормальному сообщенію, условія для инфекции Гайморовой полости облегчены. Другими словами, сифились въ этихъ случаяхъ будетъ играть лишь роль подготовительнаго момента. Такой именно случай я наблюдалъ и привожу его далѣе подъ № XI. Здѣсь ясна связь между сифилисомъ и возникшимъ Гайморитомъ. Еще яснѣе эта связь выступаетъ въ случаѣ № L, гдѣ шагъ за шагомъ я имѣлъ возможность прослѣдить возникновеніе Гайморита на почвѣ сифилитическаго пораженія костей верхней челюсти. Здѣсь первый секвестръ былъ удаленъ мною, и тутъ же обнаружено было пораженіе Гайморовой полости гнойнымъ процессомъ. Но на ряду съ этимъ я позволю себѣ сослаться на случаи № III и № VI. Тутъ также мы имѣли дѣло съ развитіемъ эмпіемы Гайморовой полости у несомнѣнныхъ сифилитиковъ. У одного изъ нихъ (случай III-й) заболѣванію Гайморовой полости даже предшествовалъ некрозъ кости верхней челюсти, въ области рѣзцовъ, тѣмъ не менѣе въ обоихъ этихъ случаяхъ связь между основнымъ заболѣваніемъ и возникшей эмпіемой можетъ быть свободно отвергнута. Въ пользу ея не имѣется никакихъ данныхъ, между тѣмъ какъ зубное происхожденіе эмпіемы въ обоихъ случаяхъ имѣетъ за собой больше вѣроятій.

И вообще, не только относительно сифилиса, но и относительно всѣхъ другихъ вышеприведенныхъ мною инфекціонныхъ заболѣваній, принимаемыхъ за причину возникновенія Гайморитовъ, также можно сказать, что роль ихъ, какъ этиологическаго момента, не выяснена вполне. Въ нашемъ распоряженіи имѣется лишь сырой матеріалъ, собранный авторами, имѣются лишь случаи, гдѣ на ряду съ извѣстнымъ инфекціоннымъ заболѣваніемъ наблюдалось и пораженіе полости. Причинная связь устанавливается лишь на основаніи цифровыхъ совпаденій, которыя, конечно, неоспоримы, но которымъ для полной ясности не хватаетъ многого: не хватаетъ указанія того пути, по которому проникаетъ инфекция. Вотъ почему въ изложеніи всѣхъ авторовъ сквозитъ одна общая мысль: придать инфекціоннымъ заболѣваніямъ лишь роль подготовительнаго момента, ослабляющаго самозащиту организма и вы-

ставляемого потому, въ вопросѣ этиологии Гайморитовъ, на второмъ планѣ. За болѣе вѣроятныя причины возникновенія воспаленій Гайморовой полости могутъ быть приняты тѣ процессы, которые локализируются или въ носовой полости или захватываютъ верхнечелюстную кость. Вотъ тутъ строго опредѣленъ путь, по которому идетъ заболѣваніе, и потому и инфекціонныя болѣзни постольку лишь играютъ роль въ этиологии Гайморитовъ, поскольку при нихъ вовлекается въ страданіе носовая полость или верхнечелюстная кость, а также поскольку основнымъ заболѣваніемъ можетъ быть понижена сопротивляемость слизистой оболочки Гайморовой полости внѣшнимъ вреднымъ вліяніямъ, и, потому, заболѣванія носовой полости или верхнечелюстной кости, можетъ быть существовавшія и ранѣе у даннаго больного, но не прививавшіяся полости, получаютъ теперь открытый доступъ. Наконецъ, нѣкоторымъ инфекціоннымъ болѣзнямъ можетъ быть приписана и главенствующая роль, какъ инфлюенцѣ или рожѣ, при которыхъ, на основаніи имѣющихся изслѣдованій, выше мною приведенныхъ, непосредственная инфекция полости специфическимъ микроорганизмомъ можетъ быть признана доказанной.

Въ остальныхъ всѣхъ случаяхъ нужно искать причины въ заболѣваніяхъ носовой полости и верхнечелюстной кости. Это и есть двѣ основныя причины возникновенія эмпиема Гайморовой полости, принимаемая всѣми авторами и называемая даже въ сокращеніи носовой и зубной причиной. Правда, просматривая специальную литературу, получаешь впечатлѣніе, будто обѣ эти причины въ наблюденіяхъ различныхъ авторовъ не удостоиваются одинаковаго вниманія. Одни, по преимуществу представители ринологовъ, всюду и всегда находятъ носовую причину, другіе — представители одонтологовъ, только зубную.

Я позволю себѣ остановиться сначала на разборѣ литературныхъ данныхъ и въ дальнѣйшемъ лишь перейду къ собственнымъ наблюденіямъ.

Казалось-бы рѣшающими этотъ вопросъ могутъ быть лишь патолого-анатомическія изслѣдованія. На самомъ дѣлѣ это не вѣрно. Доказательствомъ тому является полное несоотвѣтствіе между выводами патолого-анатомовъ, какъ, напр., Zuckerkandl'a, Dmochowsk'аго и клиническими наблюденіями. Zuckerkandl на 300 произведенныхъ имъ вскрытій лишь 1 разъ нашелъ связь

между каріознымъ процессомъ зубовъ и эмпиемой. Дмоховскій же не нашелъ его ни разу (на 152 вскрытія 304 пазухъ). Между тѣмъ наблюденія клиницистовъ, какъ то показываютъ работы Scheffa, Hajek'a, Killian'a, Magitot, Herynga, Smiegelow'a, Luc'a, Fraenkel'a, Krieg'a, Baginsk'аго и др., съ положительностью говорятъ за то, что въ возникновеніи эмпиема Гайморовой полости немалую роль играютъ болѣзни зубовъ. Особенно интересными въ этомъ отношеніи являются данныя Wertheim'a. На основаніи большого патолого-анатомическаго матеріала, по возможности провѣреннаго клинически, авторъ приходитъ къ выводу, что одни патолого-анатомическія изслѣдованія не даютъ никакихъ почти данныхъ для выясненія зависимости нагноеній Гайморовой полости отъ болѣзней зубовъ. Тѣмъ не менѣе, клинически, — говоритъ авторъ, — такая зависимость въ его случаяхъ очень часто была внѣ всякихъ сомнѣній. По этому поводу Hajek говоритъ: „Не лежитъ ли причина этого постоянного противорѣчія между наблюденіями анатомовъ и клиницистовъ въ томъ, что съ теченіемъ времени тѣ измѣненія, которыя могли бы указывать на бывшее заболѣваніе альвеолярнаго отростка, проходятъ и, такимъ путемъ, ускользаютъ отъ наблюденій патолого-анатомовъ“. По мнѣнію Hajek'a, лишь микроскопическія изслѣдованія могли бы выяснить эту зависимость; существующія же изслѣдованія однихъ только макроскопическихъ препаратовъ не могутъ претендовать на рѣшеніе вопроса. Вопреки этому Дмоховскій говоритъ, что всякій патологическій процессъ, который перешелъ бы съ зубовъ на Гайморову полость, долженъ оставить слѣды, доступныя изслѣдованію. Однако, если обратиться къ разбору тѣхъ измѣненій, которыя Дмоховскій признаетъ нужными для установленія связи между заболѣваніемъ зуба и Гайморовой полости, то можно видѣть, что во многихъ своихъ требованіяхъ онъ не правъ. „Положимъ, говоритъ Дмоховскій, caries зуба распространяется на весь корень и оттуда на нижнюю стѣнку Гайморовой полости. Это возможно; но тогда мы найдемъ каріесъ костной стѣнки“. На самомъ дѣлѣ такъ процессъ никогда не протекаетъ. Каріесъ зуба и такъ называемый „каріесъ кости“ — два совершенно различныхъ процесса, и каріесъ зуба никогда не переходитъ по протяженію въ „каріесъ кости“. Каріесъ зуба является результатомъ непосредственнаго химическаго растворенія твердыхъ его

частей образующимися во рту кислотами и послѣдующаго гніенія его органической основы, а потому онъ и наблюдается только на выстоящихъ въ полость рта частяхъ зуба, т. е., главнымъ образомъ, на его коронкѣ, такъ какъ она омывается жидкостями рта; если каріесъ распространяется затѣмъ на корень, то онъ захватываетъ внутреннюю его часть, ту, которая составляетъ стѣнки корневого канала и никогда не наблюдается на поверхности, покрытой періодонтомъ, т. е. какъ разъ той, которая прилегаетъ къ кости. Ужъ по этому одному распространение каріознаго процесса съ корня на кость является невозможнымъ.

Отсюда слѣдуетъ, что искать „каріеса кости“, какъ доказательства связи между заболѣваніемъ зубовъ и Гайморовой полости—значить *a priori* уже готовить отрицательное рѣшеніе вопроса.

Zuckerkandl, убѣжденный сторонникъ зависимости нагноеній Гайморовой полости отъ патологическихъ процессовъ въ полости носа, объясняетъ ихъ возникновеніе распространеніемъ процесса по протяженію. Разъ воспалена слизистая носовой полости, то воспаленіе, разрастаясь, можетъ перейти и на слизистую Гайморовой пазухи. Сосудистыя системы обѣихъ полостей находятся между собою въ такой тѣсной связи, что на ничтожнѣйшее страданіе одной изъ нихъ, другая уже реагируетъ гипереміей. Zuckerkandl затѣмъ говоритъ, что воспаленіе Гайморовой пазухи можетъ возникнуть и какъ результатъ заболѣванія зубовъ. Однако, такое возникновеніе онъ считаетъ гораздо болѣе рѣдкимъ, чѣмъ первое. Что же касается клиническихъ наблюденій другихъ авторовъ, то Zuckerkandl предполагаетъ, что они неправильно освѣщены. Напр.,—говоритъ авторъ,—*Rhinitis suppurativa* вызвала нагноеніе челюстной пазухи. Какъ результатъ скопленія экссудата и производимаго имъ давленія на проходящіе въ Гайморовой полости въ костныхъ желобкахъ, а то и прямо открытыми (см. анат. Гаймор. пол.) нервы, развѣтвляющіеся въ зубахъ, наступаютъ сильныя зубныя боли. Врачъ находитъ на той сторонѣ, гдѣ появились боли, каріозный зубъ, и что можетъ быть естественнѣе,—говоритъ авторъ,—какъ сдѣлать его отвѣтственнымъ за мучительныя боли, и надѣяться, что съ его удаленіемъ, онъ исчезнутъ. Послѣ удаленія невинно заподозрѣннаго зуба, обнаруживается, что операція не можетъ похвастаться успѣхомъ, и бо-

лѣ точное изслѣдованіе открываетъ настоящее гнѣздо страданія. Здѣсь сказывается обычное убѣжденіе, что только патолого-анатомъ въ своихъ заключеніяхъ руководствуется точными данными; клиницистъ же строить свои заключенія на предположеніяхъ, лишь болѣе или менѣе вѣроятныхъ. На самомъ дѣлѣ это не такъ. Заключеніе о томъ, что данный зубъ причиняетъ боли выводится вовсе не на основаніи показаній больного, или только наличности каріеса зуба. Къ подобному заключенію клиницистъ приходитъ лишь на основаніи объективнаго изслѣдованія зуба, органа вполне доступнаго изслѣдованію; а заключеніе о причиняемыхъ зубомъ боляхъ строится на данныхъ состоянія его пульпы и періоста, а не на наличности каріознаго дупла. Конечно, изъ этого видно, что подобное стремленіе поколебать точность клиническихъ наблюденій, нельзя признать справедливымъ.

Дмоховскій оспариваетъ права клинициста на заключеніе о тѣсной связи между заболѣваніями зубовъ и страданіемъ Гайморовой полости слѣдующимъ образомъ: „какими данными, говоритъ авторъ, располагаетъ клиницистъ. Положимъ предъ нимъ эмпіема и каріозныя зубы; но вѣдь зубы почти у всѣхъ людей каріозны, между тѣмъ эмпіема встрѣчается сравнительно рѣдко. Положимъ субъектъ страдалъ зубной болью и затѣмъ развились у него признаки эмпіемы; но вѣдь эмпіема могла существовать давно еще до заболѣванія зубовъ и только впоследствии быть обнаруженной. Положимъ, что послѣ удаленія каріознаго зуба эмпіема развилась; но вѣдь возможно, что эмпіемы прежде не было и она образовалась только, какъ послѣдствіе экстракціи зуба. Случается, что послѣ удаленія каріознаго зуба сейчасъ-же изъ полости выливается гной, но тутъ эмпіема могла существовать уже до заболѣванія зуба, и что стѣнка полости до того прочно срослась съ зубнымъ корнемъ, что при удаленіи зуба образовалось отверстіе“. Я позволю себѣ остановиться на разборѣ этихъ сопоставленій Дмоховскаго, чтобы показать, что они представляютъ собою соображенія чисто теоретическаго характера, не имѣющія за собой клиническаго подтвержденія. Зубы, дѣйствительно, у громаднаго большинства людей каріозны, но самъ по себѣ каріесъ зуба, понимаемый какъ разрушеніе и убыль его ткани, не можетъ вызвать эмпіемы Гайморовой полости. Каріесъ зуба опасенъ лишь потому, что, предоставленный своему теченію, безъ терапевтиче-

скаго вмѣшательства, рано или поздно приводитъ къ заболѣванію мякоти зуба; съ этого лишь момента зубъ становится опаснымъ для его обладателя. А посему, если мы желаемъ говорить о связи между болѣзнями зубовъ и эмпіемой Гайморовой полости, то намъ непремѣнно нужно принимать во вниманіе состояніе зубной мякоти, а не одну наличность каріеса. Въ самомъ своемъ началѣ, при такъ называемыхъ поверхностныхъ степеняхъ, каріесъ является процессомъ исключительно мѣстнымъ. Мы наблюдаемъ лишь химическое раствореніе твердыхъ частей зуба и гніеніе его органической основы: Пока этотъ процессъ протекаетъ въ эмали и дентинѣ, онъ совершенно безобиденъ для окружающихъ зубъ тканей. Но, путемъ послѣдовательнаго растворенія коронки, дѣло доходитъ до того, что поверхность заключенной въ коронкѣ мякоти обнажается, и послѣдняя подвергается инфекціи микроорганизмами полости рта. Наступаетъ воспаленіе мякоти, за которымъ можетъ нерѣдко слѣдовать омертвѣніе ея. Клиническія наблюденія показываютъ, что омертвѣніе однако наступаетъ не всегда. Изслѣдованія послѣдняго времени (изслѣдованія Аркеви) заставляютъ даже думать, что омертвѣніе мякоти есть процессъ специфическій, вызываемый отдѣльнымъ видомъ микроорганизмовъ—*bacillus gangraenae pulvae*. Онъ выдѣленъ Аркеви въ чистыхъ культурахъ и специфичность его подтверждена прививками. Изъ этого слѣдуетъ, что даже, когда мякоть обнажена и воспалена, и то дѣло не всегда доходитъ до гангрены. Нужно принять въ вниманіе и то обстоятельство, что воспаленіе мякоти сопровождается очень сильными болями, которыя *volens-nolens* заставляютъ искать врачебной помощи, при чемъ больной зубъ или подвергается леченію и сохраненію пломбированіемъ тамъ, гдѣ зубоврачебная помощь доступна, или прямо удаляется тамъ, гдѣ эта помощь болѣе примитивна. Такимъ образомъ, отъ каріеса зуба и до гангрены мякоти путь еще далекъ, и лишь сравнительно небольшой процентъ каріозныхъ зубовъ заболѣваетъ гангреной мякоти. Между тѣмъ лишь это послѣднее состояніе зуба имѣетъ значеніе въ дѣлѣ выясненія связи между заболѣваніями зубовъ и эмпіемой Гайморовой полости. Какъ я уже выше сказалъ, при поверхностныхъ степеняхъ каріеса и даже при воспаленіи мякоти зубъ не опасенъ для окружающихъ его тканей. Лишь когда мякоть омертвѣла, зубъ можетъ стать источникомъ самой тяжелой инфекціи. Въ этомъ

состояніи полость коронки (полость коронковой пульпы) и полость корневого канала представляется выполненной тканью, находящейся въ состояніи влажной гангрены съ массою соприствующихъ микроорганизмовъ въ томъ числѣ и гнояныхъ возбудителей. Непосредственная анатомическая близость, въ которой находится ткань мякоти съ періодонтомъ и костнымъ мозгомъ альвеолярнаго отростка представляетъ наилучшія условія для проникновенія инфекціи за предѣлы корня зуба и появленія воспалительныхъ процессовъ въ костномъ мозгу альвеолярнаго отростка. Тѣмъ не менѣе, опытъ насъ учитъ, что далеко не всякій зубъ, пораженный гангреной мякоти, становится причиной заболѣванія альвеолярнаго отростка. Многіе и даже очень многіе зубы, пораженные гангреной мякоти, годами не даютъ никакихъ осложнений. Наконецъ, слѣдуетъ принять во вниманіе, что даже если и выпукнется такое осложненіе, то для Гайморовой полости оно опасно лишь въ томъ случаѣ, когда захватываетъ область 2-го малаго и 1-го большого коренного и иногда 1-го малаго и 2-го большого коренного, такъ какъ только эти зубы имѣютъ близкое къ Гайморовой полости отношеніе (подробнѣе объ этомъ ниже). А посему, если принять во вниманіе, что изъ каріозныхъ зубовъ лишь ничтожный процентъ поражается гангреной мякоти, изъ зубовъ, пораженныхъ гангреной мякоти, лишь небольшой процентъ даетъ осложненія со стороны кости челюсти и, наконецъ, и эти послѣднія осложненія имѣютъ значеніе для Гайморовой полости лишь въ сравнительно рѣдкихъ случаяхъ, когда они захватываютъ область строго опредѣленныхъ зубовъ, то ясно станетъ, почему зубы каріозны у громаднаго большинства людей, а эмпіема Гайморовой полости встрѣчается рѣдко.

Вторымъ звеномъ, связующимъ болѣзни зубовъ и эмпіему Гайморовой полости, Д м о х о в с к і й выставляетъ зубную боль. Какъ симптомъ, зубная боль не опредѣляетъ въ точности патологическаго процесса: зубъ можетъ болѣть при воспаленіи мякоти, процессъ, который никогда не осложняется заболѣваніемъ Гайморовой полости, и можетъ болѣть также въ томъ случаѣ, когда *gangraena* мякоти осложняется воспаленіемъ костнаго мозга альвеолярнаго отростка. Понятно, поэтому, что если эмпіема Гайморовой полости развивается вслѣдъ за зубной болью, то это еще ничего не доказываетъ. Но если она развивается вслѣдъ за остеомиелитомъ аль-

веолярного отростка въ области одного изъ зубовъ, имѣющихъ близкое анатомическое отношеніе къ Гайморовой полости, то это невольно наводитъ на мысль о связи между этими заболѣваніями.

Дмоховскій говоритъ, что даже въ тѣхъ случаяхъ, когда эмпіема появляется вслѣдъ за зубной болью („зубную боль“ мы въ данномъ случаѣ будемъ разсматривать какъ симптомъ остеомиэлита альвеолярного отростка), нельзя еще быть увѣреннымъ, что эмпіема вызвана именно этимъ страданіемъ. Но это предположеніе Дмоховскаго уже опровергнуто Hajek'омъ, и, не вдаваясь въ доводы Hajek'a, я позволю себѣ привести лишь его случай, доказывающій противное.

Случай Hajek'a: г-жѣ Жозефинѣ З. въ апрѣлѣ 1892 года была сдѣлана, послѣ экстракціи 1-го моляра, трепанация правой Гайморовой полости сквозь альвеолярный отростокъ. Имѣлось дѣло съ эмпіемой, существовавшей по меньшей мѣрѣ около пяти лѣтъ, возникновеніе которой, по предположенію больной, ставилось въ связь съ бывшими у нея сильными зубными болями. Гноетеченіе изъ полости было очень значительное. Въ лѣвой половинѣ носовой полости при изслѣдованіи все найдено нормальнымъ. При повторныхъ изслѣдованіяхъ въ ней ни разу не удалось обнаружить выдѣленій, слизистая раковинъ и среднего носового хода была совершенно нормальной—въ то время, какъ на правой сторонѣ имѣлась значительная гипертрофія правой средней раковины, а равно и распространенныя припухлости слизистой въ среднемъ носовомъ ходѣ. Я былъ не мало удивленъ,—говоритъ Hajek,—когда ко мнѣ однажды послѣ полудня пришла больная—я ее изслѣдовалъ въ послѣдній разъ нѣсколько дней тому назадъ—съ жалобой, что у нея появились вчера вечеромъ стучація боли въ лѣвой половинѣ челюсти, а сегодня утромъ выдѣлился вдругъ изъ носу вонючій гной. Первый моляръ былъ чрезвычайно чувствителенъ къ постукиванію; въ немъ имѣлась пломба, и онъ нѣсколько шатался. Я посоветовалъ его удалить. Сейчасъ послѣ удаленія вытекъ изъ альвеолы гной. Зондированіе показало наличность сообщенія альвеолы съ Гайморовой полостью...

Итакъ, въ данномъ случаѣ, въ виду того, что носовая полость больной была не разъ изслѣдована, нѣтъ мѣста предположенію, что эмпіема существовала ранѣе страданія зуба.

Что же касается предположенія Дмоховскаго, что эмпіема

можетъ развиваться какъ послѣдствіе экстракціи зуба, то это только лишній разъ доказываетъ то именно положеніе, которое я стараюсь красной нитью провести въ своей работѣ, что альвеолярный отростокъ можетъ служить мѣстомъ внѣдренія инфекціи въ Гайморову полость.

Разъ же этотъ путь проникновенія инфекціи допускается въ случаѣ удаленія зуба, то съ равнымъ же правомъ онъ долженъ быть признаваемъ и тогда, когда зубъ имѣется налицо. Въдѣ зуба нельзя же счесть элементомъ защитительнымъ отъ инфекціи. Наоборотъ, въ случаѣ гангрены мякоти, онъ самъ представляетъ лучшій ея (инфекціи) источникъ.

Случается,—говоритъ Дмоховскій,—что послѣ удаленія каріознаго зуба изъ полости выливается гной, и объясняетъ это возможностью существованія эмпіемы до заболѣванія зуба; появленіе же гноя онъ объясняетъ нарушеніемъ цѣлости стѣнокъ полости вслѣдствіе сращенія послѣднихъ съ корнемъ зуба. Подобное предположеніе Дмоховскаго нельзя считать вполне вѣрнымъ. Гной послѣ удаленія зуба изъ полости выдѣляется лишь въ исключительныхъ случаяхъ свѣжихъ эмпиевъ, въ громадномъ же большинствѣ ничего подобнаго не происходитъ и даже, когда полость протрепанна, гной, благодаря своей густотѣ, не появляется въ полости рта. Наконецъ, послѣднее, а именно сращеніе корня зуба со стѣнкою альвеолы на практикѣ никогда не случается. Я полагаю, что громадный экстракціонный матеріалъ, обнимающій нѣсколько десятковъ тысячъ экстракцій, прошедшихъ черезъ мои руки, даетъ мнѣ право высказаться въ этомъ отношеніи вполне опредѣленно. Сращенія между корнями зубовъ и стѣнками альвеолы никогда мнѣ наблюдать не пришлось.

Я потому такъ подробно останавливаюсь на разборѣ патолого-анатомическихъ работъ по этому вопросу, чтобы показать, что, вопреки установившимся взглядамъ, одни патолого-анатомическія изслѣдованія не даютъ права рѣшать вопросъ объ этиологіи гайморитовъ.

Если обратиться къ работамъ клиницистовъ, то здѣсь мы не встрѣтимся съ такимъ абсолютизмомъ, почти совершенно отвергающимъ возможность возникновенія гайморитовъ отъ патологическихъ процессовъ, протекающихъ въ зубахъ.

Правда, какъ я уже выше упомянулъ, и здѣсь имѣются сторонники только одной излюбленной причины. Krause, напр.,

положительно отрицаетъ вліяніе зубовъ на эмпіемы. Scheff считаетъ, что только болѣзни зубовъ могутъ вызвать эмпіему Гайморовой полости, заболѣваніямъ же носа онъ не придаетъ никакого значенія. Hajek въ 13 случаяхъ изъ 200 леченныхъ имъ эмпіемъ Гайморовой полости могъ съ положительностью установить причинную связь между заболѣваніемъ зубовъ и гайморитомъ. Въ сомнѣніи, онъ полагаетъ, что и во многихъ другихъ случаяхъ была та же причина заболѣванія, но только, что ко времени его изслѣдованія явленія воспаления альвеолярнаго отростка настолько стихли, что не поддавались опредѣленію. Сторонниками вліянія зубовъ на заболѣваемость Гайморовой пазухи являются: Killian, Magitot, Scheff, Heryng, Smiegelow, Luc. Такія же указанія мы находимъ въ работахъ B. Fraenkel'a, Baginsk'аго, Krieg'a, Schuetz'a. Въ доказательство своего мнѣнія Killian приводитъ то, что во всѣхъ леченныхъ имъ случаяхъ эмпіемъ Гайморовой полости имѣлся налицо каріозный процессъ перваго или втораго коренного зуба, послѣ удаленія зуба имѣлось часто сообщеніе съ Гайморовой полостью, гной же выдѣлявшійся изъ Гайморовой полости имѣлъ тотъ же запахъ, какъ гной при пораженіи костнаго мозга, зависящемъ отъ зубовъ. Magitot описываетъ случаи гнойнаго гайморита, возникшаго вслѣдствіе разрыва зубной кисты. Scheff разбираетъ случаи гайморитовъ зубного происхожденія очень подробно и выясняетъ всѣ тѣ особенности въ состояніи зубовъ, которыя могутъ повести къ эмпіемѣ. То же мы встрѣчаемъ у Repp'a. Smiegelow изъ 23 случаевъ въ 13-ти причиннымъ моментомъ считаетъ заболѣваніе зубовъ. Krieg описалъ 24 случая эмпіемы Гайморовой полости; изъ нихъ во всѣхъ почти случаяхъ причиной развившагося страданія были зубы.

Я беру лишь часть работъ, указывающихъ на связь между страданіемъ зубовъ и Гайморовой полостью. Я считаю лишнимъ перечислять работы и имена всѣхъ авторовъ, высказывавшихся за эту связь,—достаточно лишь указать, что это мнѣніе не является пустымъ звукомъ, а имѣетъ за собой многихъ сторонниковъ, подтверждающихъ его во всеоружіи своего клиническаго опыта.

Не меньше имѣется указаній и на то, что эмпіемы Гайморовой полости могутъ возникать на почвѣ носовыхъ страданій.

Работы Moreau, Schiffers, Goodwile, Zarniko служатъ тому лучшимъ подтвержденіемъ. Наконецъ, какъ на это указываетъ Chiari, подобная возможность вытекаетъ изъ аналогій съ другими пазухами, въ которыхъ тоже наблюдаются эмпіемы, хотя, по своему положенію, онѣ не имѣютъ никакого отношенія къ зубамъ. Наиболее разработаннымъ вопросомъ распространенія носовыхъ страданій на Гайморову пазуху мы находимъ у Zuckerkandl'a. Причиной возникновенія гайморитовъ онъ считаетъ катарральное воспаление слизистой оболочки носа, приписывая значительную роль закрытію foraminis maxillaris при набухлости слизистой. Измѣненіе вентиляции пазухи, по мнѣнію автора, уже одно въ состояніи вызвать патологическій процессъ въ слизистой оболочкѣ. Къ этому слѣдуетъ еще присоединить и то обстоятельство, что, въ случаѣ закрытія foraminis maxillaris, часть воздуха въ полости можетъ резорбироваться, и тогда въ ней создается отрицательное давленіе, подъ вліяніемъ котораго начнется усиленное выдѣленіе слизи; послѣдняя, скопясь въ полости и здѣсь разлагаясь, можетъ вызвать воспалительный процессъ въ слизистой пазухи. Подобное же объясненіе встрѣчается и у Wernher'a. Но, конечно, объясненіе это является крайне искусственнымъ. Правильнѣе взгляды Jeanty, предполагающаго, что воспалительный процессъ изъ носу легко можетъ распространяться на слизистую пазухи по тому уже одному, что послѣдняя составляетъ непосредственное продолженіе слизистой носа, и, слѣдовательно, инфекция слизистой оболочки носовой полости можетъ распространиться и на слизистую пазухи. Конечно, такой переходъ является наиболѣе вѣроятнымъ и вполне отвѣчаетъ установившимся взглядамъ на происхожденіе гнойнаго процесса. Что касается пораженій полости вслѣдствіе распространенія со слизистой носа какаго нибудь специфическаго процесса, то объ этомъ я уже говорилъ при разборѣ инфекціонныхъ заболѣваній, лежащихъ въ основѣ гайморитовъ. Наконецъ, среди причинъ носового происхожденія гайморитовъ упоминаютъ еще объ ozaena и слизистыхъ полипахъ. Я не стану останавливаться на разборѣ этихъ причинъ, такъ какъ не имѣю въ этомъ отношеніи собственнаго опыта, все же полагаю, что стремленіе авторовъ считать ozaen'u и полипы слѣдствіемъ, а не причиной гайморитовъ, имѣетъ за собой данныя большей вѣроятности.

Чтобы закончить обзоръ этиологіи гайморитовъ, я перейду къ изложенію своихъ личныхъ взглядовъ. На первомъ мѣстѣ считаю нужнымъ отмѣтить, что такъ же, какъ и другіе авторы, я вполне признаю возможность возникновенія гайморитовъ на почвѣ заболѣваній носа. Но, знакомясь съ литературой, я вынесъ убѣжденіе, что поскольку носовой причинѣ авторами отводится первое мѣсто, по стольку зубная причина игнорируется. Между тѣмъ мои наблюденія поселяютъ во мнѣ глубокое убѣжденіе, что причиной эмпіемъ Гайморовой полости зубы бываютъ гораздо чаще, чѣмъ это принято думать. Прежде всего въ пользу носовой причины приводится простота, съ которой объясняется возникновеніе гнойныхъ процессовъ въ Гайморовой полости путемъ непосредственнаго распространенія ихъ со слизистой носа. Такое же распространеніе со стороны зубовъ считается болѣе труднымъ. Между тѣмъ, если принять во вниманіе анатомическія отношенія зубныхъ альвеолъ и Гайморовой полости, то можно видѣть, что условія для распространенія патологическихъ процессовъ по протяженію на Гайморову полость со стороны зубныхъ альвеолъ вполне аналогичны тѣмъ, которыя приняты для носа. Zuckerkandl, напр., говоритъ, что анатомическая близость носовой и Гайморовой полости представляетъ прекрасныя условія для распространенія процессовъ съ носовой на Гайморову полость; слизистая послѣдней представляетъ собою непосредственное продолженіе слизистой носа; сосудистыя системы обѣихъ полостей находятся между собой въ такой тѣсной связи, что на ничтожнѣйшее страданіе одной изъ нихъ другая уже реагируетъ гипереміей. Но тѣ же анатомическія условія имѣются и между зубными альвеолами и Гайморовой. Та же сосудистая и нервная связь, то же близкое непосредственное соприкосновеніе. Для иллюстраціи этого я позволю себѣ сослаться на рисунокъ моего препарата (рис. 7). На немъ можно видѣть, что костная пластинка, отдѣляющая Гайморову полость отъ верхнихъ отдѣловъ полости альвеолъ 1-го и 2-го большого коренного, совершенно тонка, не толще бумаги. На другомъ препаратѣ (рис. 8) видны въ видѣ холмиковъ возвышенія, отвѣчающія верхушкамъ корней этихъ зубовъ, и даже одинъ изъ корней почти свободно проглядываетъ въ полость; очевидно, отдѣлявшая его отъ Гайморовой полости костная пластинка была настолько тонка, что при мацерациі отдѣлилась. Если принять во вниманіе эти осо-

бенности, то мы прямо даже можемъ сказать, что кость, образующая дно Гайморовой полости для нѣкоторыхъ зубовъ является частью ихъ альвеолы, ибо своды альвеолъ этихъ зубовъ суть въ то же время участки дна Гайморовой полости. На рисунокѣ это выступаетъ съ полною ясностью. Можно сказать, что эти взаимоотношенія имѣются не всегда,—это, конечно, вѣрно,—но они имѣются въ значительномъ количествѣ случаевъ и всѣ распили Гайморовой полости, сдѣланные мною, давали всякій разъ почти такую же картину. Я не имѣю возможности помѣстить всѣхъ рисунковъ своихъ препаратовъ и помѣщаю лишь наиболѣе типическіе. При томъ же это возраженіе еще и потому не имѣетъ большой силы, что вѣдь и гаймориты не всегда же развиваются на почвѣ зубныхъ заболѣваній, да и не это я стремлюсь доказать. Я желаю лишь показать, что частое возникновеніе гайморитовъ на почвѣ зубныхъ заболѣваній вполне возможно.

Какъ доказательство такой возможности, я привелъ анатомическія взаимоотношенія. Я указалъ, что своды нѣкоторыхъ альвеолъ являются для Гайморовой полости ея дномъ, частью ея стѣнокъ. Посмотримъ теперь, какъ распространяется патологическій процессъ. Намъ приходится здѣсь считаться съ обыденнымъ теченіемъ осложненій гангрены мякоти. Выше я уже говорилъ по этому поводу и отмѣтилъ, что только гангрена мякоти можетъ вести къ появленію воспалительнаго процесса въ окружающихъ зубъ тканяхъ,—того процесса, который извѣстенъ подъ именемъ періодонтита или періостита зуба и челюсти, и который на самомъ дѣлѣ всегда представляетъ собою остеомиѣлитъ альвеолярнаго отростка и челюсти (см. Baume. Руководство къ изученію болѣзней зубовъ. Звѣржховскій. Классификація періоститовъ и остеомиѣлитовъ челюстей). Процессъ этотъ начинается всегда у верхушки корня зуба, такъ какъ находящееся здѣсь верхушечное отверстіе представляетъ тѣ ворота, черезъ которыя микроорганизмы, содержащіеся въ омертвѣвшей мякоти, проникаютъ за предѣлы зуба. Начинается воспалительный процессъ періодонтита и костнаго мозга той части альвеолы, которая непосредственно прилегаетъ къ верхушкѣ корня, т. е. свода альвеолы и ея стѣнокъ. Но для нѣкоторыхъ зубовъ (2-го малаго коренного, 1-го и 2-го большого коренного) этотъ сводъ альвеолы есть въ то же время стѣнка Гайморовой полости; слѣдовательно, разъ только возни-

каетъ такъ называемый періоститъ одного изъ этихъ зубовъ, то этимъ самымъ создается возможность заболѣванія Гайморовой полости, ибо воспаленіе костнаго мозга альвеолы, которое всегда сопровождаетъ собою періоститъ зуба, захватываетъ и стѣнку Гайморовой полости, такъ какъ она участвуетъ въ образованіи свода альвеолы. Разъ же мы имѣемъ дѣло съ остеомиэлитомъ дна Гайморовой полости, то, конечно, онъ ведетъ и къ воспаленію ея внутренняго періоста и слизистой. Мы имѣемъ дѣло съ совершенно такимъ же распространеніемъ воспалительнаго процесса по протяженію, какъ и въ полости носа, лишь тамъ связующимъ звеномъ является слизистая, ибо она одна и та же для обѣихъ полостей, здѣсь связующимъ звеномъ является костная стѣнка Гайморовой полости, ибо она и для альвеолы и для Гайморовой полости общая. На возникновеніе эмпіемъ Гайморовой полости на почвѣ зубныхъ заболѣваній я не смотрю, какъ на результатъ вскрытія зубнаго абсцесса въ Гайморову полость, какъ это предполагаютъ нѣкоторые авторы; принимая во вниманіе сопротивляемость слизистой, это допустить трудно; наоборотъ, на заболѣванія Гайморовой полости на почвѣ патологическихъ процессовъ, протекающихъ въ зубахъ, я смотрю, какъ на распространеніе процесса по протяженію и въ пользу этого имѣю возможность привести анатомическія данныя.

Итакъ, слѣдовательно, потому, что мною сказано, для возникновенія эмпіемы Гайморовой полости на почвѣ зубныхъ заболѣваній нужно предшествующее воспаленіе костнаго мозга альвеолы. Въ тѣхъ благопріятныхъ случаяхъ, гдѣ мы воочию такое воспаленіе наблюдаемъ, связь между этими двумя заболѣваніями клинически выступаетъ вполне ясно.

Но, съ другой стороны, изслѣдователю, желающему прослѣдить эту связь на каждомъ больномъ, придется встрѣтиться съ большими затрудненіями. Здѣсь надо принять во вниманіе цѣлый рядъ особенностей въ теченіе воспалительныхъ процессовъ въ кости челюсти. Остеомиэлитъ альвеолярнаго отростка (по установившейся номенклатурѣ — періоститъ зуба или челюсти) представляетъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ процессъ, протекающій очень легко. Нѣкоторая (иногда и сильная) боль зуба, чувствительность его къ давленію и постукиванію, небольшая припухлость, появляющаяся въ области альвеолярнаго отростка, затѣмъ образованіе

абсцесса и прорывъ его на десну, — все это явленія, которыя протекаютъ въ теченіи нѣсколькихъ дней и заканчиваются вполне благополучно. Анатомическія особенности зубныхъ альвеол вполне благопріятствуютъ этому теченію. Скопившемуся при воспаленіи костнаго мозга альвеолярнаго отростка гною обезпеченъ легкій выходъ наружу, благодаря очень незначительной толщинѣ кости; со вскрытіемъ же абсцесса въ ротъ и выходомъ гноя наружу, создаются хорошія условія для прекращенія воспалительнаго процесса въ кости. И, дѣйствительно, въ кости процессъ совершенно приостанавливается. При изслѣдованіи не получается никакихъ данныхъ для заключенія о бывшемъ воспаленіи. Но бывший воспалительный процессъ вовлекъ въ страданіе слизистую Гайморовой полости, и, хотя въ кости все затихло, гнойное воспаленіе Гайморовой полости можетъ продолжаться и дать въ результатъ эмпіему ея. Такъ какъ вначалѣ эмпіема можетъ не обратить на себя совершенно вниманія больного, то и попадаетъ она подъ врачебное наблюденіе лишь тогда, когда не только объективныя данныя, но и анамнезъ не даетъ ничего для заключенія о бывшемъ воспаленіи костнаго мозга альвеолярнаго отростка, ибо больные такъ называемому флюсу не придаютъ никакого значенія и рѣдко сохраняютъ о немъ воспоминаніе. Трудность установленія связи между заболѣваніемъ зуба и эмпіемой Гайморовой полости и зиждется именно на этихъ особенностяхъ.

Въ нашемъ распоряженіи имѣется лишь одинъ неизмѣнный объективный признакъ — это гангрена мякоти. Разъ мы знаемъ, что остеомиэлитъ альвеолярнаго отростка, который можетъ повести къ возникновенію эмпіемы Гайморовой полости, развивается лишь какъ послѣдствіе гангрены мякоти, то въ случаяхъ, гдѣ никакихъ данныхъ для заключенія о бывшемъ остеомиэлитѣ не имѣется, мы можемъ остановиться на данныхъ, которыя не исключали бы его возможности въ прошломъ; такими данными является наличность гангрены мякоти зуба.

Если я обращусь къ своимъ случаямъ (см. исторіи болѣзней), то вижу, что всякій разъ при эмпіемѣ Гайморовой полости я встрѣчался съ гангреней мякоти 1-го большого коренного, 2-го малаго коренного и иногда 2-го большого коренного зуба. При наличности же совершенно здоровыхъ зубовъ (см. случаи № XXIX, XLVIII, LIX, XCIII), несмотря на то, что всякій разъ имѣ-

лись данные для заподозрѣнія гайморита, послѣдняго при трепанціи не оказывалось. Эмпіема была налицо лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣлось то или другое заболѣваніе зуба.

Я долженъ тутъ пояснить, что къ разряду благоприятныхъ для вывода моихъ заключеній случаевъ я отношу и тѣ, когда одинъ изъ близко расположенныхъ къ Гайморовой полости зубовъ будетъ запломбированъ, такъ какъ и подъ пломбой можетъ образоваться гангрена мякоти. При пломбированіи могутъ быть сдѣланы какія либо упущенія въ дѣлѣ экскавированія размягченнаго дентина, слой каріозной ткани можетъ быть оставленъ подъ пломбой, и мало по малу подъ послѣдней разовьется гангрена мякоти (см. случаи № LXXXIX, XCI, XCVI, LI).

Тотъ же процессъ можетъ развиваться подъ золотой коронкой (см. случай № XCII), наконецъ, разъ зубъ отсутствуетъ или имѣются лишь раздѣлившіеся его корни, влияние его на состояніе Гайморовой полости тоже не можетъ быть исключено по той простой причинѣ, что въ корневыхъ каналахъ такихъ раздѣлившихся корней всегда содержатся гангренозные массы; что же касается отсутствія зуба (конечно, одного изъ тѣхъ, которые имѣютъ близкое къ Гайморовой полости отношеніе), то это обстоятельство, если только рубецъ альвеолярнаго отростка свидѣтельствуетъ о произведенномъ его удаленіи, тоже не лишено *нѣкотораго* значенія, ибо, при существующемъ направленіи въ зубоврачеваніи, удаленію подвергаются лишь исключительно зубы, пораженные гангреной мякоти.

Мнѣ могутъ сказать, что подобныя объясненія являются искусственными, что, включая въ число доказательныхъ случаевъ и случаи съ отсутствіемъ зуба, я дѣлаю объясненіе натянутымъ.

Но я повторяю, что я не стремлюсь доказать, будто всѣ гаймориты происходятъ на почвѣ зубныхъ заболѣваній; я желаю лишь отмѣтить фактъ, что они могутъ часто возникать на этой почвѣ и что существующіе по этому поводу взгляды страдаютъ односторонностью, приписывая зубнымъ заболѣваніямъ очень малое значеніе. Въ пользу такого своего стремленія я привожу анатомическія данныя и наблюденія надъ больными. Въ послѣднихъ, въ виду особенностей, которыя я выяснилъ, я не могу представить неопровержимыхъ фактовъ непосредственной связи между заболѣваніемъ зуба и Гайморовой полости у каждаго больного, но зато

изъ нихъ я почерпаю данныя, что ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ влияние зубныхъ заболѣваній не могло быть совершенно отвергнуто. Наоборотъ же въ тѣхъ случаяхъ, когда зубы были вполне здоровы, эмпіемы не оказывалось. Это даетъ мнѣ право высказать положеніе, что зубнымъ заболѣваніямъ въ этиологию Гайморитовъ должно быть отведено большее мѣсто, чѣмъ они занимали до сихъ поръ, точнымъ же наблюденіемъ надъ тѣмъ, имѣлась ли въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ гангрена мякоти, вопросъ этотъ можетъ быть болѣе подвинутъ, чѣмъ постоянно встрѣчающейся у авторовъ отмѣткой лишь того обстоятельства, были ли зубы каріозны.

Второй причиной, которая можетъ обусловить гнойный гайморитъ зубного происхожденія, является альвеолярная пиоррея, при этомъ своеобразномъ заболѣваніи тоже мы имѣемъ дѣло съ гнойнымъ процессомъ, захватывающимъ періостъ и костный мозгъ альвеолы, т. е. имѣемъ опять условія, благоприятныя для распространенія заболѣванія на Гайморову полость, разъ только этимъ процессомъ поражена будетъ область зубовъ, имѣющихъ близкое къ Гайморовой полости отношеніе. Это подтверждаютъ мои случаи № XLII, LXIX.

Остается мнѣ еще упомянуть о травмахъ, которыя могутъ вести къ возникновенію эмпіемы Гайморовой полости. Я не стану касаться такихъ случаевъ, какъ описанный *Langenbeckom*, гдѣ перерѣзка *nervi infraorbitalis* вызвала эмпіему. Этотъ случай совершенно темный по своей этиологіи. Я имѣю въ виду, главнымъ образомъ, случаи непосредственнаго раненія стѣнокъ Гайморовой полости, при которыхъ она вскрывается и дѣлается доступной внѣшней инфекціи. На первомъ мѣстѣ здѣсь должны быть поставлены экстракціи зубовъ. При экстракціи перваго большого коренного или второго малаго коренного зуба, отдѣленныхъ отъ дна Гайморовой полости (см. анатомію) часто совершенно тонкой костной пластинкой, можетъ произойти переломъ послѣдней, при чемъ Гайморова полость вскроется, и, спустя уже нѣсколько дней, въ ней, подъ влияніемъ инфекции со стороны полости рта разовьется гнойное воспаленіе. Это подтверждается моими случаями № XXII, XXXV, XLII, XLIV, LIV, LXI, LXVII, LXXXV, XCIX. Къ счастью, такая инфекція наступаетъ не всегда, между тѣмъ, несомнѣнно, Гайморова полость при экстракціи упомяну-

тыхъ зубовъ вскрывается чаще, чѣмъ мы объ этомъ думаемъ. Иногда это сказывается кровотеченіемъ изъ соотвѣтствующей ноздри (см. мои случаи № XXXV, XLIX) и тогда, при принятіи мѣропріятій для защиты Гайморовой полости отъ возможной инфекціи, рана заживаетъ безъ осложнений. Иногда же вскрытіе полости не сказывается никакими явленіями, и сообщеніе между полостью рта и Гайморовой обнаруживается лишь тогда, когда разовьются явленія гайморита.

Другія, кромѣ экстракціи, непосредственныя травмы Гайморовой полости встрѣчаются гораздо рѣже. Достойны вниманія случаи *Bayer'a*, *Roëla*. Въ первомъ изъ нихъ гнойное воспаленіе развилось вслѣдствіе многократнаго раненія въ щеку, во второмъ оно было обусловлено раненіемъ полости жестянымъ осколкомъ, попавшимъ въ полость. Осколокъ получился отъ разрыва капсулы фейерверка.

На ряду съ этимъ слѣдуетъ еще поставить попаданіе въ Гайморову полость постороннихъ тѣлъ. Это тоже можетъ случиться при экстракціи, когда корень зуба случайно можетъ быть протолкнутъ въ Гайморову полость. Обыкновенно явленіе это должно повести къ гнойному процессу. Такой случай и я наблюдалъ, (случай № LIV) но онъ кончился, вопреки всякимъ ожиданіямъ, вполне благополучно. Затѣмъ роль такихъ инородныхъ тѣлъ могутъ играть прорѣзавшіеся въ Гайморову полость зубы, какъ это доказывается случаемъ *Speitzer'a*, гдѣ долгое время не проходили явленія гайморита, пока, наконецъ, авторъ не удалилъ черезъ расширенное отверстіе изъ Гайморовой полости коронки молочнаго зуба, свободно лежавшей въ полости; иногда въ случаяхъ хроническихъ, леченныхъ эмпіемъ Гайморовой полости въ послѣднюю могутъ попадать дренажныя трубки (см. мой случай № LXXVII), которыя и поддерживаютъ нагноеніе. Такую же роль могутъ играть марлевые турунды (см. случай № IX), да и вообще инородныя тѣла, попадающія въ Гайморову полость, могутъ быть самаго разнообразнаго свойства и въ литературѣ описаны случаи попаданія въ Гайморову полость то чрезъ альвеолярный отростокъ, то путемъ непосредственной травмы, а то и черезъ носовое отверстіе такихъ предметовъ, какъ: камни, ламинаріи, зубочистки, наѣкомые и глисты. Я не стану подробно приводить этихъ литературныхъ указаній, такъ какъ большаго значенія они не имѣютъ.

Резюмируя, такимъ образомъ, все сказанное объ этиологическомъ эмпіемъ Гайморовой полости, я считаю удобнымъ подраздѣлить причины Гайморитовъ на:

1) Причины общаго характера: инфекціонныя заболѣванія.

2) Причины мѣстнаго характера:

а) имѣющія свои источники въ патологическихъ процессахъ носовой полости;

б) имѣющія свои источники въ патологическихъ процессахъ зубовъ: а) гангрена мякоти зуба и всѣ ея осложненія в) альвеолярная піоррея.

в) травмы и инородныя тѣла.

Патологическая анатомія.

Какъ нормальная анатомія Гайморовой полости, такъ и ея патологическая анатомія впервые хорошо разработана Zuckerkandl'емъ. Отчасти эта заслуга принадлежит и Weichselbaum'у. Наконецъ, этого же вопроса касались въ своихъ работахъ Дмоховскій, E. Fränkel и Harke. Всѣ другія описанія патолого-анатомическихъ измѣненій по большей части не представляютъ оригинальнаго труда, а лишь повтореніе работъ упомянутыхъ авторовъ. Wertheim даетъ своей работой нѣкоторыя указанія скорѣе на связь Гайморитовъ съ другими находимыми на вскрытіи патологическими процессами, чѣмъ подробное описаніе патолого-анатомическихъ измѣненій въ самой Гайморовой пазухѣ. Я лично не имѣю совершеннаго опыта въ этомъ направленіи, приношу этотъ отдѣлъ лишь для того, чтобы не пострадала полнота изложенія вопроса объ эмпіемахъ Гайморовой полости; въ виду этого я не стану вдаваться въ подробности, и постараюсь лишь набросать общую картину патологическихъ измѣненій при эмпіемѣ Гайморовой полости, какъ она представляется на основаніи имѣющихся изслѣдованій.

Всѣ авторы согласно дѣлятъ воспалительные процессы слизистой оболочки Гайморовой полости на катарральные—острые и хроническіе,—гнойные—тоже острые и хроническіе и дифтеритическіе. Последнихъ мы не будемъ касаться, такъ какъ на практикѣ они встрѣчаются очень рѣдко и даже въ большомъ матеріалѣ Zuckerkandl'a и Дмоховскаго представлены единичными случаями. Непосредственное отношеніе къ задачамъ нашей работы имѣютъ катарральныя и гнойныя воспаленія, а равно тѣ осложненія, которыя слѣдуютъ за ними.

При остромъ катарральномъ воспаленіи слизистой Гайморовой полости, по Zuckerkandl'ю, послѣдняя представляется ин-

тенсивно покраснѣвшей, мѣстами на ней видны кровоизліянія, при чемъ то здѣсь, то тамъ инъецированные участки чередуются съ блѣдными, давая впечатлѣніе пятнистости. Экссудатъ въ этомъ періодѣ совершенно отсутствуетъ, или находится лишь въ небольшомъ количествѣ. Онъ появляется лишь послѣ того, какъ гиперемія продержится ужъ нѣкоторое время; слизистая въ этотъ періодъ уже нѣсколько припухла, разрыхлена, мѣстами на ней видны кисты съ желтоватымъ, сѣроватымъ или бѣлымъ содержимымъ. Последнее измѣненіе оспариваетъ Дмоховскій. Присутствіе кистъ онъ не считаетъ свойственнымъ этому періоду. Для того, чтобы образовалась киста необходимъ сложный процессъ закупорки или суженія железнстаго протока и накопленія содержимаго, почему авторъ и сомнѣвается, чтобы онъ могъ произойти въ такой сравнительно короткій промежутокъ времени, какой, обыкновенно, занимаютъ острые катарральныя воспаленія. Картина рисуемыхъ Дмоховскимъ измѣненій при остромъ катарральномъ процессѣ сводится къ слѣдующему: „Слизистая оболочка прежде всего гипереміруется и до извѣстной степени набухаетъ, resp. пропитывается серозною жидкостью. Выдѣленіе слизи значительно увеличивается, къ слизи примѣшивается серозный выпотъ и морфологическіе элементы. При микроскопическомъ изслѣдованіи замѣчается незначительная инфильтрація лейкоцитами, преимущественно же верхнихъ слоевъ слизистой оболочки. Эпителий остается безъ измѣненій. Волокна соединительной ткани разъединяются, благодаря накопляющейся между ними серозной жидкости. Само собою разумѣется, здѣсь могутъ происходить различныя колебанія въ интенсивности гипереміи, въ величинѣ припуханія и инфильтраціи бѣлыми тѣльцами крови; однако, такъ или иначе, острый катарръ характеризуется только этими измѣненіями“. Данныя E. Fränkel'a Zarniko мало чѣмъ отличаются отъ изложенныхъ. По общимъ законамъ, острое катарральное воспаленіе или можетъ пройти совершенно, при чемъ получается полное *restitutio ad integrum*, или перейти въ хроническую форму.

Хроническое катарральное воспаленіе, по Zuckerkandl'ю, разнится главнымъ образомъ тѣмъ, что экссудатъ при немъ появляется въ глубокихъ слояхъ оболочки, выстилающей Гайморову полость. Результатомъ этого можетъ явиться столь значительное припуханіе слизистой оболочки, что она становится въ 10—15 разъ

толще нормального: въ такихъ случаяхъ свободныя поверхности противоположащихъ частей прямо могутъ соприкасаться другъ съ другомъ. Полость значительно суживается, содержитъ, кромѣ воздуха, нѣкоторое количество слизисто-серозной жидкости, железы мѣстами кистообразно перерождены. Дмоховскій различаетъ двѣ формы хроническаго катаррального воспаления слизистой оболочки Гайморовой полости—одну, характеризующуюся отекомъ слизистой оболочки и довольно обильнымъ, жидкимъ выдѣленіемъ, другую—называемую имъ продуктивной, гиперпластической формой хроническаго катарра—характеризующуюся сильнымъ разращеніемъ слизистой оболочки, рубцевымъ ея перерожденіемъ, со скуднымъ, густымъ выдѣленіемъ. Картина первой изъ этихъ формъ мало чѣмъ разнится отъ описанной Zuckerkandl'емъ. Дмоховскій находитъ при ней тѣ же измѣненія слизистой оболочки. Она набухла, при раненіи изъ нея вытекаетъ серозная, мутноватая жидкость. „Эпителий во всѣхъ подобныхъ случаяхъ обыкновенно сохраняется, только кое-гдѣ, особенно въ нижнихъ частяхъ полости, онъ слущенъ. Соединительно-тканые пучки разъединены, вслѣдствіе чего образуется родъ сѣтки, промежутки которой выполнены серозною жидкостью и лейкоцитами“. Эксудатъ, появляющійся въ полости, состоитъ почти исключительно изъ слизи и серозной жидкости съ примѣсью эпителиальныхъ клѣтокъ и незначительнаго количества гноинныхъ тѣлецъ. Дмоховскій полагаетъ, что вѣроятно всего эта форма переходитъ въ гиперпластическую. Последняя характеризуется прежде всего тѣмъ, что при ней слизистая оболочка утолщается, разрастается, становится блѣдною, твердой, сама же ея поверхность остается гладкой и никогда не изъязвляется. Утолщенія слизистой оболочки могутъ достигать значительныхъ размѣровъ, ведя къ рѣзкому уменьшенію полости. Эпителий по большей части сохраняется хорошо. Соединительная ткань повсюду находится въ состояніи сильнаго рубцоваго перерожденія. Воспалительная инфильтрація слизистой оболочки, вообще, весьма незначительна. Эксудата въ полости мало, онъ встрѣчается въ видѣ небольшого количества густой, мутной слизи. Эта вторая форма, описанная Дмоховскимъ, по мнѣнію автора, можетъ вести въ однихъ случаяхъ къ переходу процесса на надкостницу и костныя стѣнки съ послѣдующимъ образованіемъ остеомъ, которыя, совмѣстно съ разрастающейся слизистой обо-

лочкой, могутъ выполнять полость и повести къ уменьшенію ея просвѣта. Въ другихъ случаяхъ, въ скопившейся въ полости эксудатъ тѣмъ или инымъ путемъ попадаютъ болѣзнетворныя микроорганизмы, и подъ влияніемъ послѣднихъ процессъ пріобрѣтаетъ уже гнойный характеръ. Этотъ исходъ хроническаго катаррального процесса въ эмпию Гайморовой полости авторъ считаетъ самымъ частымъ. На ряду съ этимъ онъ описываетъ и тѣ осложненія, которыя могутъ развиваться при хроническомъ катаррѣ слизистой оболочки Гайморовой полости. Последнія, по автору, сводятся къ образованію кистъ, полиповъ, остеомъ или *hydropis inflammatorii*.

Кисты Гайморовой полости отмѣчены въ работахъ многихъ авторовъ. О нихъ мы встрѣчаемъ указанія въ работахъ Giraldes, Luschka, Virchow, Heyman'a. Всѣ объясняютъ образованіе ихъ закупоркой железистыхъ протоковъ, которая, конечно, такъ легко можетъ произойти при хроническомъ воспаленіи слизистой Гайморовой полости, вслѣдствіе разрастанія вокругъ протоковъ соединительной ткани и стягиванія ея. Кисты, по большей части, бывають незначительной величины, часто онѣ встрѣчаются въ большомъ количествѣ, рѣже одиночныя. Большая часть кистъ выстлана мерцательнымъ эпителиемъ. Содержимое кистъ представляетъ собою мутную тягучую жидкость, въ которой нѣтъ почти морфологическихъ элементовъ. Такія кисты далеко не всегда безразличны для Гайморовой полости. Изслѣдованія Wernher'a Virchow'a, Дмоховскаго показываютъ, что онѣ могутъ служить источникомъ болѣе серьезныхъ заболѣваній. Кисты съ жидкимъ содержимымъ, разрастаясь, могутъ выполнять всю Гайморову полость и даже истончать ея стѣнки; въ содержимое ихъ могутъ попадать микроорганизмы, благодаря которымъ оно дѣлается гнойнымъ, и, при разрывахъ кисты, попадая въ полость, вызываетъ всѣ виды воспаления ея слизистой оболочки.

Полипы Гайморовой полости представляютъ сравнительно рѣдкое осложненіе. Luschka, Zuckerkandl на большомъ патологоанатомическомъ матеріалѣ находили ихъ лишь въ единичныхъ случаяхъ; такъ Luschka на 60 вскрытій нашелъ ихъ 5 разъ, Zuckerkandl на 300 вскрытій—6 разъ. Minkiewicz и Baginski видѣли полипы значительныхъ размѣровъ. Такъ Minkiewicz описываетъ удаленный имъ полипъ, величиною достигшій ку-

ринаго яйца. Baginski наблюдалъ случай полипа, проросшаго изъ Гайморовой полости черезъ *foramen maxillare* въ полость носа, при томъ настолько увеличившагося, что даже попытки протолкнуть его обратно въ полость не увѣнчивались успѣхомъ. Подобный же случай встрѣчается у Hajek'a. Наконецъ, сравнительно часто наблюдалъ полипы Гайморовой пол. Neumann, на 250 вскрытій обнаружившій ихъ въ 14 случаяхъ. Дмоховскій, однако, разбирающій эту работу, указываетъ, что въ дѣйствительности Neumann имѣлъ дѣло съ полипами въ двухъ лишь случаяхъ, во всѣхъ остальныхъ онъ принималъ за полипы разращенія соединительной ткани, кисты, врожденные складки и т. п. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ полипы являются результатомъ продолжительнаго воспаления; чаще всего они висятъ на тонкой ножкѣ, иногда на болѣе широкомъ основаніи. По своему микроскопическому строенію они ничѣмъ почти не разнятся отъ полиповъ носовой полости. Состоятъ они изъ рыхлой соединительной ткани, снаружи покрыты мерцательнымъ эпителиемъ. Мнѣ лично, при вскрытіи Гайморовой полости черезъ *fossa canina*, пришлось тоже видѣть въ случаѣ № LX одиночные полипы, находившіеся въ полости, размѣромъ не превышавшіе величины крупной горошины. Слѣдуетъ, однако, упомянуть, что за полипы иногда принимаются мостики и перекладины, являющіеся результатомъ сращеній обращенныхъ другъ къ другу поверхностей слизистой оболочки, которыя, при значительномъ набуханіи ея, вслѣдствіе хроническаго катаррального процесса, могутъ вплотную прилегать другъ къ другу. Если, съ теченіемъ времени, такая оболочка приходитъ въ норму и спадается, то мѣста сращеній между отдѣльными участками могутъ натягиваться въ видѣ мостиковъ и перекладинъ (Дмоховскій).

Образованія костнаго характера, называемыя то остеофитами, то остеомами, по мнѣнію авторовъ, появляются въ Гайморовой полости тоже, какъ результатъ воспалительнаго процесса, но только захватывающаго болѣе глубокіе слои выстилающей полость оболочки, именно тѣ, которымъ приписываютъ роль періоста. Подобнаго рода воспалительный процессъ можетъ повести къ образованію періостальныхъ утолщеній стѣнокъ, процессу вполне обычному. По Zuckerkandl'у и Дмоховскому, наиболѣе подробно изслѣдовавшимъ вопросъ, образованія эти, кромѣ такого равномернаго утолщенія стѣнокъ, представляются иной разъ въ видѣ узловатыхъ утолщеній и отростковъ

на внутренней поверхности стѣнокъ полости. Иногда онѣ представляются въ видѣ небольшихъ костныхъ бляшекъ въ надкостницѣ, то соединенныхъ костными перекладинами съ костью, то лежащихъ въ ней совершенно свободно.

Какъ на послѣдствіе и осложненіе хроническаго катарра слизистой оболочки Гайморовой полости, Дмоховскій указываетъ на возможность образованія *hydropis inflammatorii*—водянки полости, подъ которой онъ понимаетъ скопленіе въ полости свободной серозной жидкости, мало по малу своимъ давленіемъ расширяющей полость. Относительно этого процесса въ литературныхъ источникахъ имѣется значительное разногласіе. Одни, какъ Giraldés, Wirchow, Werner полагаютъ, что всякій разъ, въ подобныхъ случаяхъ, имѣется дѣло съ кистой, вырастающей изъ слизистой оболочки; серозная же жидкость есть ничто иное, какъ содержимое замкнутой кисты. Однако, значительное количество вскрытій, произведенныхъ Zuckerkandl'емъ, Дмоховскимъ и др. показываетъ противное. Этимъ авторамъ ни разу не удалось найти кисты, которая выполняла бы всю полость. Наконецъ, случай, приводимый Дмоховскимъ, и его разсужденіе вполне выясняютъ этотъ вопросъ. Въ случаѣ Дмоховскаго „отверстіе, сообщающее полость носа съ Гайморовой пазухой, было закрыто, вся пазуха представлялась сильно расширенною и была выполнена серозною жидкостью съ небольшою примѣсью фибрина. Слизистая оболочка была сильно утолщена и во многихъ мѣстахъ лишена эпителия; костныя стѣнки представлялись тонкими, какъ бумага. На то, что мы здѣсь имѣли дѣло со слизистой оболочкой пазухи, а не съ кистой, указываетъ находимый вездѣ эпителий, а затѣмъ и вырастающая изъ верхняго угла киста, покрытая снаружи рѣсничнымъ эпителиемъ. Такая картина говоритъ только въ пользу моего предположенія, именно—возможности существованія *hydrops inflammatorius antri Highmori*“. Происхожденіе этого процесса Дмоховскій объясняетъ такимъ образомъ: „Вѣроятно всего процессъ начинается катарральнымъ воспаленіемъ слизистой оболочки Гайморовой пазухи или полости носа. Въ данномъ случаѣ все равно могло быть и гнойное и специфическое воспаленіе слизистой носа; достаточно знать, что послѣдствіемъ происшедшихъ тутъ измѣненій было зарощеніе *foraminis maxillaris*. Воспалительный процессъ въ носовой полости могъ затѣмъ разрѣшиться, не оставивъ послѣ себя никакихъ слѣ-

довъ, въ Гайморовой же пазухѣ процессъ не могъ такъ легко притихнуть. Содержимое, не находя себѣ свободнаго оттока и постепенно накопляясь, поддерживало своимъ присутствіемъ воспаленіе и eo ipso все въ большемъ количествѣ собиралось въ полости. Въмѣстѣ съ накопленіемъ жидкости начались въ слизистой оболочкѣ измѣненія, зависящія отъ давленія, и регрессивныя метаморфозы самого выдѣленія. Такъ, слизистая оболочка, подъ вліяніемъ давленія, лишилась эпитеція, сдѣлалась болѣе плотной, волокнистой и, такимъ образомъ, всосаніе эксудата значительно затруднилось. Такъ какъ железки атрофировались, — слюзи не могла уже вырабатываться, мѣсто же прежде накопившейся слизи замѣнила серозная жидкость. Морфологическіе элементы, встрѣчаемые въ эксудатѣ при катарральномъ воспаленіи, подвергались прежде всего ожирѣнію съ послѣдующимъ распадомъ, такъ что въ серозномъ содержимомъ остался только фибринъ, какъ доказательство существующаго еще воспаленія. Въ послѣдствіи исчезли бы и слѣды фибрина и осталась бы лишь серозная жидкость“.

Гнойныя воспаленія слизистой Гайморовой полости, носящія обыденно названіе эмпіемъ, тоже подраздѣляются на острые и хроническія. При остромъ гнойномъ воспаленіи слизистая припухаетъ, хотя, замѣчаетъ Zuckerkandl, такой значительной припухлости, какъ при остромъ катарральномъ воспаленіи, тутъ не бываетъ. На поверхности покраснѣвшей оболочки замѣтны мѣстами кровоизліянія, покрыта она густымъ гноемъ, котораго большее или меньшее количество скопляется въ полости. Въ общемъ, какъ у Zuckerkandl'a, такъ и у другихъ авторовъ описаніе патологоанатомическихъ измѣненій при эмпіемахъ Гайморовой полости мало обстоятельно. Единственно хорошимъ описаніемъ можно считать много уже мною цитированную работу Дмоховскаго. По Дмоховскому, при острой эмпіемѣ слизистая оболочка набухаетъ, утолщается и сильно гипереміруется. Гиперемія болѣе или менѣе равномерная, мѣстами попадаются кровоизліянія. Эпителий нѣсколько инфильтрируется, до сущенія его, однако, дѣло почти не доходитъ. Волокна соединительной ткани, благодаря пропитыванію ея жидкостью, разъединены, она имѣетъ видъ сѣти, промежутки которой выполнены серозной жидкостью съ примѣсью лейкоцитовъ, а мѣстами даже крови. Наиболѣе инфильтрированъ подѣпителиальный слой, въ глубокихъ слояхъ инфильтрація меньше, или даже ея

совсѣмъ нѣтъ. Много лейкоцитовъ вокругъ железокъ. Сосуды расширены и наполнены кровью. Въ пазухѣ находится въ большемъ или меньшемъ количествѣ густой гной, содержащій микроорганизмы. Дмоховскій сомнѣвается, дабы острые эмпіемы могли разрѣшаться безъ врачебнаго вмѣшательства. Этому, однако, противорѣчатъ мнѣнія клиницистовъ и къ этому вопросу мы еще вернемся въ дальнѣйшемъ. Не предполагая поэтому возможнымъ наступленія *restitutionis ad integrum*, Дмоховскій полагаетъ, что острые эмпіемы могутъ давать двоякаго рода исходы: или при распространеніи процесса на кость вести къ ея омертвѣнію съ послѣдующимъ образованіемъ абсцессовъ и фистулъ, т. е. вести къ остеомиэлиту челюсти, или переходить въ хроническую форму. Первый изъ этихъ исходовъ, нужно, однако, сказать, встрѣчается въ клиникѣ очень рѣдко.

Хроническая эмпіема Гайморовой полости характеризуется явлениями, очень схожими съ тѣми, которыя находятъ при хроническомъ катарральномъ воспаленіи. По Дмоховскому, „слизистая оболочка набухаетъ, сначала разрастается, соединительная ткань становится богаче ядрами, но послѣднія мало по малу исчезаютъ, а ихъ мѣсто занимаетъ рубцовая ткань. Эпителий чаще сохраняется, но иногда, особенно въ болѣе старыхъ случаяхъ, онъ слущенъ. Рубцово-перерожденная соединительная ткань обыкновенно слабо инфильтрирована: инфильтрація замѣчается, главнымъ образомъ, въ подѣпителиальной ткани, и по сосѣдству слизистыхъ железъ“. Въ дальнѣйшемъ процессъ можетъ захватывать железы и надкостницу и вести къ тѣмъ же измѣненіямъ, которыя описаны нами, какъ осложненія хроническаго катарральнаго воспаленія. Эксудатъ, находящійся въ полости, разъ имѣетъ чисто гнойный характеръ, другой разъ въ немъ замѣтна значительная примѣсь слизи. Въ виду этого, Дмоховскій полагаетъ, что встрѣчаемыя хроническія эмпіемы Гайморовой полости представляютъ собою то исходъ остраго гнойнаго воспаленія, въ тѣхъ случаяхъ, когда содержимое полости будетъ чисто гнойнымъ, то — въ тѣхъ случаяхъ, когда содержимое слизисто-гнойное — исходъ хроническаго катарральнаго процесса, при которомъ, благодаря вѣдренію микроорганизмовъ, содержимое приобрѣло слизисто-гнойный характеръ. Правда, въ клиникѣ установить это различіе почти невозможно, тамъ и случаямъ съ гнойнымъ содержимымъ, и слу-

чаямъ со слизисто-гнойнымъ содержимымъ дается одно общее названіе эмпіемъ, при чемъ вопросъ о томъ, исходъ какого процесса онъ представляютъ, лишень для клинициста практическаго интереса.

Чтобы закончить патологическую анатомію, мнѣ остается сказать еще нѣсколько словъ о дифтеритическомъ воспаленіи Гайморовой полости. Последнее наблюдалось Weichselbaum'омъ, Zuckerkandl'емъ, Дмоховскимъ. Оно не входитъ въ кругъ моей задачи, почему я и ограничусь лишь указаніемъ, что при немъ слизистая сильно гиперемирруется, она суха, усѣяна кровоизліяніями. Во многихъ мѣстахъ на слизистой находятся бѣложелтыя дифтеритическія пленки. Zuckerkandl отрицаетъ возможность образованія пленокъ. Въ общемъ, процессъ протекаетъ также, какъ и въ другихъ мѣстахъ организма. Наичаще кончается онъ гнойнымъ воспаленіемъ полости, т. е. эмпіемой.

Кромѣ описанныхъ мною формъ воспаленія оболочки Гайморовой пазухи, встрѣчаемыхъ у всѣхъ авторовъ, я нашелъ описаніе еще одной формы у I. De Croës. Подраздѣляя Гаймориты на катарральные и гнойные, авторъ вводитъ одну еще форму—фунгозную „sinusite funguesue“. Форму эту авторъ наблюдалъ на живомъ: при изслѣдованіи зондомъ Гайморовой полости больного, авторъ получилъ ощущеніе, какъ будто вся слизистая оболочка была усѣяна массою возвышеній различной величины. Правда, самъ авторъ, предлагая выдѣленіе этой формы, считаетъ, что его наблюденія недостаточны, и что такія патологическія разраженія ткани могутъ собою представлять и исходъ гнойнаго Гайморита.

Симптомы и теченіе.

По теченію эмпіемы Гайморовой полости раздѣляютъ на острую и хроническія. Въ то время, какъ по поводу хроническихъ эмпіемъ скопилась громадная литература, объ острыхъ мы имѣемъ сравнительно небольшое количество сообщеній. Уже это одно говоритъ за то, что острая эмпіема гораздо рѣже подпадаетъ подъ врачебное наблюденіе. Объ этомъ свидѣлствуютъ всѣ авторы. Точно также и я въ своемъ матеріалѣ имѣлъ почти исключительно дѣло съ хроническими случаями.

Картина теченія и симптомовъ острой эмпіемы представлена очень обстоятельно въ работахъ Avellis, Wróblewska'го. До этихъ авторовъ единичные случаи находимъ въ сообщеніяхъ Spitzer'a, Krieg'a, Denison'a, Pedley. Указанія на отдѣльные случаи, точно не систематизированные, находятся у Hajek'a. Наконецъ, довольно подробно этотъ процессъ описанъ G. Killian'омъ въ Handbuch der Laryngologie und Rhinologie Heymann'a.

По даннымъ Avellis'a, (въ работѣ котораго мы находимъ первое обстоятельное описаніе острой эмпіемы Гайморовой полости), послѣдняя представляетъ собою страданіе не рѣдкое; по теченію она даетъ какъ легкіе, такъ и тяжелые случаи. Въ легкиихъ случаяхъ характерными симптомами являются: чувство болѣзненнаго давленія и напряженія въ глубинѣ верхней челюсти, сопровождающееся гнойнымъ, а иногда и кровянистымъ истеченіемъ; при надавливаніи, кашль, а равно и натуживаніи, какъ напр. во время испражнений, боли усиливаются. Отдѣленіе не прекращается и ночью. Часто къ этимъ симптомамъ присоединяется отекая припухлость щекъ и вѣкъ. Отечныя части иногда имѣютъ темно красный цвѣтъ. Непріятный запахъ часто отсутствуетъ, хотя послѣднее наблюдается не всегда. При тяжелыхъ формахъ къ

перечисленнымъ симптомамъ присоединяется еще значительная лихорадка, апатія, свѣтобоязнь, упадокъ силъ, тошнота, рвота, пониженіе мыслительной способности и значительное увеличеніе отдѣляемаго. Совершенно тѣ же симптомы приводятся и Wroblewsk'имъ; онъ замѣчаетъ лишь, что ему не удалось наблюдать ни разу отеочной припухлости мягкихъ частей, о которой упоминаетъ Avellis. Killian нѣсколько подробнѣе останавливается на отдѣльныхъ симптомахъ, характеризующихъ острую эмпиему. Лихорадка, по его мнѣнію, появляется лишь спустя нѣсколько дней послѣ того, какъ страданіе сказалось уже мѣстными симптомами. Состояніе самочувствія гораздо хуже, чѣмъ это бываетъ обыкновенно при соотвѣтственномъ повышеніи температуры, зависящемъ отъ какой нибудь другой причины. Болевья ощущенія появляются очень рано; вначалѣ они могутъ быть опредѣлены, какъ чувство давленія, которое, однако, скоро принимаетъ характеръ сильной сверлящей боли. Боли часто иррадируютъ въ сосѣднія области. Какъ и Avellis, Killian замѣчаетъ, что боли увеличиваются при всѣхъ движеніяхъ тѣла. Иногда боли локализируются въ зубахъ, зубы становятся чувствительными при жеваніи и даютъ ощущеніе, будто они стали длиннѣе. Пациентъ иногда думаетъ, что у него обыкновенныя зубныя боли. Носъ заложенъ, часто имѣется рѣзко выраженное ощущеніе сухости; обоняніе на больной сторонѣ иногда понижено, иногда, наоборотъ, повышено. Глаза слезятся, имѣется свѣтобоязнь, а иногда и боли въ области глаза. Опухоль мягкихъ частей сопровождается нерѣдко острую эмпиему, выражаясь явленіями, описанными Avellis'омъ. Формирующійся въ полости эксудатъ можетъ съ самаго начала понемногу выдѣляться черезъ носъ; въ большинствѣ же случаевъ въ теченіи нѣсколькихъ дней, пока нарастаютъ непріятныя субъективныя ощущенія, выдѣленій нѣтъ и только вдругъ, при сморканіи или давленіи, изъ носу сразу выдѣляется значительное количество эксудата. Вскорѣ послѣ такого выдѣленія больной начинаетъ чувствовать значительное улучшеніе, явленія отека и припухания мягкихъ частей проходятъ, пока опять не перестанетъ выдѣляться эксудатъ и не начнутъ нарастать тѣ же явленія, вплоть до новаго опорожненія.

Изъ своихъ случаевъ я одинъ только могу считать острой эмпиемой. Это случай № С. Здѣсь у больного эмпиема развилась

послѣ экстракціи перваго большого коренного зуба на правой сторонѣ. На другой уже день появились сильныя боли во всей правой половинѣ лица. Температура была повышена; пульсъ ускоренъ. На правой сторонѣ имѣлась нѣкоторая припухлость мягкихъ частей щеки и отекъ нижняго вѣка. Красноты не было. Больной жаловался и на появившееся изъ правой ноздри гнойное выдѣленіе съ нѣкоторымъ непріятнымъ запахомъ. Просвѣчиваніе дало полное затемнѣніе на правой сторонѣ. Зондированіе альвеолы на мѣстѣ удаленнаго зуба не обнаружило сообщенія Гайморовой полости съ полостью рта. Я хотѣлъ было уже произвести трепанацию Гайморовой полости, какъ въ слѣдующее посѣщеніе больного убѣдился, что явленія у него въ значительной степени стихли, въ виду чего я рѣшилъ придерживаться выжидательнаго метода. Спустя 5 недѣль, больной, леченный симптоматически, совершенно выздоровѣлъ. Такимъ образомъ, въ этомъ случаѣ я имѣлъ возможность подтвердить наблюденія авторовъ относительно сопровождающихъ острую эмпиему явленій. Данный случай, равно какъ и случай *) № ХСІХ, въ то же время убѣдилъ меня, что острые эмпиемы могутъ проходить самопроизвольно, безъ врачебнаго вмѣшательства. Совершенно то же указаніе мы имѣемъ и въ литературныхъ источникахъ. Avellis, Wroblewski, Killian, Wertheim, Hajek и мн. др. всѣ согласны на томъ, что острые эмпиемы излечиваются самопроизвольно. Такимъ образомъ, онѣ представляютъ собою процессъ, протекающій сравнительно благопріятно и кончающійся наступленіемъ restitutionis ad integrum. Приблизительно выздоровленіе происходитъ спустя 3—6 недѣль послѣ заболѣванія. Нужно однако прибавить, что по свидѣтельству авторовъ, какъ Avellis, Wertheim'a, эти эмпиемы имѣютъ значительную склонность къ рецидивамъ, появляющимся отъ всякой пустячной причины, какъ напр., насморка, инфлюенцы и т. п. По мнѣнію Avellis'a, выздоровленіе наступаетъ не всегда. Изъ 10 случаевъ, приведенныхъ имъ въ первой работѣ, одинъ перешелъ въ хроническій стадій. Въ двухъ слѣдующихъ своихъ работахъ Avellis даже старается выяснитъ причины такого извращеннаго теченія, представляя вниманію читателей случаи острыхъ эмпиемъ, съ исходомъ въ творожистое перерожденіе гноя или слу-

*) По теченію своему этотъ случай напоминаетъ хроническій, такъ какъ развился безъ ясно выраженныхъ явленій, характеризующихъ острую эмпиему.

чай, гдѣ изъязвленіе слизистой оболочки вело къ поражению самой кости. Zuckerkandl отмѣчаетъ, что задержка въ полости отдѣляемаго, обусловленная припуханіемъ слизистой въ *for. maxill.*, также можетъ повести къ переходу въ хроническую форму. Все-таки эти случаи единичные, большинство же острыхъ эмпиевъ проходитъ самопроизвольно. Невольно это наводитъ на мысль, что встрѣчаемая въ практикѣ въ большомъ количествѣ хроническія эмпиемы представляютъ собою не всегда исходъ острыхъ. Въ моей казуистикѣ имѣются случаи (№ XXII, XXXV, XLII, XLIV, LVI, LXVIII), гдѣ возникновеніе эмпиемы происходило почти на моихъ глазахъ. Эмпиемы появлялись послѣ экстракции зуба и представляли собою совершенно свѣжія, только что начавшіяся заболѣванія. Тѣмъ не менѣе ни въ одномъ изъ нихъ мы не имѣли дѣла съ процессомъ, который характеризовался бы хоть однимъ изъ симптомовъ острой эмпиемы. Ни повышения температуры, ни скольконибудь замѣтной опухоли, ни рѣзко выраженныхъ болевыхъ ощущений не было. Наоборотъ, процессъ развивался совершенно исподволь, и сразу приобрѣталъ типъ теченія, характернаго для хронической эмпиемы. Выдѣленія были не такъ значительны, гной сразу уже приобрѣталъ нѣкоторый запахъ, былъ густой, общее состояніе больныхъ страдало мало. Получалось впечатлѣніе, какъ будто съ самаго начала процессъ приобрѣталъ хроническое теченіе, заставляя думать, что нѣкоторыя эмпиемы сразу возникаютъ хронически. Я еще болѣе стойко сталъ придерживаться этого взгляда, когда нашелъ ему подтвержденіе и въ наблюденіяхъ другихъ авторовъ. Для иллюстраціи этого я позволю себѣ сослаться на мнѣніе Wertheima, который говоритъ: „если съ одной стороны принять во вниманіе, что хроническія эмпиемы несравненно чаще бываютъ, чѣмъ острыя; съ другой стороны, что никогда не замѣчается перехода острой въ хроническую, то невозможно не заключить, что многіе хроническіе процессы уже спервоначалу были хроническими—„первично хроническими“.

Хроническія эмпиемы представляютъ собою заболѣванія, вокругъ которыхъ сосредоточивается громадный практическій интересъ; онѣ, главнымъ образомъ, составляютъ предметъ леченія, при нихъ больнымъ приходится прибѣгать къ врачебной помощи. Я остановлюсь сначала на симптомахъ, характеризующихъ хроническую эмпиему Гайморовой полости. Последніе можно раздѣлить на субъективные симптомы или жалобы больныхъ и объективные симптомы.

Какъ тѣ, такъ и другіе я буду излагать на основаніи собственныхъ наблюденій, какъ они сложились у меня подъ впечатлѣніемъ случаевъ, прошедшихъ черезъ мои руки; (исторіи болѣзней помѣщены въ концѣ книги); къ литературнымъ источникамъ по поводу симптомовъ эмпиемы Гайморовой полости я позволю себѣ прибѣгать лишь по столько, по сколько эти послѣдніе подтверждаютъ или стоятъ въ несогласіи съ моими наблюденіями. Наконецъ, описаніе отдѣльныхъ симптомовъ, въ отношеніи которыхъ у меня нѣтъ собственного опыта, мнѣ приходится излагать на основаніи литературныхъ данныхъ, что и отмѣчено въ самомъ текстѣ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные совершенно не замѣчаютъ своего страданія и послѣднее открывается лишь при врачебномъ изслѣдованіи по какому либо другому поводу. Свидѣтельствомъ тому могутъ служить мои случаи—№ VI, XX. Конечно, при разспросѣ въ такихъ случаяхъ выясняется наличность тѣхъ, или другихъ ненормальныхъ ощущений, бывшихъ у больныхъ, но, очевидно, онѣ были столь ничтожны, что сами по себѣ не вызвали у нихъ даже стремленія искать врачебной помощи. По преимуществу, это бываетъ лишь у больныхъ нетребовательныхъ и мало-внимательныхъ къ себѣ.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ заболѣваніе сказывается довольно рѣзкими явленіями, вызывающими со стороны больныхъ цѣлый рядъ жалобъ. На первомъ мѣстѣ изъ нихъ должна быть поставлена жалоба на постоянныя выдѣленія изъ носу. Эта жалоба повторялась во всѣхъ случаяхъ, прошедшихъ черезъ мое наблюденіе. Повидимому, однако, выдѣленія не во всѣхъ случаяхъ одинаковы. Въ то время, какъ одни больные жалуются на выдѣленіе гноя изъ носу, вполне сознательно отмѣчая именно *гнойный* характеръ выдѣленій, другіе на характеръ выдѣленія обращаютъ мало вниманія. Они прямо опредѣляютъ свое состояніе выраженіемъ, что они страдаютъ хроническимъ насморкомъ. Последнее есть именно самая частая формулировка жалобъ больныхъ. Относительно количества выдѣленій показанія больныхъ крайне разнообразны. Въ то время, какъ одни указываютъ на значительную обильность выдѣленій, другіе мало жалуются на обиліе. Примѣромъ перваго можетъ служить мой случай № XVI. Здѣсь очень рѣзко сказывалось именно значительное количество выдѣленій. Последніе даже вызвали ипохондрическое настроеніе больного. Они мѣшали

ему въ работѣ, отвлекая постоянно вниманіе больного къ состоянію его носа. Примѣромъ тоже значительныхъ выдѣленій могутъ служить случаи № XIII, XXXIII, XXXVIII, XLVI, XLVIII, LVII. Нерѣдко больные обращаютъ вниманіе на то, что выдѣленія особенно обильны по утрамъ, въ теченіе дня количество ихъ все болѣе и болѣе уменьшается, пока, наконецъ, вечеромъ не станетъ минимальнымъ.

Въ другихъ случаяхъ главное вниманіе больныхъ привлекаетъ присущій выдѣленіямъ противный запахъ, составляющій центр тяжести ихъ жалобъ (см. случаи № IV, XXVI, LXXIV). Этотъ запахъ одними больными ощущается совершенно сознательно, другими мало, и о немъ они судятъ со словъ окружающихъ (см. случаи № VI, VIII, XX). Какъ и количество выдѣленій, запахъ часто является для больныхъ очень тревожнымъ симптомомъ. Разъ онъ вызываетъ въ ихъ умѣ представленіе о „гниеніи кости“, другой по одному тому, что пребываніе въ обществѣ часто дѣлается для нихъ невозможнымъ, онъ доводитъ ихъ до мрачнаго настроенія.

Третьей характерной особенностью выдѣленій является ихъ односторонность. Подъ наблюденіе очень рѣдко попадаютъ случаи одновременнаго заболѣванія обѣихъ пазухъ. Такъ мнѣ не встрѣтилось ни одного подобнаго случая. Въ виду этого вполне понятнымъ становится, что больные всегда жалуются на односторонній насморкъ или насморкъ изъ одной ноздри.

Нерѣдко больные отмѣчаютъ сравнительно свѣтлые промежутки въ своихъ страданіяхъ. Они указываютъ, что въ теченіи, иногда значительнаго, промежутка времени, продолжающагося недѣли и мѣсяцы, выдѣленія измѣняютъ свой характеръ. Онѣ дѣлаются болѣе жидкими, выдѣляются въ меньшемъ количествѣ, и не имѣютъ столь противнаго запаха. Такія измѣненія больные часто связываютъ или съ хорошимъ временемъ года (напр. лѣтомъ), или переѣздомъ въ мѣстность съ лучшими климатическими условіями. Не смотря, однако, на измѣненія въ характерѣ выдѣленій, онѣ не прекращаются совершенно, а лишь временно уменьшаются, пока при какомъ либо случаѣ не возобновятся снова въ прежнемъ количествѣ. Очевидно, эти свѣтлые промежутки есть ничто иное, какъ періодъ, когда выдѣленія принимаютъ болѣе слизистый характеръ.

Најек описываетъ, что у нѣкоторыхъ больныхъ совсѣмъ не бываетъ выдѣленій изъ носу. Всѣ ихъ жалобы сводятся на ненормальные симптомы со стороны глотки и гортани. Они отмѣчаютъ сухость глотки и отхаркиваніе по утрамъ большого или меньшаго количества слизи. Нѣкоторые его больные принуждены были даже ежедневно очищать пальцемъ носоглоточное пространство отъ скопившейся тамъ слизи, при чемъ приобрѣтали въ этой манипуляціи выдающійся навыкъ и ловкость. Я не могу вполне подтвердить заявленія Најек'а; дѣйствительно, и мои больные не разъ жаловались на необходимость усиленнаго откашливанія и отхаркиванія по утрамъ мокроты, скопившейся за ночь въ носоглоточномъ пространствѣ. Но на ряду съ этимъ днемъ у нихъ происходили выдѣленія изъ носу, и мнѣ не пришлось видѣть ни одной эмпиемы Гайморовой полости, при которой больной не жаловался бы на выдѣленія изъ носу. Что по утрамъ нѣкоторымъ больнымъ приходится отхаркивать мокроту, скопившуюся въ носоглоточномъ пространствѣ, это понятно, такъ какъ ночью, при лежаніи положеніи больного, выдѣленія затекаютъ туда и тамъ скопляются. Но какъ только съ утра больной приметъ вертикальное положеніе, выдѣленія, въ силу тяжести, должны стекать черезъ ноздри. Најекъ объясняетъ такую возможность, которую онъ описываетъ, тѣмъ обстоятельствомъ, что путь гною черезъ ноздри можетъ быть прегражденъ гипертрофіей средней раковины, слизистой оболочки средняго носового хода, а также находящимися въ носу полипами. Наконецъ, при нахожденіи *ostii accessorii*, расположенномъ обыкновенно болѣе глубоко, чѣмъ нормальное *ostium*, гною тоже обезпеченъ болѣе легкій стокъ назадъ. Во всякомъ случаѣ, по Најеку, при хронической эмпиемѣ Гайморовой полости, на ряду съ выдѣленіемъ черезъ носъ, всегда скопляется секретъ и въ носоглоточномъ пространствѣ, исключая лишь тѣ случаи, когда къ тому имѣется какое либо физическое препятствіе. Съ послѣднимъ положеніемъ и я, на основаніи своихъ наблюденій, согласенъ вполне; мнѣ лишь не приходилось встрѣчаться со случаями, гдѣ бы выдѣленіе черезъ ноздри совершенно отсутствовало, почему присутствіе выдѣленія изъ носу считаю обязательнымъ симптомомъ эмпиемы Гайморовой полости, хотя, конечно, полагаю, на основаніи чисто теоретическихъ соображеній. приводимыхъ Најек'омъ, по-

добные случаи отсутствія выдѣленія изъ носу возможными, но рѣдкими, при томъ непремѣнно сопровождающимися скопленіемъ выдѣленій въ носоглоточномъ пространствѣ.

Измѣненія въ количествѣ выдѣленій при различныхъ положеніяхъ головы занимаютъ среди субъективныхъ симптомовъ тоже важное мѣсто. Въ силу расположенія отверстія, ведущаго изъ Гайморовой полости въ полость носа (въ средній носовой ходъ), въ верхнемъ отдѣлѣ полости, черезъ него, очевидно, при вертикальномъ положеніи тѣла, выдѣляется лишь избытокъ содержимаго, т. е. въ томъ случаѣ, когда ниже лежащая часть полости вся выполнена экссудатомъ. Выдѣленіе это, очевидно, должно происходить исподволь, по мѣрѣ накопленія содержимаго. Но, если только больной перемѣнитъ свое положеніе, наклонить голову впередъ и внизъ, напримѣръ, при желаніи поднять что либо съ полу, условія для выдѣленія экссудата сразу рѣзко измѣняются. Содержимое пазухи по тяжести перемѣстится тогда въ верхніе ея отдѣлы, и, конечно, въ большемъ, чѣмъ обыкновенно, количествѣ выдѣлится въ средній носовой ходъ, а изъ послѣдняго черезъ ноздрю наружу. И, дѣйствительно, внимательные къ себѣ больные всегда отмѣчаютъ этотъ фактъ. Они прямо заявляютъ, что достаточно имъ наклониться, какъ изъ носу сейчасъ же потечетъ выдѣленіе. Подобный же эффектъ получается при лежаніи на здоровой сторонѣ. Въ силу все той же тяжести, содержимое пазухи при этомъ перемѣщается на внутреннюю стѣнку полости, въ которой и расположено ведущее въ носъ отверстіе. Часто больные сами указываютъ на эту особенность, иногда ее удается выяснитъ путемъ разспросовъ, иногда же больные прямо не обращаютъ вниманія на это явленіе, но стоитъ лишь имъ на него указать, какъ, спустя два, три дня послѣ этого, они, прослѣдивъ за собой, уже категорически утверждаютъ, что при лежаніи на здоровой сторонѣ, выдѣленія у нихъ усиливаются, хотя прежде они этого и не замѣчали.

Запахъ изъ носу, запахъ, присущій выдѣленіямъ, какъ я уже выше указалъ, составляетъ тоже нерѣдко жалобу больныхъ. Запахъ этотъ ощущается не всѣми больными. Одни, какъ, напр., мой случай № XXV, чувствуютъ его появляющимся отъ времени до времени, даже, какъ въ этомъ именно случаѣ, связываютъ его съ ощущеніемъ особаго какъ бы лопанья пузырька, т. е. выдѣленія

вонючаго газа подъ извѣстнымъ давленіемъ. Другіе не ощущаютъ его совершенно. Въ большинствѣ случаевъ запахъ ощущается періодически, появляется онъ, по заявленію больныхъ, вдругъ, безъ всякой видимой причины, и скоро же проходитъ. Запахъ обыкновенно довольно рѣзкій, опредѣляется больными, какъ запахъ разлагающихся массъ. Конечно, источникомъ этого запаха является застаивающееся и разлагающееся содержимое Гайморовой пазухи. Доказательствомъ этого служитъ и то обстоятельство, что, послѣ вскрытія и промыванія Гайморовой полости, при наличности эмпіемы, больные обыкновенно указываютъ, что тотъ запахъ, который имѣетъ выдѣлившійся гной, они всегда и ощущали до операціи. Запахъ изъ носу ощущается не только больными, но и окружающими. Въ этомъ я убѣдился на себѣ лично, такъ какъ обыкновенно, разговаривая съ Гайморитнымъ больнымъ, (уже на нѣкоторомъ разстояніи), я различалъ специфическій, противный запахъ. На это же обращали вниманіе мое и сами больные, жалующаясь, что близкіе къ нимъ люди замѣчали у нихъ дурной запахъ изъ носу. Наконецъ, въ 2—3 случаяхъ изъ находившихся подъ моимъ наблюденіемъ, этотъ запахъ былъ впервые замѣченъ мною при леченіи зубовъ и послужилъ причиной предпринятаго изслѣдованія, которое и выяснило наличность эмпіемы Гайморовой полости, совершенно не обращавшей на себя вниманія больного. Между тѣмъ въ литературѣ по этому поводу имѣются нѣсколько иныхъ указанія. Рерр говоритъ, что чаще запахъ ощущается самими больными, чѣмъ окружающими. Наяек не удивляется, что запахъ замѣтенъ для больныхъ и окружающихъ. Онъ удивляется тому обстоятельству, что иногда больные рѣзко ощущаютъ запахъ; окружающіе же ничего не замѣчаютъ. Рерр видитъ въ этомъ разницу между Озаеп'ой и Гайморитомъ; при первой, на оборотъ, запахъ замѣтенъ для окружающихъ и совсѣмъ почти не воспринимается самимъ больнымъ. Walb объясняетъ это обстоятельство тѣмъ, что при Гайморитѣ, благодаря гипертрофіямъ и разращеніямъ, пациентъ совсѣмъ не дышетъ больной стороной, такъ какъ тому имѣется механическое препятствіе. Наоборотъ, при Озаеп'ѣ, когда, въ силу атрофіи, носовая полость болѣе широка, воздухъ, проходя по ней, воспринимаетъ запахъ и, выходя изъ носу, распространяетъ его въ окружающей атмосферѣ; самими же больными, благодаря атрофіи обонятельныхъ приспособ-

соблений, запах не воспринимается. Некоторые авторы, как напр., Killian, видят в этом причину, почему прежде предпринималось лечение против так называемых „Kakosmie“ Hallucinationen des Geruchs“ и т. п., в которых причиной страдания считались нервные явления. Между тем, Hajek говорит, ощущение дурного запаха является нередко единственной жалобой больного, так как выделения сами по себе могут быть очень ничтожны. В тех случаях, когда больные сами не ощущают запаха, и когда у них, наряду с эмпиемой Гайморовой полости, имеется вообще понижение обонятельной способности, Hajek полагает, что причиной тому являются разражения и полипы, совершенно отделяющие regio olfactoria, почему и полагает, что потеря или уменьшение обоняния не является характерным симптомом Гайморита, а лишь следствием основного процесса, так как дыхание через нос в этих случаях может быть механически затруднено.

Таким образом, резюмируя все сказанное, следует прийти к заключению, что запах из носа при Гайморитах может ощущаться самим больным, в то время, когда окружающие его не воспринимают, что, по моим наблюдениям, бывает сравнительно реже, или он может восприниматься и самим больным и окружающими или, наконец, он может быть замечен для окружающих, совершенно ускользая от внимания больного.

В некоторой связи с присущим выделениям запахом стоят и другие неприятные субъективные ощущения у больных. К ним следует отнести: дурной вкус во рту, потерю аппетита, ненормальные явления со стороны желудочно-кишечного канала. Все эти явления легко объяснимы, как следствие затекания секрета в носоглоточное пространство, откуда он попадает в рот или желудочно-кишечный канал при проглатывании.

Еще одно субъективное явление со стороны носа сопровождает собою часто эмпиему Гайморовой полости. Это—ощущение закладывания носа, с жалобой на которое являются больные нередко. Причина его, очевидно, лежит все в тех же гипертрофиях и разражениях слизистой оболочки носовой полости, а также в набухлости слизистой под влиянием раздражения вытекающим из Гайморовой полости секретом. Часто сейчас же

после трепанации и промывания полости, ощущение это совершенно проходит, чем подтверждается предположение о значении в этом симптом воспалительной припухлости слизистой.

Частым субъективным симптомом при эмпиемах Гайморовой полости являются жалобы на боли. Но, к сожалению, этот симптом нередко слишком переоценивается. Мне не раз приходилось видеть больных, у которых заподозрена была эмпиема Гайморовой полости лишь на основании совершенно неясных указаний на боли в области лица и головы в то время, как все другие симптомы отсутствовали. В самом начале, говоря об этом симптоме, я считаю своим долгом отметить, что боли, локализованные в области верхней челюсти, составляют лишь второстепенный симптом эмпиемы Гайморовой полости, лишь тогда приобретающий значение, когда он сопровождается несомнительными признаками эмпиемы; сам по себе он ничего не говорит. Насколько при острой эмпиеме, как это я выше указал, эти боли составляют почти неотъемлемый симптом, настолько при хронической он не составляет обязательного явления. Я наблюдал очень много больных, заявлявших, что они не ощущают решительно никаких болей в области головы, в то время, как налицо имела вполне ясно выраженная хроническая эмпиема Гайморовой пазухи. В тех случаях, когда имело дело с болями, последние были в большинстве случаев крайне неопределенного характера: то они захватывали одну половину головы, то передавались по всей голове. Чаще всего, все-таки, эти боли определялись больными, как головные боли. Реже удавалось добиться более точной их локализации и тогда ответы больных касались области глаза, реже—выступающей части скулового отростка. Нельзя совершенно установить также наличия надглазничных или подглазничных болей. На основании всего своего материала я пришел к убеждению, что боли эти не имеют определенной локализации. Скорее всего они подходят под определение головных болей. Лишь ясно локализовались эти боли в области лба тогда, когда наряду с эмпиемой Гайморовой полости имела эмпиема лобной. Совершенно тоже указания я встретил и в литературе. Hajek, Rerр указывают, что при хронических эмпиемах боли то совершенно отсутствуют, то не имеют определенного характера. Лишь тогда он

выступают рѣзче, когда хроническая эмпиема обостряется. Ziem сравниваетъ ихъ съ мигренями. Hartmann находилъ въ нѣсколькихъ случаяхъ supra-orbital'ныя невралгіи. Тѣмъ не менѣе, какъ и я, большинство авторовъ согласно съ тѣмъ, что боли эти имѣютъ крайне индивидуальный характеръ.

Я перехожу къ объективнымъ симптомамъ. На первомъ мѣстѣ я желалъ бы высказаться по поводу давнишняго, „классическаго“ по мнѣнію авторовъ, симптома при эмпиемѣ Гайморовой полости, состоящаго въ раздвиганіи, распираніи костныхъ стѣнокъ пазухи въ стороны. Какъ много ни говорилось и ни писалось противъ этого симптома, онъ до сихъ поръ еще не оставленъ всеми. До сихъ поръ еще, при установленіи діагноза эмпиемы Гайморовой полости, съ нимъ считаются. Симптомъ этотъ имѣетъ свой источникъ въ глубокой старинѣ, когда способы распознаванія эмпиемъ Гайморовой пазухи были крайне примитивны и за эмпиему сходили чуть ли не всевозможныя заболѣванія Гайморовой полости. При нынѣшнихъ, болѣе точныхъ методахъ изслѣдованія, вполне опредѣлилось то положеніе, что при чистыхъ, неосложненныхъ эмпиемахъ, раздвиганіе и распираніе костныхъ стѣнокъ никогда не наблюдается. Впервые это было указано работой Ziem'a и даже раньше его König'омъ и съ тѣхъ поръ подтверждено всеми изслѣдователями. Hajek, напр., говоритъ: „нынѣ слѣдуетъ считать доказаннымъ, что эмпиема никогда не ведетъ къ выпячиванію костныхъ стѣнокъ Гайморовой полости, такъ что, когда мы видимъ распертыя снаружы стѣнки полости, мы можемъ думать обо всемъ, но только не объ эмпиемѣ Гайморовой пазухи. Мои наблюденія цѣликомъ подтверждаютъ это. Ни въ одномъ случаѣ эмпиемы я не видѣлъ выпячиванія стѣнокъ полости. Да это и теоретически невозможно; разъ полость имѣетъ отверстіе, которымъ она сообщается съ полостью носа, то, очевидно, никогда не можетъ возникнуть условій для раздвиганія и распиранія стѣнокъ, эксудату постоянно обезпеченъ выходъ наружу и онъ не можетъ скопиться въ такомъ избыткѣ, чтобы своимъ давленіемъ раздвинуть и истончить кости. Эти явленія могутъ получиться лишь въ томъ случаѣ, если находящемуся въ полости и нарастающему въ своемъ количествѣ содержимому выходъ наружу отрѣзанъ. Такъ должно быть, слѣдовательно, при кистахъ, такъ можетъ быть при описанномъ Дмоховскимъ hydrop. ant Highm inflamm., на-

конецъ, такія явленія могутъ получиться при новообразованіяхъ, разрастающихся въ полости, но при чистой эмпиемѣ онѣ не бываютъ никогда. Даже и въ томъ случаѣ, когда ostium maxill. заросло, и то кажется болѣе вѣроятнымъ, что подъ вліяніемъ давленія со стороны скопляющагося эксудата должны легче податься мягкія части, наконецъ мѣсто сращенія, чѣмъ костныя стѣнки. Вотъ почему въ этихъ случаяхъ Repp совершенно правильно предполагаетъ наличность, благодаря предшествовавшему процессу въ костномъ мозгу, измѣненій въ кости. При кистахъ или новообразованіяхъ физическія условія совершенно иныя, и растягиванье, утонченіе и раздвиганіе костныхъ стѣнокъ вполне возможно. Я не считалъ бы вопроса исчерпаннымъ, если бы не разсмотрѣлъ тѣхъ возможностей и явленій со стороны костей полости, которыя описаны авторами. Такъ, нѣкоторые авторы, на что имѣются указанія у Hajek'a, оставивъ требованіе значительнаго выпирания стѣнокъ полости для установки діагноза, говорятъ, что оно можетъ сказываться лишь нѣкоторой ассиметріей. Понятно, насколько подобное мнѣніе неосновательно. Ассиметрія лицевыхъ костей—явленіе очень частое у совершенно здоровыхъ людей. Что поэтому можетъ говорить ассиметрія? Вѣдь раздвиганіе костей полости, ведущее къ ихъ истонченію характеризуется очень опредѣленнымъ явленіемъ: при давленіи истонченныя стѣнки даютъ характерное ощущеніе пергаментнаго треска. Это послѣднее никогда не наблюдается при эмпиемѣ Гайморовой полости. Далѣе Hajek, напримѣръ, говоритъ, что, какъ послѣдствіе эмпиемы, можетъ наступать выпячиваніе неба, и что къ тому имѣются удобныя условія въ случаѣ образованія небной и альвеолярной бухты (см. анатомію). Въ обоихъ случаяхъ, которые онъ описываетъ, какъ примѣръ тому, имѣлась однако несомнѣнная наличность остеомиелита альвеолярнаго отростка съ локализацией сопровождающей его опухоли на небной поверхности. Это предположеніе проскальзываетъ даже въ словахъ Hajek'a. Въ обоихъ описанныхъ имъ случаяхъ, когда онъ вскрылъ припухшія части неба, оттуда выдѣлился гной, а затѣмъ спринцеваніемъ можно было установить сообщеніе между полостью абсцесса на небѣ и Гайморовой полостью. Не говоря уже о томъ, что какъ бы тонка, при существованіи небной бухты, кость ни была, все таки эксудату изъ Гайморовой полости легче пройти черезъ существующее отверстіе

въ носъ, чѣмъ вызвать выпячиваніе кости, здѣсь нужно принять во вниманіе то обстоятельство, что при остеоміэлитахъ альвеолярнаго отростка, захватывающихъ небныя его части, какъ это прекрасно, по опыту, извѣстно специалистамъ зубныхъ болѣзней, очень часто наступаетъ секвестрація кости. Играютъ ли здѣсь роль особыя условія питанія, въ которыя поставленъ этотъ участокъ верхнечелюстной кости, или какое либо другое обстоятельство, сказать трудно, но это несомнѣнный фактъ. Каждый специалистъ знаетъ, что разъ образуется такъ называемый небный абсцессъ, то часто за нимъ слѣдуетъ омертвѣніе кости и выдѣленіе ея наружу, вопреки тому, какъ это бываетъ при такъ называемомъ *parulis* т. е. остеоміелитѣ альвеолярнаго отростка, захватывающемъ щечныя его части, кончающемся обыкновенно совершенно благополучно и не вызывающемъ секвестраціи. Если это принять во вниманіе, то яснымъ станетъ, что *Нажек* причину принялъ за слѣдствіе. Онъ имѣлъ дѣло съ остеоміелитомъ, при которомъ гной проложилъ себѣ путь подъ надкостницу и слизистую оболочку, покрывающую небо. Вслѣдствіе остеоміелита произошла секвестрація кости, отдѣлявшей Гайморову полость, и, по вскрытіи абсцесса, *Нажек*, конечно, обнаружилъ сообщеніе съ Гайморовой полостью. Но только тутъ первичнымъ процессомъ было пораженіе кости, а вторичнымъ — пораженіе Гайморовой полости, а не наоборотъ, какъ думаетъ *Нажек*. Также точно можетъ быть объясненъ и случай *Chiari*, и подобные же случаи другихъ авторовъ.

Далѣе мнѣ остается сказать о выпячиваніи внутренней стѣнки Гайморовой полости, о возможности которой на основаніи чисто анатомическихъ данныхъ говоритъ *Zuckerkandl*. Дѣйствительно, если вспомнить устройство внутренней стѣнки Гайморовой полости, отдѣляющей ее отъ полости носа, которая, какъ я уже указалъ въ отдѣлѣ анатоміи, соотвѣтственно среднему ходу, почти сплошь состоитъ изъ мягкихъ частей, понятнымъ станетъ, что эти части могутъ выпячиваться при давленіи изнутри пазухи. Дѣйствительно это подтверждаютъ наблюденія *Hartmann'a*, *Zuckerkandl'a*, *Нажека*. *Hartmann* наблюдалъ такое выпячиваніе въ среднемъ носовомъ ходѣ, проходившее послѣ промыванія полости. *Zuckerkandl* видѣлъ это на трупѣ. *Нажек* тоже указываетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ наблюдалъ подобное выпячиваніе, походившее совершенно на опухоль въ

среднемъ носовомъ ходѣ. Но тутъ же *Нажек* оговаривается, что взаимоотношенія частей въ среднемъ носовомъ ходѣ до такой степени индивидуальны, что въ большинствѣ случаевъ трудно провести границу между нормальной выпуклостью стѣнки и патологическимъ выпячиваніемъ. Мнѣ не удалось наблюдать такого выпячиванія ни разу, но я не берусь утверждать, что его никогда не бываетъ и не считаю въ этомъ вопросѣ свои наблюденія рѣшающими. Тѣмъ не менѣе я полагаю, что все таки это выпячиваніе возможно лишь въ случаѣ, когда нормальный оттокъ содержимому Гайморовой полости затрудненъ. Это можетъ быть при закрытіи *ost. maxillaris*, благодаря ли воспалительному процессу или механическому закупориванію его расположенными тутъ полипами или гипертрофіями. Я полагаю, что въ этихъ случаяхъ единственно возможнымъ является такой исходъ и крайне мало вѣроятнымъ выпячиваніе неподатливыхъ костныхъ стѣнокъ. Еще меньшую вѣроятность можно придавать измѣненіямъ въ стѣнкахъ глазницы, которыя повели бы къ выпячиванію глаза. При чистой формѣ хронической эмпіемы онѣ никогда не наблюдаются, онѣ возможны лишь въ томъ случаѣ, когда вслѣдствіе распространенія гнойнаго процесса путемъ флегмита вспыхнетъ *retrobulbar'*ная флегмона, но сама она сопровождается столь бурными симптомами, что, конечно, при изслѣдованіи всецѣло обратитъ вниманіе на себя. Если же выпячиваніе глаза развивается исподволь, незамѣтно, безъ всякихъ сопровождающихъ его острыхъ явленій, то связать его съ эмпией нельзя. Всегда мы будемъ имѣть дѣло здѣсь съ новообразовательнымъ процессомъ, а если и съ воспалительнымъ, то во всякомъ случаѣ *sui generis*. Я не безъ цѣли привелъ въ своихъ случаяхъ два наблюденія, подтверждающія мое мнѣніе. Это случай № XLVII и случай LXV. Въ одномъ изъ нихъ мы имѣли дѣло съ выпячиваніемъ костныхъ стѣнокъ Гайморовой полости, въ другомъ съ *exophthalmus*. Въ первомъ причинною оказалось злокачественное новообразованіе, во второмъ гумма. Поэтому я считаю возможнымъ высказаться вполнѣ категорически, что, при чистой хронической эмпией Гайморовой полости, выпячиванія костныхъ стѣнокъ никогда не бываетъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ бываетъ лишь выпячиваніе внутренней стѣнки, гдѣ она, соотвѣтственно среднему носовому ходу, состоитъ по преимуществу изъ мягкихъ, легко поддающихся давленію, частей.

Вторым симптомомъ, тоже отмѣченнымъ старыми авторами, считалась припухлость и покраснѣніе мягкихъ частей щеки. Симптомъ этотъ, однако, имѣетъ значеніе лишь по отношенію къ острымъ эмпіемамъ, о чемъ я уже говорилъ выше. При хроническихъ эмпіемахъ, никакой замѣтной опухоли мягкихъ частей я не наблюдалъ. Въ иныхъ, однако, далеко не во всѣхъ случаяхъ, мнѣ удавалось прощупывать подъ *arcus zygomaticus* нѣкоторую инфильтрацію мягкихъ частей. Она ничтожна, ее удастся распознать лишь при намыканіи, покраснѣніи и болѣзненности она никогда не сопровождается. Въ литературѣ имѣются по этому поводу нѣсколько иныхъ указанія. Ritter наблюдалъ отежность мягкихъ частей при эмпіемѣ. Weinhold—ограниченную красноту. Подобное же указаніе мы находимъ у Moldenhauer'a. Ни въ одномъ, однако, изъ этихъ случаевъ, равно какъ и въ другихъ, описанныхъ авторами, не исключена возможность одновременнаго существованія остеомиелита челюсти. Прекрасно иллюстрируютъ этотъ вопросъ наблюденія Luc'a. Онъ говоритъ, что долго не могъ понять, на чемъ основаны мнѣнія старинныхъ авторовъ, что эмпіема сопровождается опухолью впереди верхней челюсти, съ краснотой, болѣзненностью, а иногда и самопроизвольнымъ вскрытіемъ наружу на мягкихъ частяхъ щеки. Онъ смотрѣлъ на описанія старыхъ авторовъ, какъ на взгляды, построенные теоретически, и переходящіе отъ автора къ автору безъ критической оцѣнки. И вотъ Luc'у пришлось встрѣтить два случая, на основаніи которыхъ онъ могъ заключить, что подобныя явленія въ дѣйствительности могли наблюдаться, лишь только онѣ были объяснены неправильно. Такъ какъ случаи эти прекрасно иллюстрируютъ затронутый вопросъ, то я и привожу одинъ изъ нихъ по Luc'у:

У 27-ми лѣтней швеи уже нѣсколько лѣтъ часто разбалывался каріозный верхній клыкъ правой стороны. 5 января 1889 г. дантистъ каутеризировалъ полость (?) названнаго зуба; вслѣдъ за этимъ обостреніе болей, которыя стали отдавать въ правую половину головы. 7 января появилась припухлость на мѣстѣ перехода кожи щеки на спинку носа и краснота конъюнктивы праваго глаза. 12-го января припухлость увеличилась и осложнилась отекомъ вѣкъ. Больная чувствуетъ стеканіе гноя въ горло. 14-го января извлеченіе каріознаго клыка и истеченіе гноя изъ его лу-

ночки. 23-го января авторъ, впервые увидавшій больную, констатировалъ: правую подглазничную область занимаетъ флюктуирующая припухлость; краснота кожи, покрывающей припухлость, указываетъ мѣсто, гдѣ должно произойти самопроизвольное вскрытіе нарыва. Дно луночки клыка оставалось перфорированнымъ и зондъ, введенный черезъ нее, попадалъ не въ *sinus maxillaris*, а въ гнойный поднадкостичный фокусъ. Зондомъ можно было свободно приподнять кожу щеки. Передняя риноскопія не дала никакихъ указаній, такъ какъ внутренняя стѣнка Гайморовой полости въ верхней своей части прилегала *ad septum*. Это и было вѣроятно, причиной стеканія гноя въ глотку. При электрическомъ просвѣчиваніи правый зрачекъ и правое нижнее вѣко оставались неосвѣщенными. На основаніи всего этого Luc ставитъ діагнозъ: поднадкостичный нарывъ впереди верхней челюсти зубного происхожденія, вскрывшійся позднѣе въ Гайморову полость. Что касается леченія, то Luc счелъ въ данномъ случаѣ особенно показаннымъ предложенный имъ методъ: широкое вскрытіе полости и затѣмъ дренированіе исключительно черезъ носъ; при этомъ нужно было еще обезпечить оттокъ гноя изъ поднадкостичнаго фокуса въ Гайморову полость. Такимъ образомъ, достигалась возможность провести леченіе, не нанося на лицѣ безобразящаго рубца. 28-го января операція подъ хлороформомъ; обычный разрѣзъ на мѣстѣ перехода слизистой съ десны на щеку. Отсепаровать верхніе края раны нужно было очень высоко кверху, для того, чтобы достигнуть гнойнаго поднадкостичнаго фокуса, который и былъ вполне опорожненъ черезъ разрѣзъ. Въ передней стѣнкѣ Гайморовой полости оказалась самопроизвольная перфорация, которую Luc значительно расширилъ помощью долота, молотка и костныхъ щипцовъ. На внутренней стѣнкѣ Гайморовой полости оказались фунгозные разраженія, несмотря на то, что первые признаки пораженія Гайморовой полости появились всего 16 дней назадъ. Выскабливаніе и каутеризація Гайморовой полости. Затѣмъ произведено иссѣченіе всей передней трети внутренней стѣнки ея, при чемъ была удалена и часть нижней раковины для того, чтобы обезпечить широкое сообщеніе между Гайморовой полостью и носомъ. Изъ носу полость тампонируется іодоформенной марлей. На рану слизистой рта положены швы. 31-го рана срослась. Полоски марли извлечены и полость промыта *sol. hydrogen. hyperoxydat.*

Промыванія продолжались весь февраль. Въ началѣ марта полное выздоровленіе.

Какъ это хорошо видно изъ этого примѣра, пораженіе полости было здѣсь явленіемъ вторичнымъ, первичнымъ же былъ остеомиѣлитъ челюсти. При неправильной оцѣнкѣ подобныхъ случаевъ, авторы и могутъ приходить къ заключенію, что эмпіема Гайморовой полости иногда сопровождается опухолью мягкихъ частей щеки, чего на самомъ дѣлѣ не бываетъ. Въ дополненіе я позволю себѣ еще сослаться на случай Lichvitz'a, гдѣ острый остеомиѣлитъ верхней челюсти симулировалъ эмпіему Гайморовой полости, при точномъ изслѣдованіи, однако, не оказавшюся. Что же касается случаевъ Hajek'a, въ которыхъ онъ на ряду съ хронической эмпіемой Гайморовой полости видѣлъ припуханіе и покраснѣніе щеки, то онъ и самъ связываетъ ихъ со внѣшними причинами: употребленіемъ алкоголя, табаку, физическимъ возбужденіемъ, и замѣчаетъ, что вслѣдъ за дѣйствовавшей причиной они проходили.

Объективно рѣдко удастся найти болѣзненность костей верхней челюсти при хронической эмпіемѣ. Иногда скуловое возвышеніе чувствительно къ давленію, иногда можно найти болѣзненные точки въ области мѣста выхода *nerv. infraorbitalis* или *supraorbitalis*. Въ громадномъ же большинствѣ случаевъ никакой чувствительности не обнаруживается, не говоря уже о томъ, что и въ положительныхъ случаяхъ эта чувствительность имѣетъ крайне неопредѣленный характеръ. Я полагаю, что этотъ симптомъ, въ виду его неопредѣленности, совсѣмъ долженъ былъ исключенъ изъ ряда явленій, характеризующихъ хроническую эмпіему Гайморовой полости.

Наибольшее количество данныхъ для заключенія о наличности эмпіемы даютъ объективные симптомы со стороны носа. Въ сущности лишь съ момента ихъ разработки сдѣлались возможными опредѣленія эмпіемъ въ цѣлой массѣ случаевъ, проходившихъ прежде безъ правильной оцѣнки. Въ зависимости отъ того, имѣемъ ли мы дѣло съ пораженіемъ одной лишь пазухи или обѣихъ, стоитъ картина находимыхъ въ носовой полости измѣненій. Какъ я уже говорилъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ встрѣчается лишь односторонняя эмпіема, почему и характеризующіе ее симптомы наблюдаются въ одной половинѣ носовой полости.

Само собою разумѣется, что при наличности двухсторонняго заболѣванія эти же симптомы будутъ наблюдаться въ обѣихъ половинахъ. Явленія сводятся обыкновенно къ нахожденію въ носовой полости (чаще на одной сторонѣ) большого или меньшаго количества гнойнаго или слизисто-гнойнаго выдѣленія. Последнее обыкновенно находится въ среднемъ носовомъ ходѣ. Консистенція гноя то жидкая, то болѣе густая, временами его можно замѣтить лишь въ видѣ полосъ, покрывающихъ слизистую оболочку. Если гной стереть ватой, и поднести ее къ носу, то можно ощутить зловонный запахъ. Послѣ стиранія гноя, обыкновенно, онъ, спустя очень непродолжительное время, вновь появляется на прежнемъ мѣстѣ, при этомъ обыкновенно удается замѣтить, что гнойная капля появляется подъ средней раковиной. Этотъ симптомъ, во всѣхъ почти случаяхъ, прошедшихъ черезъ мое наблюденіе, былъ выраженъ вполне ясно. Правда, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, количество гноя, находящагося въ среднемъ носовомъ ходѣ, бываетъ очень незначительно и можетъ быть замѣчено лишь при внимательномъ изслѣдованіи. Это, конечно, вполне понятно, такъ какъ изъ Гайморовой полости гной выдѣляется часто въ небольшомъ количествѣ, его отходитъ лишь избытокъ послѣ того, какъ полость выполнена имъ до уровня *ost. maxill.* Поэтому въ моментъ изслѣдованія гноя можетъ быть очень мало, или даже можетъ не быть совсѣмъ. Но достаточно тогда наклонить голову больного впередъ и внизъ, какъ гной, въ силу перемѣщенія экссудата, по тяжести, о чемъ я уже говорилъ, появится въ носовой полости. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гной совершенно незамѣтенъ при передней риноскопії. Объ этомъ я сужу по литературнымъ источникамъ, хотя, въ силу какого то совпаденія, мнѣ не пришлось наблюдать ни одного такого случая. Такъ Hajek говоритъ: „очень часто начинающими или недостаточно опытными специалистами носовое гноетеченіе совершенно просматривается, въ особенности, если гной стекаетъ кзади въ носоглоточное пространство, что является частымъ источникомъ ошибочныхъ диагнозовъ и неправильнаго леченія. Поэтому слѣдуетъ особенно отмѣтить то обстоятельство, что въ большомъ количествѣ случаевъ имѣется препятствіе для стока гноя кпереди. Лишь внимательное изслѣдованіе помощью задней риноскопії можетъ гарантировать отъ просмотра. Тотъ, кто обладаетъ достаточнымъ опытомъ, при первомъ взглядѣ, брошенномъ въ носовую полость, найдетъ сейчасъ основанія для задней риноскопії, въ

особенности, если онъ видить, что передняя часть средней раковины настолько утолщена, что ею совершенно какъ бы закрыть средній носовой ходъ“. Hajek указываетъ еще и на то обстоятельство, что, какъ разъ во время изслѣдованія, гноя въ Гайморовой полости можетъ быть очень мало и онъ не будетъ обнаруженъ въ носу. На основаніи однократнаго только изслѣдованія онъ не совѣтуетъ дѣлать заключеній. Достаточно, говорить онъ, въ этихъ случаяхъ взглянуть на носовой платокъ пациента, который часто, благодаря предшествовавшимъ опорожненіямъ, покрытъ большими, желтыми гнойными пятнами, чтобы стать осторожнымъ. Повторное изслѣдованіе въ этихъ случаяхъ можетъ привести къ открытію тяжелаго страданія Гайморовой полости, которое безъ новаго изслѣдованія могло бытъ просмотрѣно.

Большую помощь при этихъ изслѣдованіяхъ оказываетъ состояніе слизистой оболочки носовой полости. Подъ вліяніемъ раздраженія, оказываемаго на нее стекающимъ изъ Гайморовой полости секретомъ, послѣдняя обыкновенно гипереміруется, припухаетъ, что можно замѣтить во всѣхъ случаяхъ, въ особенности, если сравнить больную сторону со здоровой. Мало по малу слизистая оболочка въ среднемъ носовомъ ходѣ становится гипертрофированной, и на ряду съ этими гипертрофіями въ носовой полости появляются полипы, все какъ результатъ раздраженія секретомъ (Kaufmann, Grünwald). Hajek называетъ эти гипертрофіи „атипическими“, такъ какъ, по его мнѣнію, онѣ имѣютъ совсѣмъ иной характеръ, чѣмъ тѣ, которыя встрѣчаются на почвѣ первично воспаленной слизистой оболочки носовой полости. Hajek поясняетъ это примѣромъ. Возьмемъ, говоритъ онъ, случай хронической эмпіемы Гайморовой полости. Въ процессъ вовлекается вогнутая часть средней раковины, слизистая оболочка, покрывающая processus uncinatus и bulla ethmoidalis, между тѣмъ, какъ прочіе участки слизистой оболочки никакого участія въ гипертрофіи не принимаютъ. Такимъ образомъ, риноскопическая картина обнаруживаетъ лишь гипертрофію слизистой оболочки средняго носового хода и въ исключительныхъ случаяхъ передняго края средней раковины и при томъ только на одной сторонѣ въ то время, какъ прочія части обѣихъ носовыхъ полостей нисколько не гипертрофированы. Это потому имѣетъ особое значеніе, что при гипертрофіяхъ, обусловленныхъ первичнымъ заболѣваніемъ слизистой носа, подобной локализациі не бываетъ. Тамъ въ процессъ

вовлекаются, главнымъ образомъ, выпуклыя части раковинъ, причемъ измѣненія всегда симметричны, или, по крайней мѣрѣ, никогда не бываетъ такъ, чтобы одна сторона оставалась интактною. Въ виду этого Hajek приходитъ къ слѣдующему заключенію, по моему мнѣнію, очень важному: „одностороннія, ограничивающіяся среднимъ носовымъ ходомъ, ясно выраженные воспалительныя гиперплазіи слизистой оболочки въ громадномъ большинствѣ случаевъ указываютъ на ограниченный источникъ гноя въ области средняго носового хода“. Такимъ образомъ, поневолѣ, при подобныхъ находкахъ, нужно искать ихъ причины въ пораженіи полости.

Я хочу сказать еще объ одномъ объективномъ симптомѣ, сопровождающемъ иногда эмпіему Гайморовой полости. Это суть эритемы и экземы кожи верхней губы и окружности ноздрей. Послѣднія тоже появляются, какъ результатъ раздраженія стекающимъ секретомъ; бываютъ онѣ очень упорны, не поддаваясь леченію до тѣхъ поръ, пока не устранено основное страданіе. Нарушенія цѣлости кожи, образующіяся здѣсь трещины могутъ послужить мѣстомъ вторженія микроорганизмовъ и повести къ вспышкѣ какого либо специфическаго процесса, о чемъ я уже говорилъ выше. Въ одномъ случаѣ я наблюдалъ даже крайне интересное явленіе: у больного съ хронической эмпіемой Гайморовой полости посѣдѣлъ усь на совершенно рѣзко ограниченномъ пространствѣ, отвѣчающемъ ноздрѣ той стороны, на которой имѣлась эмпіема.

Всѣмъ изложеннымъ исчерпываются въ сущности симптомы, присущіе острой и хронической эмпіемѣ Гайморовой полости при обыденномъ ихъ теченіи. Но теченіе это иногда нарушается въ своей правильности, развиваются тѣ или другія осложненія, и сама картина болѣзни можетъ нѣсколько измѣняться.

За переходъ къ такимъ осложненнымъ случаямъ я считаю тѣ, гдѣ, на ряду съ обычными симптомами эмпіемъ, имѣются и отдаленныя симптомы, какъ, напр., со стороны центральной нервной системы. Ощущенія сводятся, главнымъ образомъ, къ легкой утомляемости, неохотѣ къ труду, бессонницѣ, а, въ зависимости отъ послѣдней, и частымъ головнымъ болямъ. Къ этому слѣдуетъ еще прибавить ипохондрическое настроеніе, вызываемое присущими эмпіемѣ явленіями, обильнымъ количествомъ гноя, или непріятнымъ запахомъ.

На второмъ мѣстѣ слѣдуетъ поставить осложненія, представляющія собою заболѣванія другихъ органовъ на почвѣ основного страданія. Къ этому разряду относятся, напр., страданія желу-

дочно-кишечного канала, обусловленные попаданиемъ въ него гноя, или заболѣванія глотки и гортани вслѣдствіе распространенія процесса по протяженію. Примѣромъ перваго можетъ служить случай Kuhn't'a, гдѣ имѣлся цѣлый рядъ ненормальныхъ симптомовъ со стороны желудочно-кишечного канала, совершенно исчезнувшихъ послѣ излеченія основной болѣзни. Иллюстраціей вторыхъ могутъ служить описанія Hajek'a. Онъ характеризуетъ всѣ эти осложненія, какъ катарральныя заболѣванія носоглоточнаго пространства, гортани и трахеи, вызванныя затеканіемъ гноя кзади. Тутъ возникаютъ самыя разнообразныя формы—ангинъ, сухихъ фарингитовъ и типическихъ заболѣваній задней стѣнки гортани. Еще понынѣ, говоритъ Hajek, сильно распространены случаи подобнаго рода заболѣваній, не исчезающихъ годами, такъ какъ основная причина ихъ — эмпіема — не устранена, а иногда даже не распознана. Таже причина лежитъ иногда въ основѣ хроническихъ катарральныхъ процессовъ трахеи, бронховъ и легкихъ, которые никакими курортами не могутъ быть устранены до тѣхъ поръ, пока скопившемуся въ лицевыхъ костяхъ гною не данъ выходъ наружу.

Заболѣваніе Гайморовой полости нерѣдко осложняется эмпіемой какой либо другой пазухи, преимущественно лобной, въ которой въ такихъ случаяхъ заключается причина сильныхъ головныхъ болей. Это я видѣлъ и на нѣсколькихъ своихъ случаяхъ. Это же подтверждается наблюденіями Killian'a, Hartmann'a. Krieg изъ 23 случаевъ эмпіемы Гайморовой полости въ 3-хъ констатировалъ осложненіе эмпіемой лобной пазухи.

Иногда осложненія сказываются тѣмъ, что возникающій въ глоткѣ катарральный процессъ вызываетъ припухлость отверстія Эвстахіевой трубы, а иногда и катарръ ея, что ведетъ нерѣдко къ тугомоти слуха (Michel). Ziem указываетъ даже на возможность возникновенія otitis med. simpl. или purulent.

Слѣдуетъ еще упомянуть о явленіяхъ рефлекторнаго характера которыя могутъ возникать при эмпіемѣ Гайморовой полости и вести къ образованію типической бронхіальной астмы. Правда трудно сказать, что здѣсь играетъ болѣе важную роль—эмпіема ли или гипертрофіи и полипы носовой полости, которые сами по себѣ и безъ эмпіемы могутъ вызывать тѣ же явленія (Hajek):

Нѣкоторые авторы, какъ Repp, Baume, указываютъ на возможность образованія секвестровъ кости, въ особенности въ области альвеолярнаго отростка, а также твердаго неба и tubero

sitatis. Но, конечно, въ этихъ случаяхъ трудно сказать, который изъ процессовъ былъ причиною другого.

Излюбленнымъ мѣстомъ локализациі осложненій со стороны эмпіемы Гайморовой полости является у большинства авторовъ глазъ. Въ связи съ заболѣваніемъ Гайморовой полости ставится цѣлый рядъ глазныхъ болѣзней. Невольно ко многимъ изъ этихъ случаевъ приходится относиться съ недоумѣніемъ. Какъ результатъ непосредственнаго распространенія гнойнаго процесса, можетъ возникнуть заднеглазничная флегмона. Авторы объясняютъ ея происхожденіе некрозомъ дна глазницы; распространиться этотъ же процессъ можетъ и путемъ флебита въ виду тѣсной анатомической связи, которая существуетъ между венами Гайморовой полости и венами глаза. Примѣромъ подобнаго рода осложненій могутъ служить случаи St. Yves, Ziem'a, Kuhn't'a. Осложненіе это является самымъ серьезнымъ по своимъ послѣдствіямъ, такъ какъ, угрожая глазу, оно, кромѣ того, грозитъ еще и мозгу, на который процессъ съ глаза легко можетъ распространиться. Какъ осложненіе со стороны глаза, описаны еще Iritis и Panophthalmitis — Ziem'омъ Retinitis — Kuhn't'омъ. Salter'омъ описанъ случай быстро возникшаго правосторонняго амавроза. Цѣлымъ рядомъ еще другихъ авторовъ описаны то рефлекторныя, то воспалительныя измѣненія глазъ, какъ осложненія эмпіемы Гайморовой полости. Сводятся они къ затрудненіямъ въ движеніи глаза, слезоточивости, появленію воспаления въ Corpus ciliare, образованію глаукомы и т. п. Какъ я уже выше сказалъ, осложненія эти представляютъ собою рѣдкое явленіе.

Мнѣ остается сказать еще объ одномъ, самомъ тяжеломъ, осложненіи эмпіемъ Гайморовой полости — о менингитѣ. Возможность возникновенія менингита, какъ послѣдствія эмпіемы Гайморовой полости, подтверждена Mair, Westermayer'омъ, Дмоховскимъ, — случаями, проверенными вскрытіемъ, почему, конечно, не подлежитъ сомнѣнію. Излишне говорить, что такого рода осложненіе—смертельно.

Къ счастью, всѣ эти тяжелыя осложненія эмпіемъ Гайморовой полости принадлежатъ къ большимъ рѣдкостямъ. Обыденно эмпіема Гайморовой пазухи представляетъ страданіе, протекающее очень благопріятно, скорѣе страданіе тягостное, чѣмъ тяжелое.

Распознавание.

Диагноз острой эмпиемы Гайморовой полости въ большинствѣ случаевъ не представляетъ большихъ затрудненій. Онъ устанавливается на основаніи симптомовъ, приведенныхъ мною въ предыдущемъ отдѣлѣ, и сравнительно болѣе бурной картины начала заболѣванія. Я не стану подробно останавливаться на способахъ изслѣдованія полости, такъ какъ они ничѣмъ существеннымъ не разнятся отъ таковыхъ же при хронической эмпиемѣ, о которой я буду говорить ниже. Также здѣсь примѣняются и пробные проколы, и просвѣчиваніе, и всѣ тѣ способы, которые направлены къ опредѣленію нахождения въ Гайморовой полости ненормального содержимаго. Все дѣло лишь сводится къ опредѣленію характера заболѣванія,—острое ли оно, или хроническое, и, конечно, на основаніи сопутствующихъ симптомовъ: лихорадки, опухоли, боли и вообще, какъ я сказалъ, болѣе бурной картины, рѣшается въ пользу остраго страданія.

Распознаваніе хронической эмпиемы Гайморовой полости устанавливается на основаніи цѣлаго ряда данныхъ. Благодаря изслѣдованіямъ послѣдняго времени, методы распознаванія настолько усовершенствовались, что смѣло можно сказать: хроническая эмпиема Гайморовой полости, при внимательномъ изслѣдованіи, рѣдко ускользаетъ отъ діагноза. У болѣе старыхъ авторовъ подобнаго рода пропуски были вполне понятны. По такимъ источникамъ, какъ Jourdain, Weinhold, Bardeleben, можно судить, что для установки діагноза тогда требовалась наличность данныхъ, которыя какъ разъ встрѣчаются очень рѣдко при эмпиемѣ Гайморовой полости. Къ разряду ихъ относится образованіе свищей, распираніе костей челюсти, воспаленіе мягкихъ частей щеки

и т. п. О наличности хронической эмпиемы часто догадывались, если по анамнезу можно было установить, что больной перенесъ острую эмпиему.

Нѣчто совершенно иное и вполне опредѣленное представляетъ собою нынѣшнее состояніе этого вопроса. Теперь діагнозъ основывается на положительныхъ и точныхъ данныхъ.

Начнемъ съ анамнеза. Нерѣдко сами жалобы больныхъ до такой степени опредѣленны и такъ ясно сформулированы, что заставляютъ заподозрить эмпиему Гайморовой полости. Къ разряду ихъ относятся жалобы на односторонній хроническій насморкъ, съ гнойнымъ выдѣленіемъ, имѣющимъ непріятный зловонный запахъ. Къ этому слѣдуетъ еще присоединить жалобу на увеличеніе выдѣленія изъ носу при наклонѣ головы впередъ и внизъ и при лежаніи на здоровой сторонѣ. Иногда эти жалобы замѣняются жалобами на стеканіе выдѣленія въ носоглоточное пространство. Изъ этихъ данныхъ, приводимыхъ самими больными, наибольшее значеніе имѣетъ указаніе на присутствіе выдѣленія и на запахъ; большое значеніе слѣдуетъ приписывать усиленію выдѣленія при перемѣнахъ положенія головы. Односторонность выдѣленія тоже не лишена своего значенія. (Основанія къ тому подробно разобраны мною въ отдѣлѣ симптомовъ). Наименьшее значеніе можно придавать жалобамъ на боли, въ виду ихъ неопредѣленности и крайней индивидуальности. Нерѣдко картину жалобъ дополняютъ указанія на затрудненія въ дыханіи больной стороной. При стройности картины, распознаваніе эмпиемы Гайморовой полости, на основаніи однихъ только жалобъ, имѣетъ значительную долю вѣроятности.

Конечно, перейти въ увѣренность оно можетъ лишь тогда, если подтверждается объективнымъ изслѣдованіемъ. Изслѣдованіе должно начинаться съ наружныхъ покрововъ. Какъ я выше говорилъ, благодаря заслугамъ Ziem'a, König'a, мы теперь не ищемъ при эмпиемѣ Гайморовой полости ни выпячиванія стѣнокъ, ни сколько нибудь замѣтной опухоли мягкихъ частей. Изрѣдка удается подъ arcus zygomaticus прощупать нѣкоторую инфильтрацію въ глубинѣ щеки; но, конечно, присутствіе или отсутствіе ея не должно вліять на распознаваніе. Иногда намъ удается обнаружить чувствительность нѣкоторыхъ участковъ къ давленію или постукиванію, но и это далеко не во всѣхъ случаяхъ. Этимъ,

въ сущности ограничивается наружное изслѣдованіе, хотя подъ эту же рубрику слѣдовало бы подвести и выстукиваніе и выслушиваніе полости.

Методъ выстукиванія Гайморовой полости былъ впервые предложенъ Link'омъ. „Если приложить, говоритъ авторъ, къ твердому небу сейчасъ же надъ вторымъ моляромъ гладкую цилиндрическую палочку и постукивать по ея свободному концу пальцемъ, то получается совершенно ясный и полный тонъ въ томъ случаѣ, если Гайморова полость пуста; этотъ же тонъ становится совершенно тупымъ въ томъ случаѣ, когда полость наполнена жидкостью. Закрытіе соотвѣтственнаго носового отверстія не вліяетъ на высоту тона при выстукиваніи. Изслѣдуя такимъ образомъ, можно распознать, пуста ли Гайморова полость, т. е. содержитъ одинъ только воздухъ, или въ ней находится жидкость или болѣе плотное тѣло“. Какъ уже указано Spies'омъ и Фонъ-Штейномъ, этотъ методъ не имѣетъ большого діагностическаго значенія. Тупой или притупленный звукъ при постукиваніи можетъ зависѣть и отъ анатомическихъ особенностей, какъ, напр., отъ утолщенія стѣнокъ, отъ большаго или меньшаго развитія полостей, отъ ихъ полнаго отсутствія, а не только отъ скопленія гноя. Въ виду этого, упомянутые авторы придаютъ ему второстепенное значеніе, причисляя его къ разряду вспомогательныхъ для діагноза средствъ. Я лично тоже не придаю большого значенія этому способу и никогда почти не прибѣгаю къ нему.

Выслушиваніе впервые предложено было Czernick'имъ по отношенію къ лобной пазухѣ, а ранѣе его еще тотъ же методъ примѣнялъ Bermond для опредѣленія состоянія Гайморовой полости. Bermond замѣтилъ, что при дыханіи черезъ носъ въ нормальной Гайморовой полости слышенъ шумъ, въ больной же онъ не ощущается. Какъ методъ выслушиванія можетъ быть разсматриваемъ и опубликованный Rouge шумъ плеска, выслушиваемый въ Гайморовой полости, при встряхиваніи тѣла въ тѣхъ случаяхъ, когда пазуха наполнена жидкостью. Къ этому же разряду слѣдуетъ отнести предложенный Окуневымъ способъ выслушиванія звучащаго камертона, поставленнаго на темя, помощью стетоскопа, прижатого къ лобной или челюстной пазухѣ. Всѣ эти методы изслѣдованія имѣютъ малое значеніе и рѣдко даютъ какой нибудь замѣтный эффектъ. Болѣе или менѣе на нихъ еще можно

опираться въ тѣхъ случаяхъ, когда получаемыя выстукиваніемъ и выслушиваніемъ явленія не одинаковы на обѣихъ сторонахъ, давая какъ разъ указанія въ пользу той стороны, которая, на основаніи другихъ, болѣе положительныхъ, данныхъ, заподозрѣна въ заболѣваніи, т. е. опять-таки всѣ эти методы изслѣдованія имѣютъ лишь вспомогательное, второстепенное значеніе.

Совсѣмъ другое слѣдуетъ сказать про результаты, которые даетъ риноскопическое изслѣдованіе. Лишь съ момента введенія и популяризаціи этого метода, составляющаго неоцѣнимую заслугу Czermak'a и Voltolini, сдѣлалось возможнымъ распознаваніе громаднаго количества эмпій Гайморовой полости, ускользавшихъ прежде отъ наблюденія. Я уже отмѣтилъ нѣсколько разъ, что изъ симптомовъ, получаемыхъ отъ больного, наибольшее значеніе для діагноза имѣетъ гнойное истеченіе изъ полости носа, независимо отъ того, выдѣляется ли оно черезъ ноздри наружу, или затекаетъ кзади въ носоглоточное пространство. Что еще въ немъ характерно, это то, что оно бываетъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ одностороннимъ. Но само по себѣ, отдѣльно взятое, это гноетеченіе не можетъ говорить за пораженіе эмпией Гайморовой полости. Вѣдь то, что гной выдѣляется лишь съ одной стороны, тоже не вполне рѣшаетъ вопросъ. Одностороннее выдѣленіе гноя можетъ зависѣть также отъ пораженія какой-либо другой пазухи на одной сторонѣ*). Намъ нужно убѣдиться поэтому, что гной исходитъ изъ Гайморовой полости, тогда вопросъ рѣшается самъ собой. Подобнаго же результата мы можемъ достигнуть лишь риноскопическимъ изслѣдованіемъ. Еще въ 1861 году White (см. Garretson) указалъ на этотъ путь, какъ единственно правильный для установки точнаго распознаванія. Съ тѣхъ поръ риноскопическое изслѣдованіе, благодаря трудамъ большого числа клиницистовъ, какъ Ziem, Bayer, Fränkel, Hartmann, Krieg, Hajek, Schech, Grünwald, разработано до возможнаго совершенства.

Первое, что должно быть установлено при риноскопическомъ изслѣдованіи, это нахожденіе гноя въ среднемъ носовомъ ходѣ,

*) Въ исключительныхъ случаяхъ такое одностороннее выдѣленіе можетъ стоять въ зависимости и отъ мѣстнаго процесса въ носовой полости, какъ напр., присутствія инороднаго тѣла, сифилитическаго секвестра и т. п., почему при изслѣдованіи эту возможность нужно имѣть въ виду.

куда, какъ извѣстно, открывается нормальное отверстіе Гайморовой полости. Если послѣ стиранія этотъ гной вторично появляется все въ томъ же мѣстѣ, то это говоритъ за выдѣленіе гноя изъ пазухи. Мы бы могли предположить конечно, что причиной появленія гноя въ среднемъ носовомъ ходѣ, даже и послѣ стиранія, является ограниченный воспалительный процессъ слизистой именно въ этой области. Но предположеніе это отпадаетъ само собой. Ограниченный воспалительный процессъ не можетъ дать такого значительнаго количества экссудата, чтобы послѣдній, спустя лишь нѣсколько минутъ послѣ стиранія, появлялся вновь въ видѣ хотя бы даже капли. Гораздо правдоподобнѣе въ этихъ случаяхъ предположеніе, что мы имѣемъ дѣло съ готовымъ уже скопленіемъ гноя въ какой либо полости, который исподоволь выдѣляется въ носъ. Но въ средній носовой ходъ открывается не одна только Гайморова полость, а вмѣстѣ съ ней и лобная и передняя клѣтки рѣшетчатой кости. Слѣдовательно, намъ нужно, все-таки, еще рѣшить вопросъ, какая же изъ этихъ пазухъ виновна въ появленіи гноя. Казалось бы, самымъ простымъ средствомъ для этого является убѣдиться осмотромъ, что гной выдѣляется именно изъ отверстія Гайморовой полости. Но, къ сожалѣнію, при риноскопії лишь въ исключительныхъ случаяхъ можно видѣть *hiatus semilunaris*, въ особенности, если принять во вниманіе, что эмпіемы Гайморовой полости сопровождаются, какъ я это выше говорилъ, гипертрофическими процессами со стороны слизистой оболочки, еще болѣе затемняющими картину. Приходится, поэтому, лишь ориентироваться по расположенію гнойной капли, замѣтной въ среднемъ носовомъ ходѣ: постоянное присутствіе ея между средней раковиной и носовой перегородкой говоритъ за вѣроятность происхожденія гноя изъ рѣшетчатой пазухи (Никитинъ); гнойная капля подъ средней раковиной болѣе кзади говоритъ за происхожденіе ея изъ Гайморовой полости, а болѣе кпереди—изъ лобной пазухи. Къ сожалѣнію, и этотъ методъ распознаванія не лишенъ недостатковъ. Не говоря уже о трудности (отчасти въ виду индивидуальныхъ особенностей) каждый разъ рѣшить, дѣйствительно ли видимая подъ средней раковиной гнойная капля отвѣчаетъ передней или задней части раковины, нужно принять во вниманіе еще и то обстоятельство, что различное расположеніе гнойной капли можетъ обуславливаться и чисто мѣстными измѣненіями.

Такъ, Hajek говоритъ, что нерѣдко секретъ лобной пазухи, вслѣдствіе сильной гипертрофіи передняго края средней раковины, а также слизистой покрова въ области *hiatus semilunaris*, оттѣсняется совершенно кзади. Съ другой стороны, онъ нерѣдко видѣлъ эмпіемы Гайморовой полости, съ расположеніемъ гнойной капли совершенно кпереди, опять-таки, вслѣдствіе измѣненій слизистой. Кромѣ того, Hajek обращаетъ вниманіе еще на одну особенность, именно, что видимый въ заднихъ частяхъ средняго хода гной можетъ иногда происходить и изъ рѣшетчатой пазухи, когда отверстіе ея расположено аномально глубоко и кзади. Остается поэтому остановиться лишь на томъ, что для эмпіемы Гайморовой полости характернымъ является выдѣленіе гноя изъ-подъ средней раковины, что, однако, не исключаетъ возможности происхожденія этого гноя и изъ другихъ пазухъ, и искать различія между пораженіемъ различныхъ полостей по сопутствующимъ явленіямъ, а не по одному мѣстоположенію гноя. Послѣднее, отдѣльно взятое, лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ привести къ рѣшенію вопроса.

Однимъ изъ такихъ сопутствующихъ явленій считается періодичность выдѣленія гноя (Hajek). Въ то время, какъ изъ лобной и рѣшетчатой пазухи гной, въ силу тяжести, долженъ постоянно стекать въ носовую полость, изъ Гайморовой онъ появляется лишь отъ времени до времени, т. е. или когда онъ скопится въ такомъ количествѣ, что достигнетъ уровня отверстія, ведущаго въ носъ, или, когда, въ силу измѣненія въ положеніи головы, гной въ полости перемѣстится и также по тяжести станетъ стекать въ носъ. Подробно объ этихъ благоприятныхъ для выдѣленія гноя условіяхъ я уже говорилъ въ предыдущемъ отдѣлѣ. Если наблюдать больного нѣкоторое время, то эта періодичность въ выдѣленіи гноя въ носъ можетъ склонить діагнозъ въ пользу Гайморита. Далѣе, пользуясь этими особенностями выдѣленія гноя изъ Гайморовой полости, можно подойти къ рѣшенію вопроса о наличности эмпіемы, придавая тѣ или другія положенія головѣ больного. Такъ, Bayer для этой цѣли кладетъ больного на животъ и заставляетъ согнуть голову впередъ; B. Fränkel и Ziem въ сидячемъ положеніи заставляютъ больного сгибать голову впередъ или склонить ее въ противоположную сторону. Я постоянно пользуюсь этимъ методомъ и, на основаніи своихъ на

блюденій (см. исторію болѣзней), пришелъ къ заключенію, что этотъ методъ имѣетъ, несомнѣнно, большое діагностическое значеніе. Если протереть носовой ходъ ватой, совершенно очистить его отъ эксудата и затѣмъ заставить больного сильно согнуть голову внизъ и впередъ, какъ бы наклониться для того, чтобы что-либо поднять, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ, при предпринятой сейчасъ же риноскопіи, можно видѣть, какъ появляется новая гнойная капля подъ средней раковиной. Подобное явленіе, конечно, будетъ характернымъ только для Гайморовой полости, такъ какъ при нахожденіи гноя въ другихъ полостяхъ этимъ положеніемъ головы оттокъ гноя затрудненъ, для Гайморовой же улучшенъ. Конечно, получить такой эффектъ удастся не всегда. Гной можетъ быть очень густымъ и не выдѣлиться въ носъ.

Эта же густота гноя, а иногда и скопленіе его лишь въ небольшомъ количествѣ въ Гайморовой полости совершенно устраняетъ возможность увидѣть гной въ среднемъ ходѣ. При наличности подозрѣній на заболѣваніе полости, приходится тогда прибѣгать къ искусственнымъ способамъ полученія гноя изъ Гайморовой полости въ полость носа. Къ разряду такихъ способовъ должна быть отнесена кокаинизация слизистой оболочки носовой полости и раковинъ, которая, одна уже, устраняя набухлость, перѣдко ведетъ къ желательному результату. Если гной не показывается, несмотря на кокаинизацию, приходится прибѣгать къ другимъ, болѣе энергичнымъ методамъ. Seifert въ этихъ случаяхъ совѣтуетъ поступать слѣдующимъ образомъ. Больному слѣдуетъ взять въ ротъ воды, въ ноздрю на больной сторонѣ вводится наконецникъ сжатого баллона Политнера, и плотно прижимаются обѣ ноздри. Въ моментъ глотанія сжатіе баллона прекращаютъ, и тогда послѣдній разрѣжаетъ воздухъ въ носовой полости. Если въ носовыхъ синусахъ,—говоритъ авторъ,—находится жидкое содержимое, то нѣсколько капель послѣдняго, послѣ только что описаннаго приѣма, показывается въ полости носа, въ чемъ можно убѣдиться передней риноскопіей. Вреда отъ этого для ушей, по свидѣтельству автора, не бываетъ. Къ подобнымъ вспомогательнымъ приѣмамъ для полученія гноя слѣдуетъ отнести способъ Hartmann'a, который совѣтуетъ нагнетать при помощи Политцеровскаго баллона въ полость носа воздухъ, дабы повысить давленіе въ прилегающихъ къ носу полостяхъ и этимъ

выжать оттуда гной. Ziem возражаетъ противъ этого способа, опасаясь возможности попаданія вредныхъ началъ изъ носовой полости въ Евстахіеву трубу и возникновенія въ ухѣ патологическаго процесса. Онъ совѣтуетъ вводить позади мягкаго неба катетеръ, соединенный резиновой трубкой съ нагнетательнымъ баллономъ, и производить нагнетаніе воздуха въ носъ и прилегающія къ носу полости со стороны хоанъ. Если пациентъ сожметъ ноздри, то получается давленіе, достаточное для того, чтобы выжать секретъ, при чемъ въ то же время уху не угрожаетъ никакая опасность.

Если передняя риноскопія не даетъ результата, то, какъ это предложилъ I. Killian, слѣдуетъ произвести заднюю риноскопію. По мнѣнію Killian'a, вполне рациональному, эксудатъ можетъ, въ силу какихъ либо анатомическихъ измѣненій, совершенно не выдѣляться въ переднихъ частяхъ носовой полости, а затекать цѣликомъ кзади. Я уже говорилъ о причинахъ того въ предыдущемъ отдѣлѣ. Здѣсь я долженъ еще добавить указанія Killian'a относительно измѣненій и искривленій носовой перегородки, которыя могутъ значительно сужать передніе отдѣлы носовой полости, въ высокой степени затрудняя изслѣдованіе. При задней риноскопіи по Killian'у можетъ быть обнаружено присутствіе гноя въ задне-глоточномъ пространствѣ, въ видѣ полосъ, покрывающихъ слизистую оболочку, можетъ быть осмотрѣнъ и задній отдѣлъ среднего носового хода и, такимъ образомъ, могутъ быть получены данныя, разслѣдованіе которыхъ приведетъ къ открытію эмпіемы Гайморовой полости, между тѣмъ какъ одна только передняя риноскопія могла бы направить діагнозъ на ложный путь.

Наконецъ риноскопическое изслѣдованіе даетъ намъ цѣнныя указанія еще тѣмъ, что обнаруживаетъ присутствіе гипертрофій слизистой оболочки, полиповъ и т. п., о значеніи которыхъ въ теченіи эмпіемы Гайморовой полости я уже подробно говорилъ въ предыдущемъ отдѣлѣ. Для діагноза наличность ихъ имѣетъ потому значеніе, что даетъ намъ возможность дифференцировать эмпіему Гайморовой полости отъ хроническихъ ринитовъ атрофическаго характера. Что же касается гипертрофическихъ формъ ринитовъ, то объ отличіи находимыхъ при эмпіемѣ гипертрофій отъ таковыхъ же при ринитахъ я тоже говорилъ уже выше.

Такимъ образомъ, риноскопія для діагноза эмпіемы Гайморовой полости даетъ массу данныхъ. Изъ произведеннаго мною раз-

бора ихъ видно, однако, что сами по себѣ они не всегда могутъ рѣшить діагнозъ съ полной положительностью. Тутъ можетъ случиться помѣхой и неясность риноскопической картины и невозможность отчетливой дифференцировки отъ эмпіемъ другихъ полостей, невозможность иногда даже получить гной и т. п. Неудивительно потому, что, кромѣ риноскопии, для установленія діагноза эмпіемы Гайморовой полости предложень еще цѣлый рядъ другихъ методовъ, дополняющихъ получаемые ею результаты и, въ совокупности, дающихъ нерѣдко возможность построить цѣльное и строго обоснованное заключеніе о состояніи Гайморовой полости.

Къ такимъ методамъ, дополняющимъ риноскопию, слѣдуетъ отнести зондированіе. Оно было предложено для Гайморовой полости Jourdain'омъ еще въ прошломъ столѣтіи, т. е. въ то время, когда риноскопия не была извѣстна. Съ тѣхъ поръ этотъ методъ то бывалъ заброшенъ, то вновь появлялся на горизонтѣ. Противники зондирования недостаткомъ его считаютъ то обстоятельство, что оно часто совершенно невозможно при узости средняго носового хода, обусловленномъ или искривленіями перегородки, или значительной величиной bullae ethmoidalis. Однако, надо сказать, что въ рукахъ многихъ авторовъ оно даетъ прекрасные результаты. Свидѣтельствомъ тому могутъ служить данныя Killian'a, Hansberg'a. Наиболѣе разработанъ этотъ вопросъ Hansberg'омъ. Онъ употребляетъ для этой цѣли зондъ длиною 15 сантим. и толщиною около $\frac{1}{2}$ —1 м.м.

Передній головчатый конецъ зонда изогнутъ подъ угломъ въ 110° и имѣетъ въ длину болѣе 6 мил. Его вводятъ въ носъ изогнутымъ концомъ кверху, стараясь проникнуть между средней раковиной и наружной стѣнкой носовой полости. Когда кончикъ зонда достигъ приблизительно середины средней раковины, тогда его поворачиваютъ кнаружи и попадаютъ концомъ въ hiatus semilunaris. Въ случаѣ, когда гной, благодаря набуханію ostii maxillaris, не выдѣляется изъ полости, такое зондированіе оказываетъ неоцѣненную услугу, такъ какъ, сейчасъ же за введеніемъ зонда, начинается сочиться гной. Разъ только это удастся продѣлать, то этимъ самымъ рѣшается діагнозъ. Но зондированіе, несомнѣнно, представляетъ методъ, трудно выполнимый. Никитинъ по этому поводу говоритъ слѣдующее: „затрудненіе при введеніи зондовъ (при зондированіи придаточныхъ полостей вообще) за-

ключается, съ одной стороны, въ томъ, что операторъ долженъ манипулировать ощупью въ закрытомъ узкомъ пространствѣ, окруженномъ тонкими, легко ломающимися костями, прилегающими иногда къ важнымъ органамъ (глазъ, мозгъ). Съ другой стороны, сами анатомическія отверстія полостей имѣютъ въ большинствѣ случаевъ не одно и то же положеніе, такъ что, вводя зондъ по правиламъ, сплошь и рядомъ попадаешь на твердую стѣнку, вмѣсто отверстія“. „Иногда отверстія бываютъ настолько узки, что не пропускаютъ и тонкаго зонда, а иногда и совсѣмъ отсутствуютъ на той или другой сторонѣ. Во многихъ случаяхъ отверстія сужены воспалительно-опухшей слизистой оболочкой и грануляциями“.

Совершенно, поэтому, такіе же затрудненія представляютъ методы, направленные или къ высасыванію содержимаго изъ Гайморовой полости или къ промыванію ея чрезъ нормальное отверстіе. Методъ этотъ имѣетъ то громадное преимущество, что онъ воочію убѣждаетъ насъ въ присутствіи въ Гайморовой полости гноя, и, такимъ образомъ, ставитъ вопросъ распознаванія внѣ всякихъ сомнѣній. Методъ высасыванія содержимаго предложень Bressen'омъ. Вмѣсто зонда онъ предлагаетъ по тѣмъ же правиламъ вводить шприцъ, а затѣмъ помощью его аспирировать гной изъ Гайморовой полости. Repp говоритъ, что хорошій результатъ получается только въ случаѣ присутствія жидкаго гноя, если же гной густой, то онъ, или трудно высасывается или даже совершенно не высасывается. Hajek, кромѣ того, указываетъ совершенно справедливо на то, что конецъ шприца можетъ и не достигнуть поверхности гноя, почему отрицательный результатъ высасыванія не будетъ имѣть никакого значенія. Въ виду этихъ особенностей, большія преимущества имѣетъ методъ пробнаго промыванія Гайморовой полости черезъ нормальное отверстіе. Предложень онъ Hartmann'омъ и лучше всего выполняется съ помощью его канюли. Канюли эти имѣются двухъ видовъ: одна для правой, другая для лѣвой стороны. Имѣютъ онѣ форму трубочекъ въ 2 м. въ діаметрѣ; на разстояніи 1 см. отъ свободного конца онѣ изогнуты подъ прямымъ угломъ, на другомъ концѣ снабжены небольшою оливой для соединенія съ клизмой. Кромѣ того, онѣ изогнуты еще по срединѣ своей длины. Вводятся онѣ по тѣмъ же правиламъ, какъ и зондъ, и когда кончикъ такой

канюли попалъ въ полость, канюлю соединяють съ клизопомпой и нагнетаютъ въ Гайморову полость жидкость, которая разжижаетъ и вымываетъ ея содержимое. При этомъ методѣ мы точно также, какъ и при высасываніи, убѣждаемся въ наличности гноя въ пазухѣ „собственными глазами“. Но я уже выше привелъ мнѣніе Никитина о затруднительности выполненія этого метода. Къ этому еще слѣдуетъ присоединить, что если промываніе производится черезъ *ostium maxillare*, то сама толщина канюли можетъ цѣликомъ выполнять просвѣтъ отверстія, и выходъ гною тѣмъ самымъ будетъ закрытъ. Гораздо лучший результатъ даетъ пробное промываніе въ томъ случаѣ, когда оно производится черезъ *foramen accessorium*, такъ какъ гною тогда обезпеченъ стокъ черезъ *ostium maxillare*.

Затрудненія при такихъ промываніяхъ привели къ необходимости создать методъ, который имѣлъ бы всѣ преимущества прежняго, но въ то же время не представлялъ бы большихъ затрудненій для выполненія. Такимъ образомъ пришли къ примѣненію пробныхъ проколовъ и пробныхъ промываній полости уже не черезъ естественное, а черезъ искусственно сдѣланное отверстіе.

При такого рода пробныхъ проколахъ мы встрѣчаемся опять съ вопросомъ, откуда слѣдуетъ дѣлать проколъ, лучшимъ ли мѣстомъ для этого является средний или нижній носовой ходъ. По чисто анатомическимъ даннымъ, которыя мною разобраны въ первомъ отдѣлѣ, казалось бы, лучшимъ мѣстомъ для этой цѣли могъ быть средний носовой ходъ. Какъ это показываютъ изслѣдованія Roser, Пирогова, Zuckerkandl'a стѣнка, отдѣляющая Гайморову полость отъ носовой, соотвѣтственно среднему носовому ходу, очень тонка, мѣстами отсутствуетъ даже кость, а стѣнка состоитъ лишь изъ мягкихъ частей, сквозь которыя легко проникнуть и зондомъ. Не смотря, однако, на такія благоприятныя условія, пробные проколы изъ средняго носового хода слѣдуетъ предпринимать съ осторожностью. Не говоря о затрудненіяхъ чисто технического свойства для оперирования въ столь узкомъ и часто трудно доступномъ хорошему осмотру пространствѣ, здѣсь нужно имѣть въ виду еще анатомическія особенности, которыя я отмѣтилъ въ первомъ отдѣлѣ, а именно, что при проколѣ совершенно неожиданно можно попасть въ глазницу. Эти затрудненія обуславливаютъ большую склонность авторовъ къ пробнымъ про-

коламъ изъ нижняго носового хода. Не вдаваясь въ разборъ способовъ различныхъ авторовъ, мало разнящихся другъ отъ друга, я опишу лишь болѣе современные и болѣе совершенные способы, какъ способъ Lichwitz'a, Smidt'a, и изъ русскихъ авторовъ Фонъ-Штейна. Инструментъ Lichwitz'a представляетъ собою прямую иглу, длиною въ 10—12 cm. и толщиной въ 1—1½ mm.; на одномъ концѣ она заострена, на другомъ имѣетъ расширение для соединенія со шприцемъ. Предварительно, передъ производствомъ прокола, нижній носовой ходъ тщательно кокаицируется, особенно та его часть, которая соотвѣтствуетъ мѣсту прикрѣпленія нижней раковины. Затѣмъ подъ контролемъ носового зеркала игла вводится въ нижній носовой ходъ. Проколъ дѣлается сквозь наружную стѣнку носовой полости, отступя приблизительно сантиметра на 3 отъ передняго конца нижней раковины. Нужно приложить все усиліе къ тому, чтобы проколъ пришелся возможно выше у самаго мѣста прикрѣпленія нижней раковины, такъ какъ, какъ я это описалъ въ отдѣлѣ анатоміи, въ этомъ именно мѣстѣ стѣнка наиболѣе тонка и чѣмъ дальше книзу, тѣмъ она толще. Игла при проколѣ имѣетъ косое направленіе и широкимъ своимъ концомъ прилегаетъ къ носовой перегородкѣ. Когда проколъ идетъ удачно, то вслѣдъ за нѣкоторымъ ощущаемымъ сопротивленіемъ, наступаетъ чувство болѣе легкаго внѣдренія иглы—она попала въ полость. По свидѣтельству авторовъ (Најек), больные при этомъ ощущаютъ ничтожную боль; иногда лишь появляются боли въ области зубовъ. Когда проколъ сдѣланъ, съ иглою соединяють шприцъ или баллонъ для нагнетанія, и вспрыскиваютъ въ полость ту или другую, слабо антисептическую, жидкость. Сейчас же изъ носу начинается выдѣляться зловонный гной, присутствіе котораго конечно сразу рѣшить діагнозъ. Предварительно, носовая полость должна быть тщательно очищена и протерта, такъ какъ, если въ ней оставленъ гной или слизь, то послѣдніе, будучи вымыты струей промывной жидкости, будутъ затемнять діагнозъ, ибо все-таки неизвѣстно будетъ происхожденіе гноя. Въ случаѣ, если почему либо проколъ въ нижнемъ носовомъ ходѣ не удастся, то той же иглой Lichwitz'a можно произвести проколъ и въ среднемъ носовомъ ходѣ. Послѣдній въ такомъ случаѣ слѣдуетъ дѣлать тотчасъ позади и книзу отъ *processus uncinatus*, гдѣ стѣнка цѣликомъ почти состоитъ изъ мягкихъ частей, тщательно,

однако, поизслѣдовавъ предварительно носовую полость, дабы хорошо ориентироваться относительно расположенія глазницы. Методъ Smidt'a мало чѣмъ разнится отъ предыдущаго. Для пробнаго прокола онъ примѣняетъ Працаевскій шприцъ съ особой довольно крѣпкой иглой. Проколъ производится по тѣмъ же основаніямъ, и послѣ прокола шприцемъ высасывается содержимое изъ полости. Конечно этотъ способъ высасыванія имѣетъ тѣ же недостатки, какъ и способъ высасыванія черезъ естественное отверстіе, о которыхъ я и говорилъ, описывая это послѣднее. По сравненію съ промываніемъ онъ имѣетъ одно только діагностическое преимущество: если въ полости находится серозное содержимое, то при пробномъ промываніи оно можетъ остаться незамѣченнымъ, при высасываніи же будетъ обнаружено.

Съ цѣлью діагностической, а отчасти и терапевтической, для прокола Гайморовой полости предложена была еще игла Фонъ-Штейномъ. Предлагая свою иглу, авторъ полагаетъ, что ею устраняются нѣкоторые недостатки старыхъ инструментовъ и дается возможность производить пробный проколъ чаще, чѣмъ до того. Кривизна иглы установлена сначала на трупахъ, а потомъ проверена на живыхъ. Дугообразный изгибъ ея равенъ 5 см. (отъ прямой ея части до верхушки), приготовленъ изъ хорошо закаленной стали съ возможно широкимъ каналомъ. Примѣняется игла, по совѣту автора, слѣдующимъ образомъ: „при проколѣ Гайморовой пазухи черезъ лѣвый нижній носовой ходъ, послѣ предварительной кокаинизации, игла вводится между вѣтвями носового зеркала не сверху, а снизу; зеркало удерживается лѣвой рукой, а игла правой. Придерживаясь возможно ближе наружной стѣнки и избѣгая ея раненій, стараются медленно и осторожно провести иглу вглубь до мѣста прикрѣпленія раковины къ наружной стѣнкѣ носовой полости. Теперь остріе направляютъ кнаружи и, захвативъ остальную часть иглы такимъ образомъ, чтобы большой палецъ приходился со стороны выпуклой части, а остальные на сторонѣ вогнутой, производятъ проколъ, нажимая большимъ пальцемъ и производя движеніе по дугѣ въ направленіи кнаружи. Легкій трескъ даетъ знать, что игла проникла въ полость. Теперь она можетъ быть предоставлена сама себѣ, безъ опасенія выпаденія. Съ иглой, помощью резиновой трубки, соединяють баллонъ, употребляемый для продуванія ушей. Легкимъ сжатіемъ баллона убѣ-

ждаются въ проходимости воздуха. При пустой камерѣ слышится шумъ, съ легкимъ амфорическимъ оттѣнкомъ. Въ случаѣ скопленія жидкаго выпота слышится хлопанье пузырьковъ, а въ среднемъ носовомъ ходѣ появляется гной. Затѣмъ промываютъ полость теплымъ борнымъ растворомъ. При проколѣ черезъ правый нижній ходъ, зеркало берется въ правую руку, а игла въ лѣвую; всѣ остальные приемы тѣ же. Проколъ черезъ средний носовой ходъ производится нѣсколько иначе. Опять при проколѣ черезъ лѣвый ходъ, игла берется въ правую руку, а зеркало въ лѣвую, при проколѣ черезъ правый ходъ—обратно. Игла проводится надъ вѣтвями зеркала, при чемъ въ первый моментъ толстый конецъ иглы обращенъ книзу и кнаружи. Когда остріе подойдетъ подъ среднюю раковину и достигнетъ ея средней трети, то весь инструментъ поворачиваютъ такимъ образомъ, чтобы остріе иглы было обращено книзу и слегка кзади. Направляя ее нѣсколько кнаружи, производятъ прободеніе въ направленіи кзади. Она проникаетъ безшумно или съ легкимъ трескомъ“. Съ помощью иглы Фонъ-Штейна хорошіе результаты получалъ Демпель.

Чтобы въ достаточной мѣрѣ оцѣнить пробные проколы, какъ діагностическій методъ, намъ нужно разсмотрѣть тѣ случайности и осложненія, которыми они сопровождаются. Прежде всего, при значительномъ вѣдреніи иглы, если полость не очень обширна, можетъ случиться, что конецъ ея упрется въ противоположную стѣнку и какъ высасываніе изъ полости, такъ и впрыскиваніе въ полость жидкости (для промыванія) будетъ невозможнымъ. Најек даетъ въ такихъ случаяхъ вполне раціональный совѣтъ: немного потянуть иглу изъ полости, (но не настолько, однако, чтобы она вся вышла, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ пришлось бы повторять проколъ) и тогда просвѣтъ иглы, закрытый было противодѣйствіемъ стѣнки Гайморовой полости, станетъ опять свободнымъ. Подобнаго же рода препятствіе для тока жидкости можетъ создаться въ тѣхъ случаяхъ, когда просвѣтъ иглы законпатится кусочкомъ кости или слизистой, вѣдлившейся въ остріе при проколѣ. Это препятствіе удастся устранить иногда нѣкоторымъ усиліемъ при впрыскиваніи, а иногда, если оно не уступаетъ простому продуванію или давленію тока жидкости, иглу приходится вынуть изъ полости и, прочистивъ ея просвѣтъ, повторить проколъ сначала. Гораздо непріятнѣе и для больного и

для врача тѣ случаи, когда пробнымъ проколомъ наносятся раненія, не входившія въ программу. Такъ, это будетъ при проколѣ изъ средняго носового хода, если игла попадетъ въ глазницу. При проколахъ изъ нижняго носового хода тоже нельзя считать себя гарантированнымъ отъ подобнаго рода случайностей. Я указалъ уже на возможность ихъ въ отдѣлѣ анатоміи. Онѣ сводятся къ тому, что игла можетъ пройти насквозь обѣ стѣнки Гайморовой полости и очутиться концомъ своимъ въ мягкихъ частяхъ щеки. Анатомическія условія, способствующія этому, вполне возможны: соответственно нижнему носовому ходу, просвѣтъ Гайморовой полости можетъ быть очень незначительнымъ и обѣ стѣнки ея будутъ вплотную почти прилегать другъ къ другу. Если онѣ достаточно тонки, то проколъ обѣихъ ихъ вовсе не труденъ и можетъ быть совершенно незамѣченъ операторомъ. Послѣ прокола приступаютъ къ промыванію, и промывную жидкость вмѣсто полости вспрыскиваютъ въ мягкія части щеки. Обыкновенно это сопровождается значительнымъ болевымъ ощущеніемъ и быстро нарастающей припухлостью щеки. Хорошо въ этихъ случаяхъ, если нѣтъ экссудата въ Гайморовой полости, такъ какъ все можетъ окончиться благополучно; но если въ полости былъ экссудатъ, то, конечно, подобный проколъ оканчивается инфекціей мягкихъ частей щеки, которая можетъ дать и серьезныя послѣдствія. Наяекъ совѣтуетъ, при производствѣ пробныхъ проколовъ изъ нижняго носового хода, всегда передъ вспрыскиваніемъ, хорошенько ощупать пальцемъ мягкія части въ области fossae caninae, дабы убѣдиться, не торчитъ ли гдѣ либо въ нихъ конецъ иглы. Само промываніе онѣ совѣтуетъ дѣлать съ большой осторожностью, вначалѣ вспрыскивать жидкость очень медленно, и лишь, когда покажутся первыя капли промывныхъ водъ изъ носу, можно начать дѣйствовать спокойно и увѣренно.

Заканчивая обзоръ пробныхъ проколовъ и промываній, я долженъ сказать, что они представляютъ методъ изслѣдованія наиболѣе убѣдительный. Разъ при пробномъ проколѣ обнаруженъ гной въ Гайморовой полости, то этимъ самымъ діагнозъ установленъ. Такъ бываетъ въ случаѣ положительнаго результата. Но отрицательный результатъ не всегда рѣшаетъ вопросъ, особенно въ случаяхъ, когда гной стараются получить путемъ отсасыванія. Болѣе

убѣдительны въ этомъ отношеніи промыванія *). Отдавая такимъ образомъ должную дань значенія этому діагностическому методу, я все же возстаю противъ примѣненія его *largamano*. Я понимаю, что въ исключительныхъ случаяхъ, когда картина діагноза темна, этотъ методъ можетъ оказать большую услугу. Но самъ по себѣ онъ вѣдь представляетъ уже хирургическое вмѣшательство, далеко не безразличное для больного. Какъ не описываютъ авторы, что проколы мало болѣзненны, легко переносятся больными и тому подобное, это не вполне вѣрно. Мнѣ приходилось видѣть больныхъ, сохранившихъ о пробныхъ проколахъ самыя мрачныя воспоминанія, они были крайне болѣзненны, ощущеніемъ и звукомъ хруста и перелома кости дѣйствовали угнетающе, да, кромѣ того, бывали нерѣдко причиной значительнаго послѣдова-тельнаго кровотеченія. Вполнѣ понятно, что примѣненные, какъ терапевтическій методъ, они имѣютъ оправданіе, такъ какъ извѣстнаго рода страданіе, причиняемое ими, окупается выздоровленіемъ отъ основной болѣзни. Но какое же оправданіе они имѣютъ тогда, когда полость оказывается здоровой, въ особенности, если еще наступитъ какое либо непредвидѣнное осложненіе? Я полагаю, поэтому, что пробные проколы со стороны полости носа представляютъ методъ, широкое распространеніе котораго должно быть, по возможности, ограничено. Я въ нихъ не вижу особенной надобности. Въ своихъ случаяхъ я ни разу не прибѣгалъ къ пробному проколу со стороны носа, такъ какъ діагнозъ эмпиемы Гайморовой полости могъ быть установленъ и безъ него. Конечно, попадаютъ случаи темные, и въ нихъ, если уже необходимость пробнаго прокола неизбежна, можно дѣлать такіе проколы сквозъ альвеолярный отростокъ, о чемъ я буду говорить ниже. Эти проколы гораздо менѣе опасны и тяжелы для больныхъ. Въ общемъ же, я стараюсь ставить діагнозъ всѣми имѣющимися въ нашемъ распоряженіи консервативными средствами, полагая, что оперативное вмѣшательство уместно въ леченіи, но мало имѣетъ оправданій, когда оно примѣняется для установки діагноза, который и безъ этого можетъ быть установленъ съ полною положительностью.

*) Промываніе можетъ тоже не быть убѣдительнымъ, если, что впрочемъ бываетъ рѣдко (см. анатомію), Гайморова полость раздѣлена на отдѣльныя, не сообщающіяся между собой, вторичныя полости.

Чтобы этого достигнуть, нужно лишь избѣгать односторонности. Не ограничиваться изслѣдованіемъ одного только носа, а использовать всѣ имѣющіеся въ нашемъ распоряженіи діагностическіе методы. Такъ, изслѣдованіе носа должно быть дополняемо изслѣдованіемъ рта и просвѣчиваніемъ.

Изслѣдованіе рта само по себѣ, конечно, тоже не рѣшаетъ діагноза. Тѣмъ не менѣе въ полости рта мы можемъ найти данныя, которыя будутъ дополнять другіе симптомы, и ихъ то совокупность можетъ создать увѣренность въ діагнозѣ. Изслѣдуя ротъ, я ищу всегда въ немъ наличности такихъ условій, которыя могли бы повести къ возникновенію эмпіемы Гайморовой полости. Разъ только, на основаніи другихъ симптомовъ, эмпіема мною заподозрѣна, я со стороны полости рта, такъ сказать, провѣряю ея вѣроятность. Въ отдѣлѣ этиологіи я подробно останавливался на разборѣ тѣхъ данныхъ въ полости рта, которыя могутъ повести къ возникновенію эмпіемы и привелъ литературу вопроса. Здѣсь я хочу сказать лишь, что, при установкѣ діагноза, я подробно изслѣдую верхніе коренные зубы соотвѣтствующей стороны. Особое вниманіе обращаю на 2-ой малый коренной и 1-ый большій коренной. Я задаюсь цѣлью всегда опредѣлить, нѣтъ ли гангрены мякоти въ какомъ-либо изъ этихъ зубовъ. Изслѣдую ихъ на впечатлительность къ температурнымъ колебаніямъ, на чувствительность по отношенію къ зондированію, стараюсь проникнуть зондомъ во внутрь пульпарной полости; я не оставляю безъ вниманія и содержимаго полости мякоти зуба, стараюсь выяснитъ, не представляется ли оно въ видѣ гнилостнаго распада. Само собою разумѣется, что если одинъ изъ интересующихъ меня зубовъ запломбированъ или покрытъ золотой коронкой, я удаляю послѣднія, преслѣдуя все ту-же цѣль, убѣдиться въ жизнениости или омертвѣніи мякоти. Если зубъ отсутствуетъ, онъ удаленъ раньше, то это также принимается во вниманіе, на основаніи выше уже мною высказанныхъ (см. этиологію) соображеній. Этимъ я не считаю изслѣдованія законченнымъ. Я убѣждаюсь всегда, кромѣ того, нѣтъ ли у больного признаковъ хронической альвеолярной піорреи. Для этой цѣли я подробно осматриваю десны, изслѣдую шейки зубовъ, обращаю вниманіе на обнаженіе ихъ корней, и путемъ давленія на десны по длинѣ зуба стараюсь получить видимое количество гноя изъ альвеолы или десневого кармана. Мнѣ могутъ

сказать, что подобнаго рода изслѣдованіе не выясняетъ вопроса о наличности эмпіемы Гайморовой полости. Но я съ этимъ не согласенъ. Оно *дополняетъ* картину и нерѣдко изъ предположенія превращаетъ діагнозъ въ увѣренность. Чтобы не быть голословнымъ, я позволю себѣ сослаться на свои наблюденія. Всякій разъ, когда были обнаружены со стороны зубовъ требующіяся данныя, и эмпіема была на лицо. Зубы были здоровы, эмпіемы не оказывалось. Пусть это до извѣстной степени обусловливается особенностями моего матеріала, но все-таки это вѣдь не простая случайность. Я отмѣтилъ всѣ случаи въ исторіяхъ болѣзней, которые присылаемы были мнѣ ринологами, чтобы показать, что мой матеріалъ не одностороненъ, что онъ черпался не только изъ спеціально „зубныхъ“ больныхъ, а также и изъ разряда больныхъ „носовыхъ“. Bönninghaus, полемизируя въ своей статьѣ съ Partsch'емъ, считающимъ, что болѣзни зубовъ играютъ не послѣднюю роль въ дѣлѣ возникновенія Гайморитовъ высказываетъ именно то предположеніе, что профессоръ Partsch, какъ директоръ зубо-врачебнаго института, наблюдалъ исключительно случаи зубнаго происхожденія и потому зубамъ придаетъ такое значеніе. Я, до извѣстной степени, гарантирую себя отъ подобнаго упрека — именно разнообразіемъ моего матеріала. Я готовъ допустить, что спеціальнѣе его характеръ быть можетъ и у меня нѣсколько вліяетъ на выводимыя заключенія, но все-таки я обязанъ отмѣтить, что и среди матеріала, попадавшаго ко мнѣ для спеціальной помощи отъ ринологовъ, явленія заболѣванія зубовъ носили тотъ же характеръ (при наличности эмпіемы Гайморовой полости) какъ и въ томъ случаѣ, когда матеріалъ былъ спеціально мой. Развѣ это не исключаетъ вліянія случайности и не даетъ права требовать подробнаго изслѣдованія зубовъ при распознаваніи Гайморита. Основываясь все на томъ же матеріалѣ, я считаю, поэтому, возможнымъ вывести заключеніе, что изслѣдованіе зубовъ дополняетъ картину діагноза и для полноты послѣдняго является обязательнымъ. Нужно убѣдиться въ наличности тѣхъ явленій, которыя характеризуютъ гангрену мякоти зуба, или, по крайней мѣрѣ, собрать данныя въ пользу того, что она существовала раньше. Но за то я не понимаю совершенно смысла отмѣчать единственно наличность каріознаго зуба. Я уже говорилъ въ отдѣлѣ этиологіи, что самъ по себѣ послѣдній ничего не дока-

зываетъ, такъ какъ далеко не всякій каріозный зубъ пораженъ гангреной мякоти, а, какъ я уже это выяснилъ, только она и можетъ имѣть значеніе. Я не считаю возможнымъ обойти молчаніемъ и тотъ фактъ, который съ рельефностью выступаетъ изъ моихъ наблюденій (см. исторіи болѣзней), что значеніе имѣютъ главнымъ образомъ 1 большой коренной и 2-ой малый коренной зубы. Во всѣхъ случаяхъ, которые я наблюдалъ, именно эти зубы были поражены гангреной мякоти; въ видѣ исключенія, попало мнѣ нѣсколько случаевъ (см. случаи №№ XXIV, LXXXIII), гдѣ это же заболѣваніе было обнаружено во второмъ большомъ коренномъ. За то ни разу я не наблюдалъ случая, гдѣ бы эмпиему Гайморовой полости можно было поставить въ связь съ заболѣваніемъ 1-го премоляра, а тѣмъ паче клыковъ или рѣзцовъ. Такъ какъ въ полномъ согласіи съ этимъ стоятъ и анатомическія данныя, то я считаю возможнымъ въ дѣлѣ распознаванія эмпиемы Гайморовой полости выставить тотъ фактъ, что заболѣваніемъ 1-го премоляра, клыковъ и рѣзцовъ не слѣдуетъ придавать значенія. Одинъ лишь случай (см. № XXXII) я наблюдалъ такой, гдѣ можно было установить сообщеніе между лункой малаго рѣзца и Гайморовой полостью. Но это какъ разъ случай несомнѣнной кисты, діагнозъ которой провѣренъ операцией, а потому онъ не только не противорѣчитъ моимъ выводамъ, но наоборотъ подтверждаетъ ихъ, такъ какъ доказываетъ, что въ случаѣ подобнаго рода измѣненій, мы имѣемъ дѣло съ какимъ нибудь другимъ процессомъ, а не съ эмпией Гайморовой полости.

Точно также я считаю возможнымъ предостеречь, что, въ случаѣ наличности совершенно здоровыхъ зубовъ и отсутствія альвеолярной піорреи, діагнозъ эмпиемы Гайморовой полости долженъ устанавливаться съ большою осторожностью. Я нахожу въ литературныхъ указаніяхъ (см. этиологію) авторовъ случаи иного рода, эмпиемы наблюдались ими и при здоровыхъ зубахъ, но изъ приводимыхъ исторій болѣзни не видно, дабы изслѣдованіе зубовъ было произведено ими съ той тщательностью, на необходимость которой я выше указалъ. Поэтому возможность просмотра въ ихъ наблюденіяхъ не исключена. Я еще разъ повторяю, я далекъ отъ мысли считать всѣ эмпиемы Гайморовой полости эмпиемами зубного происхожденія, и допускаю возможность возникновенія ихъ другимъ путемъ, что, въ особенности для острыхъ эмпиевъ, даже считаю

доказаннымъ, на основаніи существующихъ изслѣдованій. Я лишь хочу отмѣтить, что при здоровыхъ зубахъ изслѣдователю нужно собрать всѣ данныя въ пользу наличности эмпиемы прежде, чѣмъ онъ рѣшитъ діагнозъ, и утверждаю это, вооруженный наблюденіями (см. случаи № LIX, XXIX, XLVIII, XCIII), гдѣ совершенно здоровые зубы были удаляемы и при трепанациі эмпиемы не оказывалось. Конечно, до сихъ поръ еще сильно то мнѣніе, что зубы представляютъ собою органы маловажные, которыми жертвовать можно по любому поводу, даже по поводу недостаточной внимательности при изслѣдованіи. Отсутствію зубовъ можно помочь кулинарнымъ искусствомъ или протезомъ, а потому и надъ сохраненіемъ ихъ, по мнѣнію авторовъ, не слѣдуетъ задумываться. Прогрессируетъ ли человѣчество при такомъ взглядѣ на дѣло, это уже другой вопросъ.

Я думаю, я достаточно выяснилъ необходимость изслѣдованія зубовъ въ дѣлѣ распознаванія эмпиемы Гайморовой полости; на получаемые имъ результаты я смотрю, какъ на дополненныя данныя, хотя и не имѣющія рѣшающаго характера, тѣмъ не менѣе необходимыя для полноты и обоснованности заключенія.

Полость рта можетъ служить и мѣстомъ пробныхъ проколовъ; я уже сказалъ, что картина заболѣванія Гайморовой полости можетъ быть на столько темна, что рѣшить вопросъ можно лишь путемъ пробнаго прокола. Я указалъ на недостатки пробныхъ проколовъ со стороны носа. Изъ полости рта они выполняются гораздо легче, такъ какъ производятся подъ контролемъ пальца и глаза. Впервые такіе проколы были предложены Walb'o мъ (цитирую по Schoeller'y), указавшимъ на возможность пользоваться для этой цѣли зубоврачебной бормашинной и специальными борами. Этотъ же способъ часто примѣнялъ Ziem и настоятельно совѣтуетъ его. Проколъ или лучше сказать просверливаніе полости производится или надъ зубами, или для производства его жертвуютъ какимъ нибудь зубомъ. Подробно я буду говорить объ этомъ въ отдѣлѣ леченія, такъ какъ производимая съ діагностическою цѣлью трепанациа ничѣмъ существеннымъ не отличается отъ таковой же, предпринятой съ лѣчебной цѣлью. Все, что я говорилъ о пробныхъ проколахъ вообще, относится и къ проколамъ сквозь альвеолярный отростокъ. Я полагаю, что если ихъ и дѣлать, то только щадя зубы, и ни въ коемъ случаѣ не прибѣ-

гая къ удаленію здороваго зуба для этой цѣли; въ общемъ, все же думаю, что, хотя пробные проколы и легче и удобнѣе производить изъ полости рта, хотя они для больныхъ дѣйствительно почти совершенно безразличны, примѣненіе ихъ должно быть ограничено лишь случаями, гдѣ безъ нихъ діагнозъ не можетъ быть установленъ. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ распознаваніе должно устанавливаться *безкровно*.

Чрезвычайно важнымъ для этого средствомъ является просвѣчиваніе. Идея просвѣчиванія впервые была высказана Voltolini. Разработкой же способа просвѣчиванія Гайморовой полости при ея эмпіемахъ и широкому его распространенію мы обязаны Heryng'y. Для просвѣчиванія Гайморовой полости онъ предложилъ шпатель Reiniger'a, измѣнивъ его такимъ образомъ, что, вмѣсто каучуковой пластинки, сталъ примѣнять Эдиссонову лампочку накаливанія въ 5 вольтъ. Изслѣдованіе Heryng предложилъ производить въ темной комнатѣ: соединивъ лампочку съ батареей, онъ вставлялъ ее въ ротъ больного, и, при сомкнутыхъ губахъ, зажигалъ ее тамъ. „Наступаетъ, говоритъ авторъ, довольно значительное просвѣчиваніе лицевыхъ костей до самой глазницы, которое, при нормальныхъ отношеніяхъ, остается одинаково интенсивнымъ на обѣихъ сторонахъ, при асимметріи же Гайморовой полости, т. е. при экстазіяхъ, атрофіяхъ или заболѣваніи послѣдней, будетъ разной силы въ зависимости отъ степени и свойства заболѣванія. Я уже упомянулъ, что при кистахъ съ серозною жидкостью свѣтъ проходитъ хорошо, при плотныхъ же новообразованияхъ и при эмпіемѣ больная сторона остается темной“. Въ такомъ видѣ впервые предложенъ былъ методъ просвѣчиванія Гайморовой полости. Съ тѣхъ поръ онъ подвергся многимъ измѣненіямъ, какъ въ отношеніи самихъ приборовъ, такъ и замѣчаемыхъ при просвѣчиваніи явленій. На мѣсто шпателя Heryng'a предложена была особая лампочка Vohsen'омъ. Въ послѣднее время еще новая лампочка предложена Warnecke; будучи прикрыта особымъ стекляннымъ колпачкомъ, она имѣетъ всѣ данныя большой асептичности. Что же касается замѣчаемыхъ при просвѣчиваніи явленій, то наблюденія авторовъ, скоплавшіяся все въ большемъ и большемъ количествѣ, мало по малу дифференцировали особые мѣста на поверхности лица, затемнѣніе которыхъ типично для эмпіемы Гайморовой полости. Вмѣсто огульнаго по всей по-

верхности затемнѣнія или просвѣчиванія, стали обращать вниманіе на разницу при просвѣчиваніи подглазничной области; нижній край глазницы, отчасти нижее вѣко, на больной сторонѣ, при просвѣчиваніи, остается затемнѣннымъ. Въ дальнѣйшемъ, Davidson обратилъ вниманіе на эффектъ, получаемый со стороны зрачковъ. Его наблюденія показали, что при просвѣчиваніи, въ то время, какъ на больной сторонѣ зрачекъ остается темнымъ, на здоровой сторонѣ онъ освѣщенъ. Авторъ предполагаетъ, что лучи свѣта изъ полости рта попадаютъ въ глазницу лишь сквозь Гайморову полость, а находящійся въ послѣдней эксудатъ можетъ задерживать ихъ и тогда зрачекъ на больной сторонѣ остается неосвѣщеннымъ. Новыя данныя въ методѣ просвѣчиванія были выдвинуты въ сообщеніяхъ Kelly, Garel, Burger'a. Работами этихъ авторовъ была указана еще одна особенность, — именно разница въ субъективномъ ощущеніи свѣта на здоровой и больной сторонѣ. При зажиганіи лампочки во рту, больной обыкновенно ощущаетъ свѣтъ въ здоровомъ глазу и не чувствуетъ его въ томъ, который расположенъ на больной сторонѣ. Въ такомъ видѣ представляется методъ просвѣчиванія въ настоящее время. Ни одинъ почти діагностическій методъ не былъ столько оспариваемъ въ своемъ значеніи, какъ именно просвѣчиваніе. Я не буду подробно приводить мнѣній отдѣльныхъ авторовъ по этому вопросу, такъ какъ это не имѣетъ большого значенія, — всѣ они распадаются на двѣ группы защитниковъ и противниковъ просвѣчиванія. Въ то время, какъ первые просвѣчиванію придаютъ большое значеніе, вторые смотрятъ на просвѣчиваніе, какъ на методъ лишь вспомогательный, дополняющій данныя, полученныя другимъ путемъ. Противъ просвѣчиванія выставляютъ то обстоятельство, что затемнѣніе получается не только при эмпіемѣ Гайморовой полости; оно можетъ получаться даже у совершенно нормальныхъ людей вслѣдствіе неравномѣрной толщины костей на обѣихъ сторонахъ. Вопреки этому Hajek говоритъ, что, изслѣдуя много совершенно здоровыхъ людей, онъ, хотя и находилъ у нихъ нѣрѣдко разницу въ степени освѣщенія обѣихъ половинъ лица, тѣмъ не менѣе она никогда не достигала той степени, какая получается при эмпіемахъ. Далѣе нѣкоторые авторы какъ, напр., Ziem, особенно упираются на то обстоятельство, что при скопленіи небольшого количества эксудата въ полости, послѣдній не будетъ задерживать лучей свѣта и, слѣдовательно, не проявится затемнѣніемъ.

Ziem, ярый противник просвѣчиванія, оспариваетъ какое либо значеніе и затемнѣнія зрачка и наличности или отсутствія субъективнаго ощущенія свѣта въ глазахъ. На основаніи анатомическихъ изслѣдованій (подобравъ соотвѣтствующіе случаи), Ziem указываетъ, что лучи свѣта у нѣкоторыхъ лицъ могутъ попадать въ глазницу, минуя Гайморову полость, а проходя сквозь полость носа. Наконецъ, авторы указываютъ на то, что, въ случаѣ новообразованій въ Гайморовой полости, затемнѣніе также будетъ получаться, и такимъ образомъ эмпию не различить отъ новообразованія. Не лишены интереса наблюденія Lichwitz'a, подтвержденныя Hajek'омъ, что вслѣдъ за промываніемъ полости и выведеніемъ изъ нея патологическаго эксудата, эффектъ просвѣчиванія не улучшается. Hajek объясняетъ это тѣмъ, что главная роль въ затемнѣніи принадлежитъ воспалительно измѣненной оболочкѣ Гайморовой полости.

Я перехожу къ собственнымъ наблюденіямъ, чтобы, опираясь на нихъ, быть въ состояніи разобрать эти различныя мнѣнія авторовъ противоположныхъ лагерей. Прежде всего я долженъ замѣтить, что для просвѣчиванія Гайморовой полости пользуюсь своей особо приспособленной лампочкой. Всѣ существующіе типы лампочекъ меня всегда неудовлетворяли потому, что, во 1-хъ, для примѣненія ихъ нужно было имѣть аккумуляторъ, во, вторыхъ, онѣ быстро перегорали отъ малѣйшей неосторожности, и иногда безъ всякаго видимаго повода (лампочка въ 5 вольтъ), въ третьихъ, давали столь ничтожную силу свѣта, что, дѣйствительно, при примѣненіи ихъ, очень часто нельзя было рѣшить, имѣется ли затемнѣніе или нѣтъ, такъ какъ обѣ стороны оставались темными. Эти то неудобства заставили меня изобрѣсти собственную лампочку, которая и была своевременно описана мною. Лампочка эта приспособлена къ току въ 110 вольтъ, обычно примѣняемому для уличнаго и квартирнаго освѣщенія въ Россіи. Она представляетъ по одному тому уже большое удобство, что не требуетъ особыхъ и дорого стоящихъ приспособленій, какъ аккумуляторы, а включается въ обыкновенный штепсель для электрическаго освѣщенія. Второе ея большое преимущество—это значительная сила свѣта (лампочка 5 свѣчей) и годность для долгой службы. Одна и та же лампочка служитъ 1—2 года. Лампочка представлена на прилагаемомъ въ концѣ книги рисункѣ въ томъ видѣ,

какъ я ее употребляю теперь. (По сравненію съ лампочкой, описанной мною въ „Зубоврачебномъ Вѣстникѣ“, она нѣсколько видоизмѣнена). На деревянной ручкѣ, которую беретъ въ руки изслѣдующій, имѣется прерыватель тока, устроенный по типу обыкновенной кнопки электрическаго звонка, однимъ нажатіемъ, котораго лампочка загорается. Изслѣдованіе, по общему правилу, ведется въ совершенно темной комнатѣ. Что эта лампочка имѣетъ гораздо большую силу свѣта, чѣмъ обыкновенная лампочка для просвѣчиванія Гайморовой полости, я считаю большимъ преимуществомъ. Я совершенно не согласенъ съ авторами, которые говорятъ, что для достиженія хорошаго результата слѣдуетъ пользоваться лампочками съ небольшою силой свѣта, такъ какъ въ противномъ случаѣ и больная сторона начинаетъ просвѣчивать. Это совершенно невѣрно. Примѣняя свою лампочку на громадномъ количествѣ какъ здоровыхъ, такъ и больныхъ людей, я убѣдился, что значительная сила свѣта не только не мѣшаетъ, но помогаетъ изслѣдованію. Въмѣсто, дѣйствительно, часто невѣрнаго результата при просвѣчиваніи, небольшой очень разницы между обѣими сторонами, которыя получаются при лампочкахъ съ малой силой свѣта, я сталъ получать столь рѣзкую разницу, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ могъ бы установить діагнозъ по одному просвѣчиванію. Примѣняя большую силу свѣта, не приходится теряться, сомнѣваться, скорѣе догадываться, чѣмъ дѣйствительно видѣть затемнѣніе, какъ это бываетъ при лампочкахъ со слабымъ свѣтомъ, а, наоборотъ, разница столь значительна, что сама бросается въ глаза и даже лицамъ непосвященнымъ, какъ, напр., самымъ больнымъ кажется убѣдительною, (см. мой случай № XXVI). Быть можетъ, именно въ силу этихъ нѣкоторыхъ преимуществъ моей лампочки, я и получаю, съ помощью просвѣчиванія, прекрасный результатъ. Просвѣчиваніе я считаю прекраснымъ діагностическимъ средствомъ. Въ доказательство того я позволю себѣ сослаться на свои случаи. Вездѣ, всякій разъ, когда получалось несомнѣнное затемнѣніе, оказывалась и эмпиема при трепанаци. Не было затемнѣнія, или оно было неясное, и эмпиемы не оказывалось (см. случаи №№ XIV, XXIX, XLVIII, LIX, LXX, LVIII). Одинъ лишь случай далъ мнѣ необычайный результатъ (случай № XCIV). На основаніи данныхъ просвѣчиванія я склоненъ былъ отрицать эмпиему, но при трепанаци она оказалась.

Это единственный случай, который могъ бы во мнѣ поколебать увѣренность въ результатахъ, даваемыхъ просвѣчиваніемъ. Но этотъ случай одинъ изъ 100 другихъ и поэтому въ рѣшеніи этого вопроса большого значенія имѣть не можетъ. Спрашивается, почему же существуетъ такое разногласіе относительно значенія просвѣчиванія. Правы ли тѣ, которые просвѣчиваніе совершенно отрицаютъ? Говорятъ, затемненіе можетъ получиться и у здоровыхъ людей, вслѣдствіе неравномѣрной толщины костей; это вѣрно лишь отчасти; затемненіе получается, но оно очень ничтожно и, какъ я убѣдился, при примѣненіи своей лампочки на здоровыхъ людяхъ, не можетъ быть поставлено въ параллель съ затемненіемъ при эмпиемѣ. Чтобы быть въ состояніи его отличить, даже не нужно большого навыка, нужно посмотрѣть лишь нѣсколько разъ эффектъ просвѣчиванія на здоровыхъ и больныхъ людяхъ, но только, конечно, при условіи примѣненія лампочки съ значительной силой свѣта; при слабыхъ лампочкахъ эта разница очень мала. Авторы указываютъ, что небольшое количество эксудата въ полости просвѣчиваніемъ не обнаруживается. Я съ этимъ не согласенъ. Какъ показываютъ наблюденія выше мною приведенныхъ авторовъ, затемненіе обуславливается не однимъ только присутствіемъ эксудата, а и тѣми измѣненіями въ ткани оболочки Гайморовой полости, которыя она претерпѣваетъ подъ вліяніемъ воспалительнаго процесса. Я въ этомъ убѣдился много разъ. Къ сожалѣнію, въ исторіяхъ болѣзни у меня это не было отмѣчено, и только въ случаѣ № XXXVII записанъ результатъ наблюденія. Во многихъ другихъ случаяхъ, чего я, къ сожалѣнію, не записалъ, я неизмѣнно наблюдалъ одно и то же. Сейчасъ послѣ трепанации и промыванія полости, хотя весь эксудатъ былъ выведенъ наружу, затемненіе полости не проходило. Оно держалось очень продолжительное время послѣ операціи и исчезало понемногу. Спустя значительное время послѣ того, какъ всѣ субъективные и объективные симптомы болѣзни уже давно исчезли, затемненіе еще держалось, пока, наконецъ, и оно не проходило совершенно. Я думаю, это доказываетъ, что затемненіе обусловлено измѣненіями слизистой, и, мало того, я даже считаю себя въ правѣ высказать предположеніе, нельзя ли просвѣчиваніемъ пользоваться при сужденіи о томъ, наступило ли уже выздоровленіе полости, или нѣтъ. Конечно, нынѣ еще строить свое заключеніе на этомъ

эффектъ нельзя, такъ какъ это не удостовѣрено наблюдателями. Я ставлю лишь это вопросомъ для послѣдующихъ наблюденій. Итакъ, если дѣйствительно затемненіе обуславливается воспалительными измѣненіями слизистой, то какое же значеніе можетъ имѣть количество эксудата. Будетъ ли его много или мало, затемненіе должно одинаково получиться. Указываютъ авторы, что субъективное ощущеніе свѣта и потемненіе зрачка можетъ отсутствовать даже при наличности эмпиемы, въ силу анатомическихъ особенностей. Это неоспоримо. Но вѣдь при просвѣчиваніи мы пользуемся совокупностью всѣхъ получаемыхъ отъ него симптомовъ, а не какимъ нибудь однимъ. Не будетъ потемненія зрачка, зато можетъ быть потемненіе подглазничнаго полукруга. Указываютъ, что новообразованія могутъ давать потемненіе. Но мнѣ вообще страннымъ кажется стремленіе добиваться отъ какого либо діагностическаго метода, — рѣшающаго значенія. Вѣдь, конечно, устанавливаемъ мы діагнозъ не на основаніи одного только просвѣчиванія, а и сопутствующихъ явленій, и если мы имѣемъ дѣло съ распираніемъ костей Гайморовой полости, выдѣленій изъ носу никакихъ нѣтъ, то, конечно, мы склонимся въ пользу новообразованія, не смотря на эффектъ просвѣчиванія. Наоборотъ, при всѣхъ прочихъ данныхъ, говорящихъ за эмпиему Гайморовой полости, получивъ затемненіе, странно было бы объяснять его новообразованіемъ, а не эмпиемой. Бывшій у меня случай новообразованія (см. случай № XLVII) далъ при просвѣчиваніи эффектъ, совершенно не похожій на тотъ, который получается при эмпиемѣ; но, конечно, на одномъ случаѣ я не могу опираться какого либо заключенія. Чтобы исчерпать вопросъ, мнѣ хотѣлось бы сказать еще нѣсколько словъ о томъ, что же, если положительный результатъ просвѣчиванія имѣетъ значеніе для діагноза, то отрицательный результатъ исключаетъ эмпиему Гайморовой полости или нѣтъ. По моимъ наблюденіямъ это можно было бы почти утверждать, если бы не случай № XCIV, который заставилъ меня думать иначе. Поэтому я полагаю, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ и отрицательному эффекту просвѣчиванія слѣдуетъ придавать большое значеніе, однако, не распространять его на тѣ случаи, гдѣ всѣ прочія данныя говорятъ за эмпиему. Тутъ рѣшающимъ можетъ быть пробный проколъ.

Итакъ, резюмируя все сказанное, нужно прийти къ заключенію, что въ дѣлѣ діагноза эмпіемы Гайморовой полости просвѣчиваніе имѣетъ большое значеніе. Само по себѣ оно не рѣшаетъ вопроса, какъ его не рѣшаетъ ни одинъ изъ методовъ изслѣдованія, но въ совокупности съ другими данными оно склоняетъ распознаваніе въ ту или въ другую сторону*). Пользуясь просвѣчиваніемъ, лишь въ исключительныхъ случаяхъ приходится прибѣгать къ пробному проколу, какъ къ *ultimum refugium*, но въ то же время и какъ къ *testimonium paupertatis* нашихъ методовъ распознаванія.

Чтобы закончить отдѣлъ распознаванія, я хочу сказать еще, что для діагноза предложено было эндоскопированіе полости *Wagner's* м. Благодаря эндоскопированію, автору удалось въ отдѣльныхъ случаяхъ опредѣлить нахожденіе дренажной трубки въ полости, присутствіе полиповъ, костныхъ перегородокъ, ангиомъ и т. п., почему авторъ считаетъ этотъ методъ не лишеннымъ значенія.

Я бы не считалъ вопроса поконченнымъ, если бы не сказалъ нѣсколько словъ о дифференціальномъ діагнозѣ между эмпіемами Гайморовой полости и схожими съ ними процессами, какъ скопленіемъ серозной жидкости въ полости, кистами, новообразованиями. Что первый изъ этихъ процессовъ возможенъ, доказываютъ изслѣдованія Дмоховскаго (см. патологическую анатомію), а также *Noltinius's*, наблюдавшаго 37 случаевъ серознаго скопленія въ Гайморовой полости. Конечно, при подобнаго рода заболѣваніяхъ, ошибка въ діагнозѣ вполне возможна. Лишь пробный проколъ можетъ рѣшить дѣло. Въ случаѣ нахожденія кисты или новообразованія въ Гайморовой полости, выступаютъ довольно характерныя явленія распиранія и выпячиванія стѣнокъ, иногда выпячиванія неба въ полость рта, выпячиванія глаза и т. п. (см. мои случаи № XLVII, LXV). По этимъ явленіямъ, съ явленіями характернаго костнаго хруста, съ явленіями непосредственно видимаго глазомъ разростанія кисты или новообразованія, то со стороны носовой полости, то со стороны рта, въ большинствѣ случаевъ удастся поставить діагнозъ. Я именно отмѣчаю это

*) Придавая большое значеніе просвѣчиванію, я, если и расхожусь съ другими авторами, то, быть можетъ, именно въ силу того, что пользуюсь инымъ, чѣмъ они, источникомъ свѣта.

обстоятельство еще разъ потому, чтобы лишній разъ сказать, что измѣненія самихъ костныхъ стѣнокъ не должны возбуждать въ насъ и мысли о зависимости ихъ отъ эмпіемы, а, наоборотъ, должны направлять наше изслѣдованіе на другой путь (новообразованія, кисты).

Конечно, нельзя утверждать, что, примѣняя даже все приведенныя мною методы изслѣдованія, примѣняя ихъ съ возможною тщательностью и вниманіемъ, мы не просмотримъ иногда эмпіемы Гайморовой полости или не смѣшаемъ ея съ другимъ процессомъ. Но процентъ подобнаго рода неудачъ будетъ настолько незначительнымъ, что смѣло можетъ быть отнесенъ къ разряду тѣхъ, про которыя можно сказать „и стремленію къ точному распознаванію поставленъ предѣлъ“.

Поэтому я полагаю, что, (въ предѣлахъ возможности), вопросъ распознаванія Гайморитовъ разработанъ нынѣ достаточно широко. Діагнозъ эмпіемы Гайморовой полости въ большинствѣ случаевъ можетъ быть поставленъ безъ затрудненій; для этого слѣдуетъ принимать во вниманіе лишь весь симптомокомплексъ, а не отдѣльные симптомы. Онъ сводится къ слѣдующему:

- | | | |
|-----------------|---|---|
| а) Субъективно: | { | <ol style="list-style-type: none"> 1) гнойныя выдѣленія изъ носу одностороннія, пахучія. 2) боли безъ опредѣленной локализациі, по большей части на больной сторонѣ. |
| б) Объективно: | { | <ol style="list-style-type: none"> 1) изслѣдованіе носа: гнойное выдѣленіе подъ средней раковиной, гипертрофіи, полипы, усиленіе выдѣленія при нѣкоторыхъ положеніяхъ головы. 2) изслѣдованіе рта: пораженіе гангреной мякоти 1-го большого коренного и 2-го малаго коренного; альвеолярная піоррея. 3) результаты просвѣчиванія: затемнѣніе подглазничной области, затемнѣніе зрачка, отсутствіе субъективнаго ощущенія свѣта на больной сторонѣ. 4) результаты пробнаго прокола: отсасываніе или вымываніе гнойнаго эксудата изъ полости. |

Предсказаніе.

Эмпіеу Гайморовой полости нельзя отнести къ разряду тяжелыхъ заболѣваній. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ, разъ больной прибѣгаетъ къ врачебной помощи, страданіе устраняется легко и рѣдко приходится считаться съ какими либо осложненіями, болѣе или менѣе опасными. Въ виду этого и предсказаніе при этомъ заболѣваніи сравнительно благоприятное. Опираясь на свои наблюденія, я полагаю возможнымъ наблюдаемые случаи эмпиѣмъ подраздѣлить на 3 категоріи: первая категорія—случаи съ легкимъ теченіемъ, а потому и совершенно хорошимъ предсказаніемъ; вторая категорія—случаи съ крайне хроническимъ теченіемъ; предсказаніе при нихъ менѣе благоприятно, такъ какъ заболѣваніе тянется многіе мѣсяцы и годы; наконецъ, третья категорія, наименѣе обильная—случаи съ неблагоприятнымъ предсказаніемъ, такъ какъ для устраненія страданія приходится прибѣгать къ обширнымъ оперативнымъ вмѣшательствамъ, подвергая больного всѣмъ неприятымъ явленіямъ, связаннымъ съ таковымъ.

Типомъ первой категоріи случаевъ являются Гаймориты, развившіеся послѣ экстракціи зуба. Эти травматическіе случаи протекаютъ наиболѣе легко. Быть можетъ, тутъ играть роль и то обстоятельство, что они попадаютъ подъ наблюденіе свѣжими. Разъ только послѣ экстракціи образуется ненормальное сообщеніе между Гайморовой полостью и полостью рта, то, не говоря уже о другихъ симптомахъ, присущихъ развивающемуся Гаймориту, одно измѣненіе голоса, попадніидаже кости при полосканіи рта въ носъ, прохожденіе воздуха этимъ же путемъ заставляеть больного сейчасъ же обратиться къ врачебной помощи. Подвергнутые промыванію, они быстро проходятъ и при нихъ можно скоро за-

живить отверстіе, ведущее изъ ротовой полости въ Гайморову. Доказательствомъ сказаннаго являются мои случаи № XXII, XXXV, XLIV, LIV, LXI, LXXXV, XCIX.

Такое же легкое теченіе наблюдается и при многихъ хроническихъ эмпиѣмахъ, попавшихъ подъ наблюденіе не свѣжими. Таковы, напр., мои случаи V, VI, VIII, XIII, XXII и др. Спустя одну двѣ недѣли, явленія настолько, улучшаются, что самому больному кажется, будто онъ совсѣмъ здоровъ. И, дѣйствительно, въ промывныхъ водахъ обыкновенно гноя, спустя этотъ промежутокъ времени, ужъ нѣтъ. Эти случаи съ наилучшимъ предсказаніемъ и при нихъ можно заживить отверстіе скоро.

Однако, и по отношенію къ этой первой категоріи случаевъ легкихъ нужно соблюдать въ предсказаніи нѣкоторую осторожность. Они протекаютъ быстро и легко, но и имъ, какъ и всѣмъ вообще Гайморитамъ, присуща склонность къ рецидивамъ (ср. случаи № XVII).

Вторую категорію составляютъ случаи съ хроническимъ теченіемъ. Хотя послѣ операции и при нихъ наступаетъ значительное улучшеніе, хотя неприятыя субъективныя ощущенія больного тоже быстро исчезаютъ, но объективно полное выздоровленіе не наступаетъ. Всегда при промываніи въ промывныхъ водахъ имѣется нѣсколько слизисто-гнойныхъ комковъ (ср. случаи X, XVI, XX, XXI и др.) Конечно, и при этихъ случаяхъ предсказаніе сравнительно благоприятное. Если не считать ношенія протеза и промыванія отъ времени до времени Гайморовой полости, обыкновенно мало беспокоящихъ больного, то можно сказать, что здоровье пациента ни въ чемъ существенно не нарушено. Здѣсь лишь приходится воздержаться отъ заживленія, такъ какъ иначе быстро наступаетъ рецидивъ.

Наихудшее предсказаніе даетъ послѣдняя категорія Гайморитовъ: это Гаймориты съ очень обильнымъ выдѣленіемъ (ср. мои случаи I, XII, XL). Послѣ операции и въ нихъ нерѣдко замѣчается значительное улучшеніе. Это недолговременно. Спустя нѣкоторое время, выдѣленія начинаютъ усиливаться, дѣлаются столь обильными, что, при снятіи протеза, ротъ моментально наполняется вытекающимъ изъ Гайморовой полости гноемъ. При этихъ случаяхъ я считаю необходимымъ высказать неблагоприятное предсказаніе, такъ какъ для устраненія своего они требуютъ примѣ-

ненія какой либо обширной операціи—вскрытія Гайморовой полости на значительномъ протяженіи, выскабливанія ея слизистой и т. п. Конечно, это предсказаніе неблагоприятно лишь относительно, такъ какъ послѣ примѣненія радикальной операціи и эти болѣе тяжелые случаи даютъ выздоровленіе.

Что же касается случаевъ, гдѣ бы заболѣваніе Гайморовой полости грозило распространиться на глазъ или полость черепа, то они настолько рѣдки, что я ихъ даже не включаю въ категоріи съ тѣмъ или инымъ предсказаніемъ. Конечно, это случаи съ предсказаніемъ тяжкимъ.

Въ заключеніе главы о предсказаніи я долженъ еще сказать, что мы рѣдко имѣемъ возможность отнести наблюдаемый случай эмпіеи Гайморовой полости къ той или иной категоріи въ началѣ наблюденія. Чтобы высказать правильное предсказаніе, слѣдуетъ понаблюдать больного продолжительный срокъ. Какъ я уже сказалъ, всѣ почти Гаймориты послѣ операціи даютъ значительное улучшеніе, и, желая высказать правильное предсказаніе, не слѣдуетъ поддаваться обоянію перваго улучшенія. Проходятъ иногда недѣли,—процессъ начинаетъ ухудшаться, выдѣленія увеличиваются и по-немногу начинаетъ выдвигаться необходимость радикальной операціи.

Чтобы быть увѣреннымъ въ своемъ предсказаніи, нужно слѣдить за выдѣленіями въ теченіи 2—3 мѣсяцевъ. Если, спустя уже первую недѣлю выдѣленія исчезаютъ, въ теченіе нѣсколькихъ послѣдующихъ недѣль промывныя воды остаются чистыми, въ нихъ нѣтъ ни гноя, ни слизи,—случай можно отнести къ первой категоріи—легкихъ. Для сужденія о предсказаніи мною значить увеличивать промежутки между отдѣльными промываніями и слѣдить за тѣмъ, не увеличиваются ли выдѣленія съ увеличеніемъ промежутковъ; разъ этого не происходитъ, то съ тѣмъ большимъ правомъ можно причислить такой случай къ легкимъ.

Ко второй категоріи по предсказанію я рѣшаюсь отнести случай тогда, когда въ теченіе первыхъ мѣсяцевъ, несмотря на ежедневныя промыванія, выдѣленія не исчезаютъ совершенно, или же, если они и исчезаютъ, то зато при увеличеніи промежутковъ между промываніями появляются снова.

Третья категорія распознается легко. Здѣсь, несмотря на промыванія, выдѣленія продолжаютъ быть обильными или даже увеличиваются въ своемъ количествѣ.

Такимъ путемъ лишь наблюденіе въ теченіе 2—3 мѣсяцевъ даетъ намъ возможность высказать то или другое предсказаніе.

По поводу предсказанія при Гайморитахъ я не нашелъ въ литературѣ никакихъ точныхъ указаній. Въ виду этого, главу о предсказаніи я излагаю исключительно на основаніи собственныхъ наблюденій.

Лечение.

Прежде чѣмъ говорить о леченіи, я считаю умѣстнымъ указать на профилактическія мѣры въ отношеніи эмпіемы Гайморовой полости. Къ сожалѣнію, далеко не всегда возможно устранить всѣ тѣ обстоятельства, которыя могутъ повести къ ея возникновенію. Часто причина заболѣванія для насъ остается неясной, а потому, конечно, и трудно принять противъ нея какія либо предохранительныя мѣры. Вниманіе слѣдуетъ обращать, по крайней мѣрѣ, на два главнѣйшихъ источника заболѣванія, а именно: на состояніе зубовъ и состояніе полости носа. Такъ какъ, несомнѣнно, громадное количество эмпіемъ Гайморовой полости обуславливается воспалительными процессами, распространяющимися изъ окружающихъ зубы частей, то предохранительныя мѣры должны быть направлены на предупрежденіе подобной возможности. Для этого вполне умѣстно указать на необходимость заблаговременнаго пломбирования зубовъ въ томъ стадіи каріеза, когда онъ не угрожаетъ еще инфекціей мягкости. Также чрезвычайно важное значеніе имѣетъ тщательность леченія и пломбирования зубовъ, когда мягкость уже заболѣла. Особенное вниманіе нужно при пломбированіи верхнихъ коренныхъ зубовъ, а также второго малаго коренного зуба, такъ какъ, по опыту, мы знаемъ, что чаще всего заболѣваніе стоитъ въ связи съ состояніемъ этихъ именно зубовъ. Какъ показываютъ мои наблюденія, причиной заболѣванія эмпіемой Гайморовой полости могутъ быть зубы, леченные по ампутаціонному методу. Кромѣ того нерѣдко подъ пломбами, положенными повидимому въ зубъ съ каріезомъ второй степени мы встрѣчаемъ омертвѣніе мягкости; подобнаго же рода явленія наблюдались и подъ золотыми коронками.

Все это конечно говоритъ за давно созданную необходимость тщательнаго леченія зубовъ передъ пломбированіемъ во всѣхъ тѣхъ

случаяхъ, когда мы имѣемъ дѣло съ заболѣваніемъ мягкости и за необходимость полнаго удаленія каріозной ткани въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣемъ дѣло съ каріезомъ поверхностныхъ степеней. Совершенно разрушенные каріезные корни верхнихъ коренныхъ зубовъ должны быть изъ профилактическихъ цѣлей удаляемы; какъ разъ эти зубы всегда особенно отстаиваютъ больные, полагая, что, разъ они не причиняютъ болѣй, то этимъ самымъ рѣшается вопросъ о возможности ихъ оставленія во рту. Точно такимъ же образомъ оставленіе разрушенныхъ корней подъ протезомъ можетъ повести къ заболѣванію Гайморовой полости, разъ въ окружности этихъ корней вспыхнетъ воспалительный процессъ. И такъ, профилактическія мѣры сводятся, главнымъ образомъ, къ уходу и тщательному соблюденію гигиеническихъ предписаній по отношенію къ зубамъ. При наличности альвеолярной піорреи точно также нужно обращать вниманіе на очистку десневыхъ кармановъ отъ гноя, и на леченіе основного страданія. Со стороны носовой полости большую услугу составило бы распространеніе правильнаго взгляда на необходимость леченія, при заболѣваніи слизистой оболочки. Безпечность, съ которой больные относятся къ страданіямъ своего носа, мѣсяцами и годами не обращая вниманія на имѣющійся у нихъ насморкъ, конечно, нерѣдко ведетъ къ распространенію процесса на придаточныя полости.

Однако, какъ я уже выше сказалъ, профилактика далеко не всегда приводитъ къ цѣли. Гигиеническія свѣдѣнія вообще и въ частности таковыя свѣдѣнія о состояніи зубовъ и носа такъ мало распространены въ широкомъ кругу публики, что нельзя удивляться столь частому возникновенію различнаго рода осложнений. Пустыя и легко устранимыя заболѣванія ведутъ къ возникновенію патологическихъ процессовъ, часто трудно поддающихся леченію.

Потому то вопросъ леченія Гайморовой полости и составляетъ одинъ изъ самыхъ обширныхъ отдѣловъ ученія о нихъ.

Въ отношеніи леченія, острые и хроническія эмпіемы рѣзко разнятся между собой. Согласно свидѣтельству авторовъ, острые эмпіемы Гайморовой полости въ громадномъ большинствѣ случаевъ проходятъ самопроизвольно; случай наблюдавшейся мною острой эмпіемы точно также прошелъ безо всякаго леченія. Въ виду этого Wroblewski совѣтъ отрицаетъ необходимость какого либо энергичнаго леченія при острыхъ эмпіемахъ. Все леченіе должно

лишь сводится къ мѣропріятіямъ симптоматическаго характера. Онъ предписываетъ покой, теплые компрессы на голову и больную сторону, antipylin внутрь для успокоенія боли. Со временемъ, когда острья явленія нѣсколько стихнуть, Wroblewski совѣтуетъ назначать іодистый калий, дабы этимъ усилить выдѣленія. Онъ возстаётъ противъ Avellis'a и его пробныхъ промываній, — которыя послѣдній примѣняетъ при острыхъ эмпіемахъ. Wertheim также совѣтуетъ не предпринимать никакихъ лечебныхъ мѣръ въ теченіе остраго Гайморита; самое большее, по его мнѣнію, больному можно назначить хининъ или антипиринъ внутрь. Со стороны носовой полости слѣдуетъ примѣнять кокаиновыя смазыванія и промываніе носа какимъ либо слабымъ антисептическимъ растворомъ. По мнѣнію Avellis'a оперативное вмѣшательство показано лишь въ томъ случаѣ, если гной прокладываетъ себѣ путь въ черепную полость. Hajek тоже согласенъ, что острья эмпіемы должны проходить безо всякаго леченія, что, какъ онъ говоритъ, возвелось почти въ законъ; но, по мнѣнію Hajek'a, изъ этого правила бываютъ исключенія и къ такимъ исключеніямъ онъ причисляетъ острья эмпіемы, возникшія на почвѣ гнойнаго періостита зуба, вскрывшагося въ полость. Въ этихъ случаяхъ, по мнѣнію Hajek'a, показано самое широкое вскрытіе полости для удаленія гнойнаго содержимаго. Въ случаѣ наличности значительныхъ болей, Hajek совѣтуетъ давать больнымъ внутрь фенацетинъ; если явленія острой эмпіемы не стихаютъ, то слѣдуетъ произвести промываніе черезъ естественное отверстіе, или, если это не удастся, произвести пробный проколъ съ послѣдующимъ промываніемъ. Hajek совѣтуетъ дѣлать промыванія большимъ количествомъ теплаго борнаго раствора. Во всякомъ случаѣ, по его мнѣнію, съ леченіемъ и оперативнымъ вмѣшательствомъ не слѣдуетъ спѣшить, а, наоборотъ, слѣдуетъ выждать первое время, такъ какъ симптомы острой эмпіемы часто начинаютъ стихать на глазахъ. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ можно руководствоваться теченіемъ заболѣванія: если только выдѣленія уменьшаются въ своемъ количествѣ и измѣняются въ характерѣ, — изъ гнойныхъ переходятъ въ слизистыя, однимъ словомъ, когда имѣется картина ослабленія патологическаго процесса, нужно выждать сравнительно большее время. Въ общемъ Hajek полагаетъ, что острья эмпіемы тянутся отъ трехъ до пяти недѣль. Въ тѣхъ случаяхъ, когда про-

цессъ самъ по себѣ не проходитъ и сознана необходимость оперативнаго вмѣшательства, то, конечно, выполненіе его ничѣмъ не отличается отъ такихъ же пріемовъ при хроническихъ эмпіемахъ, которые и будутъ изложены ниже. Одно лишь слѣдуетъ отмѣтить, что, такъ какъ острья эмпіемы, даже въ затяжныхъ случаяхъ, легче поддаются леченію, то по отношенію къ нимъ лучше ограничиваться промываніемъ черезъ естественное отверстіе, не прибѣгая къ операціи.

Леченіе хроническихъ эмпіемъ можно подраздѣлить на отдѣльные моменты, а именно: на 1) устраненіе вызвавшей причины, равно устраненіе всего того, что можетъ мѣшать правильному теченію леченія, 2) выведеніе патологическаго экссудата изъ полости и обезпеченіе ему стока и 3) послѣдующее леченіе полости.

Что касается перваго изъ этихъ моментовъ, то здѣсь наши мѣропріятія не всегда достигаютъ цѣли. Устранить вызвавшую причину не всегда возможно уже по тому одному, что она можетъ быть и не извѣстна; въ тѣхъ случаяхъ, когда такая причина на лицо и когда мы имѣемъ дѣло съ каріознымъ зубомъ, корнемъ или костнымъ секвестромъ, а также съ инороднымъ тѣломъ, находящимся въ полости, путь леченія вполне ясенъ; прежде всего должно быть произведено удаленіе такого зуба, корня, секвестра или инороднаго тѣла. Мало того, приступая къ леченію слѣдуетъ всегда позаботиться объ устраненіи полиповъ, объ леченіи гипертрофій слизистой оболочки, которыя могутъ затруднять своимъ присутствіемъ наши мѣропріятія. Они часто мѣшаютъ даже операціи, если таковая предпринимается со стороны носа, не говоря уже о томъ, что, при наличности ихъ, послѣдующее промываніе и введеніе лекарственныхъ веществъ можетъ быть въ значительной степени затруднено.

Однако, гораздо чаще намъ приходится имѣть дѣло не съ основной причиной заболѣваній, а съ вызванными ею послѣдствіями, а именно: скопленіемъ экссудата, и все вниманіе приходится сосредоточивать на томъ, дабы удалить его изъ полости и обезпечить ему на будущее время хорошій стокъ. Методы, которыми достигаютъ этой цѣли, можно раздѣлить на 1) консервативныя методы, — когда мы стараемся вывести экссудатъ черезъ нормальное отверстіе и 2) оперативныя методы, когда для удаленія экссудата мы производимъ искусственное отверстіе въ полости. Въ

эвою очередь оперативные методы можно раздѣлить на методы операций: 1) черезъ щеку, 2) черезъ носовую полость, 3) черезъ полость рта и 4) смѣшанные методы.

Методы операции черезъ носъ можно подраздѣлить на двѣ группы: на методы операций черезъ: 1) средний носовой ходъ, 2) черезъ нижній носовой ходъ.

Методы операций изъ полости рта можно подраздѣлить на три группы: 1) на методы операции сквозъ альвеолу, 2) методы операции сквозъ fossa canina и 3) методы операции сквозъ небо.

Смѣшанными методами я называю особенно пропагандируемыя въ послѣднее время „радикальныя“ операции, гдѣ одновременно вскрывается полость со стороны носа и рта.

Прежде я остановлюсь на консервативныхъ методахъ. Наиболѣе консервативнымъ является методъ Jelenffy, такъ какъ при немъ не только не наносится искусственнаго отверстія, но и вообще не примѣняется никакого инструмента. Авторъ совѣтуетъ наполнить носъ больного жидкостью въ количествѣ, отвѣчающемъ емкости полости, уложить его на спину съ запрокинутой головой, стараясь дабы мягкое небо плотно прилегло къ задней стѣнкѣ глотки и въ такомъ положеніи удерживать больного нѣкоторое время, заставляя его лишь производить движенія головой въ разныя стороны. По мнѣнію автора, при этомъ жидкость проникнетъ въ полость и прополощетъ ее. Исслѣдованія Neumann'a показываютъ, однако, что предположеніе Jelenffy о прониканіи жидкости въ Гайморовую полость на самомъ дѣлѣ не оправдывается. Neumann дѣлалъ опыты на отрѣзанныхъ и распиленныхъ головахъ, вливая въ носъ воду при боковыхъ положеніяхъ головы. Изъ 18 случаевъ лишь три раза вода попала въ Гайморову полость безъ предварительнаго нанесенія противоотверстія въ полости, два раза изъ нихъ ostium maxillare было очень велико, въ третьемъ же случаѣ имѣлось foramen accessorium, черезъ которое вода попала во внутрь полости. Во всѣхъ остальныхъ 15 случаяхъ вода могла проникнуть въ Гайморову полость лишь послѣ того, какъ въ другомъ мѣстѣ ея было сдѣлано отверстіе. Этими уже опытами вполне выясняется нерациональность метода Jelenffy. Хотя авторъ исходитъ изъ благого желанія провести лечение консервативнымъ путемъ, однако, я полагаю, что даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда промывная жидкость можетъ попадать

въ полость, все-таки теченіе болѣзни затянется на долгое время, ибо очищеніе полости не можетъ происходить хорошо, почему подобнаго рода консервативному методу все-таки долженъ быть предпочтенъ методъ оперативный, дающій быстрое выздоровленіе. Къ разряду консервативныхъ методовъ относится также и методъ промыванія Гайморовой полости черезъ естественное отверстіе помощью различныхъ инструментовъ. Подобнаго рода способы предложены уже давно Hunter'омъ, Jourdain'омъ, а въ послѣднее время Störck'омъ, Hartmann'омъ и Weil'емъ. По производству своему эти способы ничѣмъ не отличаются отъ пробныхъ промываній тѣхъ же авторовъ, о которыхъ мы говорили въ предыдущемъ отдѣлѣ. Тогда уже были выяснены всѣ недостатки, присущіе этимъ методамъ.

Способъ Störck'a представляетъ мало измѣненій по сравненію съ описанными уже методами. Störck предлагаетъ употреблять маленькіе носовые шприцы съ небольшимъ изгибомъ на концѣ, который и вводится въ infundibulum. Если изгибомъ не удастся попасть въ полость, тогда примѣняютъ прямую трубочку, снабженную боковымъ отверстіемъ, сквозъ которое промывная жидкость подъ прямымъ угломъ впрыскивается въ пазуху. О попаденіи жидкости въ полость судятъ по заявленію больного, такъ какъ проникновеніе жидкости сопровождается особаго рода ощущеніемъ.

Относительно всѣхъ этихъ способовъ промыванія черезъ естественное отверстіе слѣдуетъ сказать, что они трудно выполнимы, такъ какъ рѣдко кончикомъ шприца удастся попасть въ ostium maxillare. Кромѣ того, слѣдуетъ еще имѣть въ виду и то обстоятельство, что врядъ ли при подобнаго рода промываніяхъ возможно полное удаленіе экссудата изъ полости. Оно исполнимо въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется foramen accessorium, сквозъ которое гной выходитъ наружу. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ, когда гною приходится выходить черезъ отверстіе, закрытое уже кончикомъ шприца, конечно, о хорошемъ промываніи не можетъ быть и рѣчи. Промыванія черезъ естественное отверстіе будутъ вполне уместны въ случаяхъ острыхъ эмпиевъ, быстро заканчивающихся, но когда мы имѣемъ дѣло съ хронически протекающимъ случаемъ, при которомъ нерѣдко промываніе тянется очень долгое время, методъ этотъ будетъ совершенно непригоденъ; вѣдь

для всякаго такого промыванія больной долженъ посѣщать врача, самъ онъ его произвести не можетъ.

Мои наблюденія показываютъ, что даже въ случаяхъ, леченныхъ оперативнымъ путемъ, выдѣленія изъ полости могутъ продолжаться очень долгій промежутокъ времени, не смотря на то, что полость часто и тщательно очищается; что же можно сказать относительно этихъ консервативныхъ методовъ, когда при нихъ полное удаленіе содержимаго является сомнительнымъ?

Какъ бы переходною ступенью къ оперативнымъ методамъ являются методы Schiffrers'a и Bayer'a. Какъ тотъ, такъ и другой, пытаются промыть Гайморову полость сквозъ естественное отверстіе, расширяя послѣднее гальванокаутеромъ.

Собственно-оперативные методы леченія Гайморовой полости установлены еще хирургами 16 столѣтія и почти въ неизмѣненномъ видѣ перешли къ намъ.

Zuckerkandl говоритъ, что трепанція Гайморовой полости повидимому играла большую роль у хирурговъ 16-го и 17-го столѣтія. Было даже время, когда анатомы и физиологи съ особенной любовью занимались Гайморовой полостью, равно какъ и сосѣдними воздушными полостями, ища въ нихъ локализациі душевныхъ и интеллектуальныхъ функцій въ жизни человѣка. Mikulicz говоритъ, что насъ не должно удивлять поэтому, что хирурги того времени удѣляли такую массу вниманія Гайморовой полости и изобрѣтали цѣлый рядъ операций для леченія какъ дѣйствительныхъ, такъ и мнимыхъ ея страданій. Diefenbach въ 1848 году въ своей „Оперативной хирургіи“ говоритъ, что вскрытіе Гайморовой полости занимаетъ въ хирургическомъ ученіи гораздо больше мѣста, чѣмъ оно того заслуживаетъ, и даже больше, чѣмъ резекція верхней челюсти. То тутъ, то тамъ дѣлается отверстіе въ открытой полости, для удаленія слизи, гноя, полиповъ и т. п.

Старѣйшимъ методомъ вскрытія Гайморовой полости является операція Molinetti (1675 г.). Авторъ предлагаетъ произвести разрѣзъ щеки вплоть до костей, обнажить кость и пробуровать ее въ пространствѣ между скуловымъ отросткомъ и третьимъ большимъ кореннымъ зубомъ. Этотъ методъ, примѣнявшійся впослѣдствіи Weinhold'омъ, нашелъ мало послѣдователей. Показаніемъ къ нему могутъ быть лишь случаи остраго остеомиелита че-

люсти, стоящаго въ связи съ заболѣваніемъ Гайморовой полости, когда наружные покровы вовлечены въ страданіе и или готовится самопроизвольное вскрытіе, или таковое уже произошло. Въ этихъ случаяхъ подобнаго рода разрѣзъ можетъ найти оправданіе. Въ случаяхъ же обычной, хронически протекающей эмпіемы Гайморовой полости, конечно, подобная операція совершенно не показана и потому то она никѣмъ и не примѣняется, представляя лишь историческій интересъ.

Совсѣмъ другое мы видимъ въ дѣлѣ примѣненія операций черезъ носъ. Какъ я уже сказалъ, онѣ распадаются на методы операций черезъ средній носовой ходъ и методы операций черезъ нижній ходъ. По чисто теоретическимъ соображеніямъ казалось бы, что всѣ данныя имѣются на сторонѣ операций черезъ средній носовой ходъ. Zuckerkandl по этому поводу говоритъ, что лучшимъ мѣстомъ для операціи является участокъ расположенный сейчасъ же позади и книзу отъ infundibulum, именно тамъ, гдѣ полость отдѣлена лишь только мягкими частями. Въ новѣйшей своей работѣ онъ, однако, (при наличности здоровыхъ зубовъ и въ томъ случаѣ, когда можно предположить, что эмпіема развилась на почвѣ носового страданія), совѣтуетъ оперировать лучше въ передней, а не въ задней части средняго носового хода, такъ какъ здѣсь не мѣшаетъ операціи средняя раковина, почему операціонное поле доступно обозрѣнію. На этотъ же путь невольно вступилъ и Hartmann такъ какъ часто, не попадая канюлей въ естественное отверстіе, производилъ прободеніе ею стѣнки Гайморовой полости изъ средняго носового хода. Та же возможность вскрытія Гайморовой полости черезъ средній носовой ходъ указана и въ упомянутой нами уже статьѣ фонъ-Штейна. Какъ методъ вскрытія Гайморовой полости Siebenmann предлагаетъ продыравливаніе внутренней ея стѣнки изъ средняго носового хода помощью мизинца, подравнивая потомъ края получившагося отверстія помощью острой ложки или ножницъ. Многіе другіе авторы, какъ Jens, тоже вскрываютъ Гайморову полость со стороны средняго носового хода, но только не пальцемъ, а изогнутымъ ножомъ, которымъ и наносятъ два параллельныхъ разрѣза по направленію кпереди, а находящійся между ними участокъ ткани удаляютъ изогнутыми щипчиками. Килліанъ обращаетъ вниманіе на то, что уже въ 1869 году Вагнеръ въ одномъ

случаѣ вскрывалъ Гайморову полость помощью мизинца изъ средняго носового хода. Emmenegger по поводу все той же операции Siebenmann'a говорить, что лучше въ этихъ случаяхъ пользоваться острой ложкой, которой можно проникнуть сквозь стѣнку Гайморовой полости, а затѣмъ образующееся отверстіе расширить кпереди и кзади помощью пальца, такимъ образомъ, чтобы получилась дыра, шириной въ $1\frac{1}{2}$ и длиной въ 3—4 сантиметра. Onodi подробно останавливается на разборахъ этихъ методовъ и предлагаетъ для вскрытія Гайморовой полости изъ средняго носового хода пользоваться особымъ предложеннымъ имъ пинцетомъ, который въ сложенномъ видѣ снабженъ остриемъ (на подобіе троакара). Этимъ остриемъ Onodi прободаетъ изъ средняго носового хода внутреннюю стѣнку и затѣмъ, раздвигая бранши пинцета, острыми его краями расширяетъ сдѣланное отверстіе. Все-таки, противъ широкаго примѣненія всѣхъ этихъ методовъ вскрытія Гайморовой полости изъ средняго носового хода говорить и трудность ихъ выполнения и полная неудовлетворительность по отношенію къ установившимся въ хирургіи принципамъ вскрывать полость такъ, чтобы обезпечить постоянный стокъ отдѣляемому, т. е. въ данномъ случаѣ въ самой нижней точкѣ полости. Громаднымъ недостаткомъ этого метода является и то обстоятельство, что больной съ момента операции привязанъ къ врачу. Промыванія полости, которыя производятся сквозь средній носовой ходъ, не могутъ быть поручены самому больному, такъ какъ введеніе промывной трубки затруднительно даже и для врача, и совершенно почти невыполнимо для больного; наконецъ тѣ же соображенія, которыя были высказаны мною по поводу пробнаго прокола въ этомъ мѣстѣ, имѣютъ значеніе и въ отношеніи вскрытія полости изъ средняго носового хода (раненіе глазницы).

Гораздо больше вниманія привлекаетъ къ себѣ вскрытіе полости изъ нижняго носового хода. Впервые методъ этотъ былъ предложенъ Mikulicz'емъ. Предлагая этотъ путь, Mikulicz руководствовался физиологическимъ соображеніемъ; разъ Гайморова полость, говорить онъ, въ естественныхъ условіяхъ сообщается съ носовой полостью, то и въ тѣхъ случаяхъ, когда въ силу патологическаго процесса такое сообщеніе прекращено, очевидно только та операция будетъ наиболѣе рациональна, которая возстановитъ это физиологическое состояніе. Операция Mikulicz'a является

типомъ операций сквозь нижній носовой ходъ. Всѣ послѣдующіе методы представляютъ собой лишь видоизмѣненія операции Mikulicz'a. Въ виду этого я излагаю ее дословно, какъ она описана самимъ авторомъ:

„Вообще не трудно и не опасно вскрывать Гайморову полость, говорить Mikulicz, со стороны нижняго носового хода. Повторными опытами надъ трупами я убѣдился въ легкой исполнимости этой операции; стѣнка между нижнимъ носовымъ ходомъ и полостью лишь только въ нижнемъ своемъ отрѣзкѣ, тамъ именно, гдѣ она начинается у твердаго неба, сильно толста, такъ что ее здѣсь можно проломить лишь съ помощью долота и молотка. Очень скоро, однако, она утончается въ пластинку, толщиной въ бумагу, которую очень легко какимъ либо твердымъ рѣжущимъ инструментомъ пройти насквозь. Для этой цѣли я пользуюсь собственнымъ инструментомъ. Онъ представляетъ собой короткій, крѣпкій, обоюдоострый ножъ на подобіе стилета, который насаженъ на изогнутую подъ тупымъ угломъ ручку и отъ нея отдѣленъ небольшимъ утолщеніемъ, защищающимъ инструментъ отъ слишкомъ глубокаго прониканія. Вводятъ инструментъ верхушкой обращеннымъ впередъ и внизъ въ носовую полость. Разъ дошли до нижней раковины, поворачиваютъ верхушку наружу, чтобы проникнуть подъ нижній край раковины. При этомъ понятно, что ручку, которая стояла раньше въ сагитальномъ направленіи, приходится поворачивать наружу. Разъ прошли верхушкой инструмента подъ нижній край раковины, обыкновенно сильнымъ нажатіемъ проламываютъ стѣнку Гайморовой полости. Какъ только это сдѣлано, тогда при помощи инструмента вырѣзаютъ изъ костной стѣнки столько, чтобы инструментъ легко можно было передвигать во всѣ стороны въ сдѣланномъ отверстіи. При этомъ нужно помнить слѣдующее: спереди инструментъ встрѣчается съ твердымъ краемъ incisurae pyriformis, внизу же съ утолщенной стѣнкой Гайморовой полости, а поэтому книзу и кпереди безъ особаго вреда можно работать съ большой силой; напротивъ того, по направленію кверху и кзади, гдѣ стѣнка состоитъ изъ тонкихъ костныхъ пластинокъ, нельзя проявлять слишкомъ большого насилія. Такимъ путемъ удастся сдѣлать продолговатое отверстіе въ 5—10 милл. шириной и около 20 милл. длиной. Если кровотеченіе сильно, то тампонируютъ носовую полость йодоформенной марлей. Для послѣдующихъ промываній Гайморовой

полости пользуются соответствующим баллономъ, который вводятъ по тому же пути, какъ и инструментъ, черезъ перфорационное отверстіе“. „Лишь ненормальная узость носового хода, высокая степень гипертрофіи нижней носовой раковины или ненормальное утолщеніе костной стѣнки между полостью и нижнимъ носовымъ ходомъ можетъ затруднить операцію или даже сдѣлать ее невозможной.“

Въ томъ видѣ, какъ предложилъ ее самъ авторъ, эта операція продержалась недолго; очень быстро она подверглась измѣненіямъ; хотя удержалась ея идея и типъ, но въ самый способъ ея производства внесены были поправки. Прежде всего поправки эти коснулись самага инструмента; именно Krause предложилъ замѣнить инструментъ Mikulicz'a построеннымъ имъ троакаромъ. Троакаръ Krause также изогнутъ и имѣетъ специальный кондукторъ. Передъ операціей авторъ совѣтуетъ смазать слизистую оболочку нижняго носового хода 20% растворомъ кокаина, причемъ слѣдуетъ обращать особенное вниманіе на анестезію верхняго отдѣла этой области, т. е. именно того мѣста, гдѣ произведена будетъ операція. Подъ контролемъ зеркала троакаръ вводится до середины нижняго носового хода, затѣмъ верхушкой инструментъ направляется кнаружи и, насколько возможно, кверху, дабы имъ коснуться стѣнки въ наименѣе компактной части. Ручку троакара отклоняютъ въ противоположную сторону, насколько это лишь достижимо отодвиганіемъ подвижной части перегородки. Голова больного хорошо фиксируется ассистентомъ, и нажатіемъ троакара производятъ вскрытіе полости. Нѣкоторый костный трескъ даетъ знать, что стѣнка пройдена. Благодаря же тому, что троакаръ крѣпко прижать къ перегородкѣ, онъ сидитъ въ такомъ положеніи неподвижно. Когда произведено прободеніе стѣнки, нужно осторожно удалить ручку троакара, оставляя канюлю въ продѣланномъ отверстіи. Затѣмъ съ канюлей соединяется клизопомпа, которой и вымывается содержимое полости наружу. Въ такомъ именно видѣ была описана эта операція Friedlaender'омъ, причемъ послѣдній, какъ методъ, принятый имъ и Krause описываетъ въ послѣдующемъ сухое леченіе полости, помощью іодоформа. Въ виду этого, описанной операціи часто даютъ названіе метода Krause-Friedlaender'a.

Я указалъ уже въ отдѣлѣ анатоміи на тѣ случайности, которыя могутъ сопровождать собою операцію изъ нижняго носового

хода; чисто анатомическія соотношенія внутренней и передней стѣнки Гайморовой полости могутъ повести къ непредвидѣннымъ раненіямъ. Такъ, напримѣръ, троакаръ можетъ пройти сквозь костный слой верхней челюсти и, миновавъ Гайморову полость, очутиться въ мягкихъ частяхъ лица. Слѣдуетъ еще принять во вниманіе и тѣ затрудненія, которыя создаются особенностями внутренней стѣнки Гайморовой полости,—такъ костная часть ея, расположенная книзу отъ нижней раковины въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ быть настолько толста, что для своего прокола потребуетъ примѣненія значительной силы. Чтобы этого не было, всегда нужно стараться оперировать возможно выше, тотчасъ же у мѣста прикрѣпленія нижней раковины. Затрудненія операціи создаются и измѣненіями перегородки или сильными изгибами нижней раковины. Примѣненіе значительнаго насилія при вкалываніи троакара, въ подобнаго рода случаяхъ, конечно, можетъ повести къ нежелательнымъ раненіямъ, независящимъ отъ оператора. Tornwald, чтобы предупредить подобныя случайности, предложилъ даже на концѣ троакара укрѣплять специальное кольцо, которое бы предупреждало глубокое вѣдреніе его въ полость. Къ сожалѣнію, такое кольцо дѣлаетъ троакаръ еще болѣе массивнымъ и мѣшаетъ поэтому хорошему и глубокому прониканію его подъ нижнюю раковину. Urbaniſch предлагаетъ замѣнить троакаръ особымъ боромъ для трепанации. Въ послѣднее время особый троакаръ для вскрытія полости предложенъ былъ Sprenger'омъ.

Леченіе полости послѣ подобнаго рода операціи состоитъ въ ежедневныхъ введеніяхъ канюли сквозь сдѣланное отверстіе, съ помощью специального кондуктора, и промываній полости сквозь канюлю—манипуляція, почти невозможная для самого больного.

Этимъ и исчерпываются методы операцій черезъ носъ. Какъ видно изъ ихъ обзора, представляя собой крайне трудныя по исполненію методы, они въ то же время далеко не всегда удовлетворяютъ терапевтическимъ требованіямъ полной эвакуаціи полости. Полость при нихъ вскрывается не въ самой нижней точкѣ, въ силу чего самопроизвольный оттокъ содержимаго дѣлается невозможнымъ. Отверстіе трудно доступно, не видно глазу, чѣмъ леченіе въ значительной степени затрудняется и притомъ уже совершенно не можетъ быть поручено самому больному. Даже не принимая во вниманіе тѣхъ случайностей, которыми эти операціи могутъ сопро-

вождаться, въ силу чисто анатомическихъ особенностей, и то нужно сказать, что онѣ не безразличны для больного. Послѣдующее лечение къ тому же всегда болѣзненно и сопровождается значительными кровотечениями.

Въ нѣсколько лучшія условія ставятъ больного методы операціи черезъ ротъ. Я уже сказалъ, что они выполняются или сквозъ небо, или сквозъ альвеолярный отростокъ, или сквозъ fossa canina. Методы операціи черезъ небо были предложены *Bertrandi* и *Gooch*; показаніемъ къ ней они считаютъ выпячиваніе неба подѣ влияніемъ скопленія эксудата въ полости. Какъ разъ послѣднее явленіе встрѣчается чрезвычайно рѣдко; въ нѣкоторыхъ исключительныхъ лишь случаяхъ остеоміэлитъ альвеолярнаго отростка въ его небной части путемъ секвестраціи можетъ повести къ самопроизвольному вскрытію Гайморовой полости и послѣдующей ея инфекции изъ полости рта. При подобнаго рода измѣненіяхъ, когда самой природой намѣченъ путь для операціи, вскрытіе Гайморовой полости сквозъ небо можетъ найти оправданіе. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ такого рода вскрытія, представляющія крайнія неудобства для больного, такъ какъ ими нарушается правильность рѣчи и затрудняется пріемъ пищи, должны быть совершенно оставлены, почему операція *Bertrandi* и *Gooch* также, какъ и операція *Molinetti*, въ настоящее время представляетъ лишь чисто историческій интересъ.

Операціи сквозъ fossa canina находятся въ совершенно иныхъ условіяхъ. Онѣ въ сущности наиболѣе разрабатываются въ послѣднее время, на нихъ сосредоточенъ главный интересъ, онѣ то и представляютъ „радикальныя“ операціи, признаваемые нѣкоторыми авторами единственно правильными. Какъ и большинство оперативныхъ методовъ, операціи сквозъ fossa canina предложены еще въ 18 столѣтіи *Lamortier*омъ, а потомъ *Desault*омъ. Заслуга наилучшей разработки этого метода принадлежитъ *Küster*у, почему онъ часто и извѣстенъ подѣ названіемъ операціи *Küster*а. Разница между методомъ *Desault*а и *Küster*а не велика. *Desault* ограничивался лишь прободеніемъ стѣнки въ самомъ тонкомъ мѣстѣ fossae caninae. *Küster* выполняетъ эту операцію субперіостально. Операція *Küster*а преслѣдуетъ цѣль— вскрыть Гайморову полость на значительномъ протяженіи и, такимъ образомъ, сдѣлать ее доступной какъ непосредственному ощу-

пыванію, такъ и осмотру. *Küster* проводитъ операцію подѣ кокаиновой анестезіей, удаляя съ передней стѣнки Гайморовой полости слизистую оболочку и періостъ и производя въ кости отверстіе, достаточное для прохожденія мизинца. Этотъ методъ также, какъ и выше описанные методы, подвергся съ теченіемъ времени значительнымъ измѣненіямъ. Два типа подобнаго рода измѣненій описываетъ въ своей книгѣ *Hajek*. Помощью *Sternberg*скаго ротового зеркала *Hajek* сильно оттягиваетъ щеку кверху и, послѣ предшествовавшаго вспыскиванія кокаина, дѣлаетъ разрѣзъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ слизистая съ десенъ переходитъ на внутреннюю поверхность щеки, длиною въ 2 сантиметра, стараясь разрѣзать слизистую, подслизистую и періостъ. Кровотеченіе онъ останавливаетъ тампонами, затѣмъ удаляетъ респаторомъ періостъ, оттягивая его тупыми крючками кверху и книзу. Помощью трепана, діаметромъ въ 5 миллим., онъ пробуравливаетъ переднюю стѣнку Гайморовой полости, дѣлая въ ней, такимъ образомъ, лишь небольшое отверстіе. Боли при этой операціи, по описанію *Hajek*а, сравнительно небольшія и больные переносятъ ихъ легко. Протрепаніровавъ полость, онъ промываетъ ее, затѣмъ тампонируетъ іодоформенной марлей, а, спустя нѣсколько дней, приспособливаетъ соотвѣтственный протезъ. Въ дальнѣйшемъ онъ заставляетъ больного производить черезъ сдѣланное отверстіе промыванія Гайморовой полости. Какъ на несприятную сторону этой операціи, онъ указываетъ на длящуюся иногда въ теченіе многихъ дней опухоль мягкихъ частей щеки, въ силу которой больной на нѣкоторое время прикованъ къ постели. Этотъ типъ операціи, производимой *Hajek*омъ по методу *Küster*а, мало чѣмъ разнится въ послѣдующемъ леченіи отъ методовъ вскрытія Гайморовой полости черезъ носъ. Въ виду того, что производимое имъ отверстіе очень мало, о хорошемъ осмотрѣ и ощупываніи Гайморовой полости сквозъ него не можетъ быть и рѣчи. Въ случаяхъ, когда послѣдняя надобность выступаетъ особенно рѣзко, *Hajek* предлагаетъ производить ту же операцію нѣсколько иначе: разрѣзъ мягкихъ частей онъ значительно удлиняетъ, для вскрытія же полости пользуется боромъ, діаметромъ въ 12 миллим. Операція эта гораздо болѣе болѣзненна и въ нѣкоторыхъ случаяхъ *Hajek* даже совѣтуетъ дѣлать ее подѣ хлороформомъ. Вскрытіе костной стѣнки онъ часто дополняетъ съ помощью долота. Сейчасъ же послѣ операціи

онъ промываетъ полость какимъ нибудь слабымъ антисептическимъ растворомъ, а затѣмъ приступаетъ къ осмотру ея внутренней поверхности. Введя въ полость мизинецъ онъ ориентированъ относительно находящихся въ ней гипертрофій, опухолей, какъ, напр., полиповъ, кистъ и т. п. Если только онъ находитъ какія нибудь значительныя патологическія измѣненія, то помощью костныхъ щипцовъ удаляетъ переднюю стѣнку на большемъ протяженіи, чтобы затѣмъ всю полость осмотрѣть, какъ можно лучше. Въ дальнѣйшемъ полость тампонируется іодоформенной марлей, а, по заживленіи краевъ отверстія, Наяек прибѣгаетъ къ вставленію протеза. Для осмотра полости онъ часто пользуется маленькими зеркалами, съ помощью которыхъ изслѣдуетъ всѣ отдѣльные участки полости. Съ особеннымъ вниманіемъ онъ осматриваетъ всѣ углубленія, а равно мѣстоположеніе отверстія ведущаго въ носъ, гдѣ часто, по его наблюденіямъ, находятся то разраженія грануляцій, то полипы или кисты. Мѣста, почему либо привлекающія его вниманіе, онъ подвергаетъ затѣмъ леченію, прижигая грануляціонныя массы трихлоръ-уксусной кислотой и удаляя новообразованія инструментомъ.

Все въ тѣхъ же цѣляхъ возможно лучшаго осмотра и леченія больной Гайморовой полости предложены и дальнѣйшія модификаціи Küster'овскаго метода. Одной изъ нихъ является операція Jansen'a. Послѣдній удаляетъ переднюю стѣнку Гайморовой полости на всемъ ея протяженіи, устанавливая между полостью рта и Гайморовой пазухой широкое сообщеніе; съ помощью острой ложки Jansen энергично выскабливаетъ внутреннюю поверхность Гайморовой полости, удаляя часто слизистую оболочку на всемъ протяженіи. Чтобы, по возможности, въ дальнѣйшемъ теченіи, улучшить заживленіе, Jansen прежде, чѣмъ вскрывать полость, отсепааровываетъ лоскутъ слизистой оболочки, покрывающей переднюю поверхность верхней челюсти, проводя для этого разрѣзъ возможно ближе къ зубамъ, и оставляя лоскутъ въ соединеніи со слизистой оболочкой щеки. Затѣмъ этотъ лоскутъ онъ прижимаетъ тампонами къ внутренней поверхности полости, рассчитывая, что онъ прирастетъ и, такимъ образомъ, послѣдующее покрытіе внутренней поверхности Гайморовой полости эпителиемъ будетъ облегчено. Ту же идею преслѣдуетъ въ своей операціи Bönninghaus. Послѣ предварительной задней тампонады Bönninghaus нар-

котизируетъ больного; каріозные зубы соответственной стороны челюсти удаляетъ, въ случаѣ надобности, выскабливаетъ ихъ альвеолы, стараясь однако не резецировать альвеолярнаго отростка, дабы затѣмъ не создать необходимости для вставленія протеза; затѣмъ онъ производитъ разрѣзъ слизистой оболочки и періоста челюсти отъ второго рѣзца до зуба мудрости, вмѣстѣ съ періостомъ онъ отдѣляетъ и мягкія части щеки медиально почти до apertura pyriformis латерально до уровня arcus zygomaticus и вверхъ до самаго foramen infra-orbitale. Только такимъ путемъ, говоритъ авторъ, можно достигнуть хорошаго осмотра операціоннаго поля. Остановивъ кровотеченіе, онъ пробиваетъ долотомъ тонкую кость fossae caninae, а затѣмъ изогнутыми костными щипцами удаляетъ переднюю стѣнку настолько, чтобы имѣть возможность не только осязать, но и хорошо осмотрѣть полость. Поднявъ щеку вверхъ, можно съ помощью головной электрической лампочки освѣтить полость во всѣхъ ея участкахъ. Если при осмотрѣ слизистая оболочка оказывается гладкой и мало измѣненной, то авторъ ищетъ, нѣтъ ли гдѣ каріозныхъ мѣстъ, въ особенности на днѣ полости, и выскабливаетъ ихъ. Если онъ больше ничего не находитъ, то этимъ операція и кончается. Если же только онъ видитъ, что вся слизистая оболочка настолько измѣнена, что трудно предполагать, дабы она могла вернуться къ нормѣ, то онъ старается удалить переднюю стѣнку Гайморовой полости еще на большемъ протяженіи. Въ этихъ случаяхъ онъ совѣтуетъ открывать полость медиально почти до носовой стѣнки, латерально по направленію къ arc. zygomatic до тѣхъ поръ, пока только щипцы захватываютъ и въ состояніи отрѣзать кость. Вверхъ, щадя нервъ, онъ не совѣтуетъ оперировать выше for. infra-orbitale. Затѣмъ съ помощью долота онъ скалываетъ нижній толстый костный край, чтобы сдѣлать его гладкимъ и, такимъ образомъ, устранить съ его стороны препятствіе проростанію эпителия полости рта въ Гайморову полость. До сихъ поръ, говоритъ авторъ, производимая имъ операція ничѣмъ не отличается отъ метода Küster'a и Jansen'a. Въ дальнѣйшемъ отличіе состоитъ въ томъ, что авторъ производитъ резекцію носовой стѣнки. Повернувъ голову больного на здоровую сторону, онъ осматриваетъ, насколько возможно, носовую стѣнку, а затѣмъ путемъ осязыванія отличаетъ верхній болѣе мягкій участокъ ея отъ нижняго, болѣе плотнаго.

Въ томъ мѣстѣ, гдѣ эти оба участка соприкасаются, расположена въ горизонтальномъ направленіи нижняя раковина. Книзу отъ послѣдней съ помощью долота онъ удаляетъ костную часть носовой стѣнки, стараясь не ранить слизистой оболочки носовой полости. Какъ только въ костной стѣнкѣ продѣлано достаточное отверстіе, авторъ съ помощью пальца или Cowper'овскихъ ножницъ отсепаровываетъ слизистую оболочку носовой полости отъ костной стѣнки, а послѣднюю съ помощью щипцовъ удаляетъ прочь. Онъ щадитъ лишь только передневерхній уголъ стѣнки, дабы не повредить слезно-носового канала. Затѣмъ тѣмъ же путемъ отдѣливши слизистую оболочку, онъ старается удалить и нижнюю раковину, не обращая вниманія на то, если частицы ея и останутся. Послѣ этого стѣнка, отдѣляющая полость носа отъ Гайморовой полости, въ нижнемъ своемъ отдѣлѣ состоитъ изъ одной только слизистой оболочки. Тогда послѣднюю онъ прободаетъ изъ полости носа корцангомъ и имъ же по проложенному пути вводитъ въ Гайморову полость іодоформенно-марлевые тампоны въ такомъ количествѣ, чтобы ими плотно выполнить полость. Этимъ слизистая оболочка носовой полости прижимается къ внутренней поверхности Гайморовой пазухи и тамъ, говоритъ авторъ, прирастаетъ. Такимъ же путемъ тампонируется Гайморова полость изъ полости рта. Дальнѣйшее леченіе состоитъ въ промываніяхъ и вдуваніи какого нибудь антисептического порошка въ полость.

Такимъ образомъ, авторы въ своихъ стремленіяхъ къ радикальной операциіи отъ небольшого отверстія, предлагаемаго Найдек'омъ, доходятъ до удаленія всей передней стѣнки Гайморовой полости. Непріятную сторону послѣдняго типа оперативныхъ приѣмовъ, а именно трудное заживленіе, они стараются поправить внѣдреніемъ эпителиальныхъ частей изъ полости рта или носа. Нѣкоторые, какъ Jansen, прибѣгаютъ къ трансплантаціи, но какъ опытъ показываетъ, и этимъ путемъ не всегда достигается цѣль. Большая величина полости, значительное количество неровностей, костныхъ выступовъ и углубленій мѣшаетъ тому, дабы вся ея внутренняя поверхность покрылась эпителиемъ. Между тѣмъ громадное сообщеніе, которое послѣ подобнаго рода операциіи остается между полостью рта и Гайморовой полостью, далеко не безразлично для больныхъ. Попаданіе остатковъ пищи въ полость, выдѣленіе секрета въ ротъ,—все это явленія, которыя въ значи-

тельной степени мѣшаютъ признанію этой операциіи радикальной. Трудно радикальнымъ считать такой методъ леченія, который, устраняя одно страданіе, создаетъ вмѣсто него нѣсколько новыхъ.

Эти соображенія привели авторовъ къ мысли о необходимости закрывать продѣланное при операциіи сообщеніе между ротовой и Гайморовой полостью тотчасъ-же наглухо. Такой операцией является операциа, предложенная Gerber'омъ. Авторъ, послѣ выскабливанія Гайморовой полости, вскрытой сквозъ fossa canina, стремится закрыть сдѣланное сообщеніе изъ полости рта слизистой періостальнымъ лоскутомъ. Gerber въ нѣсколькихъ случаяхъ продѣлывалъ даже и противуотверстіе въ нижнемъ носовомъ ходѣ. Этотъ методъ, по мнѣнію самого автора, не давалъ лучшаго результата, чѣмъ методы, употреблявшіеся до него. Вскорѣ послѣ Gerber'a появились сообщенія Caldwell'a и Luc'a, точно такимъ-же образомъ разрѣшавшія этотъ вопросъ. Luc широко вскрываетъ синусъ со стороны fossae caninae, тщательно выскабливаетъ полость, освѣщая ее электрической лампочкой и пользуясь острыми ложками всевозможной кривизны, дабы ими можно было проникнуть во всѣ закоулки полости. Поверхность слизистой онъ прижигаетъ хлористымъ цинкомъ въ растворѣ 1:5, затѣмъ помощью круглаго долота и молотка дѣлаетъ значительной ширины искусственное отверстіе въ нижнемъ носовомъ ходѣ. Сейчасъ-же онъ зашиваетъ наглухо рану изъ полости рта, сквозъ продѣланное же въ носъ отверстіе тампонируетъ Гайморову полость іодоформенной марлей. Спустя нѣсколько дней, когда края раны соединятся, онъ снимаетъ швы и дальнѣйшее леченіе полости производитъ сквозъ искусственное отверстіе въ носовой полости. Помощью этого метода Luc получалъ прекрасные и быстрые результаты въ леченіи Гайморитовъ.

Еще новое видоизмѣненіе въ этомъ методѣ внесено было Alsen'омъ. Alsen дѣлаетъ операцию по тому-же типу. Оттянувши верхнюю губу кверху, подъ наркозомъ онъ производитъ разрѣзъ слизистой оболочки отъ клыка до основанія arcus zygomaticus. Alsen совѣтуетъ дѣлать разрѣзъ возможно выше, т. к. слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отростокъ, не выдерживаетъ швовъ.

Отдѣливши слизистую оболочку и періостъ, онъ дѣлаетъ отверстіе въ передней стѣнѣ Гайморовой полости съ помощью долота и

молотка и расширяет его костными щипцами. Отверстие онъ дѣлаетъ такой величины, дабы всю полость можно было хорошо осмотрѣть. Вслѣдъ затѣмъ, при освѣщеніи электрической лампочкой, онъ всю полость выскабливаетъ острой ложкой, обращая особенное вниманіе на мѣста, почему либо показавшіяся ему подозрительными. Затѣмъ изогнутой острой ложкой онъ продыраливаетъ носовую стѣнку въ среднемъ носовомъ ходѣ, вводитъ въ средній носовой ходъ мизинецъ другой руки и расширяетъ имъ это отверстие до такой степени, что-бы оно сдѣлалось вполне проходимымъ и для указательнаго пальца. Отверстие онъ округляетъ, удаляя кусочки костныхъ выступовъ и обрывки слизистой оболочки помощью рѣжущихъ инструментовъ. Затѣмъ сквозь носовое отверстие полость тампонируетъ іодоформенной марлей и накладываетъ швы на слизистую оболочку и періостъ ротовой раны.

Въ послѣднее время Hajek, въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ, также совѣтуетъ дѣлать подобнаго рода операцию. Повторяя особенности оперативныхъ методовъ прежнихъ авторовъ, въ отношеніи вскрытія полости сквозь fossa canina, онъ точно также наноситъ противуотверстіе въ носовой полости изъ нижняго носового хода. Въ полости носа онъ отсепарировываетъ часть слизистой нижняго носового хода въ видѣ лоскута, который послѣ удаленія носовой стѣнки, прижимаетъ тампонами къ освѣщенной и выскобленной внутренней поверхности Гайморовой полости. Рану изъ полости рта онъ также зашиваетъ наглухо.

Всѣ послѣдніе методы операциі зашиваніемъ ротовой раны наглухо рѣзко отличаются отъ обычнаго Küster'овскаго метода со всѣми его измѣненіями. Онѣ привлекательны по идеѣ, красивы по своему выполненію, хотя нѣсколько противорѣчатъ общепринятымъ принципамъ хирургіи, оставлять гнойную полость возможно шире открытой и ни въ какомъ случаѣ не зашивать ея.

Я прямо перейду къ описанію методовъ вскрытія Гайморовой полости черезъ альвеолярный отростокъ, ограничившись лишь изложеніемъ существующихъ методовъ вскрытія черезъ fossa canina и возвращусь къ разбору послѣднихъ въ дальнѣйшемъ, когда въ параллель съ ними въ состояніи буду поставить методы операциі сквозь альвеолярный отростокъ. Этотъ методъ операциі предложенъ былъ еще Meibom'омъ и Cowper'омъ въ концѣ 17-го и началѣ 18-го столѣтія, почему и извѣстенъ подъ названіемъ метода

Cowper'a или метода Meibom-Cowper'a. Идея его состоитъ въ томъ, чтобы удалить какой нибудь изъ близко къ Гайморовой полости расположенныхъ зубовъ и продыравить костную стѣнку отдѣляющую дно альвеолы отъ дна Гайморовой полости. Въ этомъ совершенно неизмѣненномъ видѣ онъ удержался и понынѣ. Внесенныя въ него временемъ поправки касаются почти исключительно инструментарія и техники операциі, не измѣняя ея основъ.

Самый простой видъ операциі вскрытія Гайморовой полости изъ лунки удаленнаго зуба—это вскрытіе троакарномъ. Костная стѣнка, отдѣляющая ее отъ альвеолы, обыкновенно настолько тонка, что достаточно небольшого давленія, чтобы проломить ее. Однако, этотъ способъ имѣетъ большія неудобства,—при прокалываніи троакарномъ чрезвычайно трудно соразмѣрить силу, нужную для удачной операциі, съ противодѣйствіемъ кости,—одинъ разъ совершенно неожиданно проваливается инструментъ съ значительной инерціей въ полость, хотя примѣненное давленіе не было очень большимъ, другой разъ, напротивъ, требуются значительныя усилія для того, чтобы хоть еле-еле вскрыть полость. На помощь троакару нѣкоторые авторы выдвигаютъ долото и молотокъ. Конечно, при помощи этихъ инструментовъ всегда и вполне свободно можно вскрыть полость, но дѣло только въ томъ, что произведенное такимъ путемъ отверстие въ значительномъ большинствѣ случаевъ слишкомъ обширно, трудно добиться его заживленія, въ случаѣ надобности, своимъ же присутствіемъ оно не безразлично для больныхъ, такъ какъ нерѣдко мѣшаетъ и приему пищи и отчетливому произношенію (см. мои случаи № IX, XXIII): Операциі вскрытія полости троакарномъ и долотомъ, кромѣ того, очень болѣзненны и оставляютъ у больныхъ тяжелыя воспоминанія (см. мой случай № XXX).

Эти то недостатки заставили бросить прокалывающіе и пробивающіе инструменты и обратиться къ инструментамъ сверлящимъ. Всѣ почти оперируютъ теперь сверлящими инструментами и вся разница между отдѣльными видами такихъ операциі касается лишь мотора: одни сверлятъ захватывая сверло и дѣйствуя имъ прямо рукой, другіе пользуются для этой цѣли механическими приспособленіями: боръ-машиной или электро-моторомъ. Конечно, просверливаніе полости по сравненію съ ея продавливаніемъ имѣетъ существенныя преимущества: операциія вскрытія идетъ постепенно,

инструментъ проходить слой за слоемъ, высверливая кость, а не проламывая ее, и, такимъ образомъ, избѣгается внезапное внѣдреніе инструмента, значительное сотрясеніе и боль для больного, равно какъ при этомъ способѣ по окружности отверстія не образуется трещины кости въ стороны, нанесеніе которыхъ путемъ прокалыванія нельзя отрицать. Я не стану останавливаться на различныхъ мелочныхъ измѣненіяхъ въ этомъ способѣ, предлагаемыхъ отдѣльными авторами, они мало существенны и въ описаніи общаго принципа операціи являются излишнимъ балластомъ. Я позволю себѣ указать лишь на типы отдѣльныхъ способовъ. Такимъ типомъ вскрытія при помощи руки можно назвать операцію просверливанія Гайморовой полости, какъ она описана въ послѣдней статьѣ Фонъ-Штейна. Авторъ пользуется сверломъ, посаженнымъ на длинномъ стержнѣ и снабженнымъ толстой ручкой для захватыванія. Онъ говоритъ, что очень важно, дабы перышко (сверлящая часть) сверла была нѣсколько толще стержня, стержень ниже перышка былъ цилиндрическимъ, и, наконецъ, чтобы перышко сверла было возможно маленькимъ, дабы могло свободно вращаться и въ маленькой полости. Эти особенности сверла облегчаютъ операцію. Сверло захватывается плотно рукой, вводится въ альвеолу и путемъ круговыхъ движеній Гайморова полость вскрывается. Относительно выводовъ фонъ-Штейна о томъ, какое можно давать направленіе сверлу, я буду говорить ниже. Особыхъ сверла, наиболѣе употребительныя, предложены были Hartmann'омъ, Chiari, Hajek'омъ. Hajek пользуется для вскрытія Гайморовой полости электромоторомъ, которымъ приводитъ въ движеніе сверло съ заостреннымъ концомъ и параллельными гранями (шириной 4—5 mm.). Hajek именно указываетъ на преимущества такого типа операціи, состоящія въ быстротѣ, легкости, и очень малой болѣзненности.

Какъ моторъ, болѣе простой и легче доступный издавна предложена была зубоврачебная боръ-машина. Впервые этотъ способъ трепанаци Гайморовой полости введенъ былъ Walb'омъ и горячо поддержанъ Ziem'омъ. Оба эти автора получали съ помощью боръ-машины прекрасные результаты. Въ общемъ преимущества этого способа, выдвигаемыя Schoeller'омъ, Paradeidt'омъ, схожи съ тѣми-же, которые нѣсколькими словами опредѣлилъ Hajek, говоря о достоинствѣ электро-мотора.

Итакъ, отдѣльные способы вскрытія Гайморовой полости сквозь альвеолу какъ видно разнятся лишь въ инструментаріи. Выборъ же мѣста для трепанаци и проведеніи отдѣльныхъ ее моментовъ—общій во всѣхъ способахъ.

Я перехожу къ описанію этой операціи въ томъ видѣ, какъ я ее произвожу, тутъ-же я выясню и то, гдѣ слѣдуетъ выбирать мѣсто для трепанаци и въ чемъ состоятъ особенности ее отдѣльныхъ моментовъ.

Я дѣлаю обыкновенно трепанацию сквозь альвеолярный отростокъ. Для трепанаци я пользуюсь боръ-машиной. Въ началѣ своей дѣятельности я употреблялъ ручной борчикъ (см. случаи I, II, III), но съ первыхъ-же шаговъ я убѣдился въ малой пригодности этого способа. Вскрытіе имъ всегда болѣзненно, и довольно продолжительно (нѣсколько минутъ). Какъ только я сталъ употреблять для этой цѣли боръ-машину, я сразу-же созналъ громадные ея преимущества. Трепанация (см. всѣ случаи), веденная этимъ способомъ, длится чрезвычайно малый промежутокъ времени,—нѣсколько секундъ,—временами, буквально, одинъ моментъ. Мало того, вскрытіе съ помощью боръ-машины абсолютно безболѣзненно.

Это я утверждаю на основаніи всѣхъ своихъ случаевъ, гдѣ больные, крайне нервные, приходившіе чуть-ли не въ обморочное состояніе отъ одного вида инструментовъ, боявшіеся боли, какъ огня, переносили операцію безъ всякой реакціи. Они сидѣли совершенно спокойно и даже выражали удивленіе, когда узнавали, что трепанация кончена. Это дѣлали тѣ самые больные, которые затѣмъ при введеніи дренажной трубки, которое, какъ извѣстно мало болѣзненно, кричали отъ боли. Это дѣлали тѣ самые больные, которые абсолютно не позволяли у себя удалить совершенно поверхностно сидѣвшихъ (чуть-ли не на одной деснѣ) корней, а при попыткахъ къ удаленію, хватали за руки, срывались съ кресла и т. п.

И у такихъ больныхъ трепанация проходила совершенно спокойно, они на нее не реагировали. Это является доказательствомъ абсолютной безболѣзненности трепанаци Гайморовой полости съ помощью боръ-машины. Я думаю въ этомъ большую роль играетъ употребляемый мною боръ. Очень острый, онъ совершенно не продавливаетъ кости, онъ при высверливаніи обращаетъ ее въ мелкіе,

въ видѣ порошка, стружки. Я покупаю головчатый зубо-врачебный боръ, изъ разряда длинныхъ боровъ (онъ почти на 1 см. длиннѣе обыкновеннаго борчика), и на точильномъ камнѣ сошлифовываю его такъ, чтобы придать головкѣ его форму ромба (см. рисунокъ), острию-же копьевидную форму; грани ромба хорошо оттачиваю, придавая имъ наклонный скатъ, дабы онѣ при движеніи колеса боръ-машины въ обычномъ направленіи въ совершенствѣ срѣзали кость. Получается быстро-вращающійся, обоюдо-острый, ромбическій ножъ, который, какъ въ этомъ я убѣждался, просверливая имъ деревянныя пластинки, кости черепа на сухомъ препаратѣ, дѣйствительно обращаетъ высверливаемое вещество въ мелкій порошокъ.

Быстрота его работы, и, благодаря его остротѣ, удаленіе имъ костной ткани послойно, въ очень небольшомъ количествѣ заразъ, удаленіе путемъ струганія—въ этомъ очевидно заключается причина полной безболѣзненности производимой имъ трепанаци. Съ тѣхъ поръ, какъ я употребляю эти приспособленія, я считаю трепанацию Гайморовой полости совершенно пустячной операцией, гораздо болѣе легкой и для больного и для врача, чѣмъ предшествующее ей удаленіе зуба.

Оперирую я почти исключительно съ мѣста расположенія 1-го большого коренного или 2-го малаго коренного зуба. Я особенно обращалъ вниманіе въ отдѣлѣ анатоміи при описаніи дна Гайморовой полости на то обстоятельство, что только эти 2 зуба расположены близко къ Гайморовой полости. Всѣ другіе, какъ 2-ой большой коренной, такъ и 1-ый малый коренной и зубъ мудрости, отдѣлены отъ Гайморовой полости, значительной толщины костью. Изъ этихъ послѣднихъ 3-хъ зубовъ еще пожалуй 2-ой большой коренной расположенъ къ Гайморовой полости ближе. Въ виду этого я самъ оперирую иногда, если удаленъ какъ разъ 2-ой большой коренной зубъ, съ его мѣсторасположенія. Но ни въ какомъ случаѣ, я не дѣлаю этого съ мѣста расположенія зуба мудрости, гдѣ это даже крайне затруднительно по чисто техническимъ причинамъ, и мѣста расположенія 1-го малаго коренного зуба. Я не говорю уже, конечно, о клыкахъ и рѣзцахъ, такъ какъ тамъ это совершенно невозможно. Со стороны-же 1-го малаго коренного и зуба мудрости, хотя это въ исключительныхъ случаяхъ и возможно, но настолько трудно, такъ легко при этомъ мино-

вать полость, что подобнаго рода операци я считаю совершенно непоказанными. Что касается самого способа операци, то я веду его нѣсколько различно въ зависимости отъ того, приходится-ли мнѣ трепанировать послѣ свѣжаго удаленія зуба, или послѣ того, какъ зубъ удаленъ уже давно и альвеола совершенно зарубцева-лась. Я придаю большое значеніе точному выбору мѣста и опредѣленному направленію сверла.

Бываетъ, что приходится просверливать кость значительной толщины (см. случаи № LXX, XXXIV) и если только оперирующій неуверенъ, что имъ взято правильное направленіе, невольно онъ можетъ усомниться въ результатѣ своей операци и или прекратить трепанацию, или вынуть сверло и начать трепанацию въ другомъ мѣстѣ, опять съ такимъ же отрицательнымъ результатомъ. Но если онъ точно знаетъ, каково должно быть направленіе сверла, то и въ тѣхъ случаяхъ, когда, вслѣдствіе значительной толщины кости, операци затянется нѣсколько дольше, это не вызоветъ въ немъ излишняго сомнѣнія, и онъ будетъ продолжать трепанацию дальше, что и окончится, конечно, желательнымъ результатомъ. Вотъ почему я придаю особое значеніе точному знанію мѣста и направленія трепанаци. Если зубъ свѣжо удаленъ, я въ тотъ-же день обыкновенно не приступаю къ трепанаци, а оставляю больного въ покоѣ дня на три, назначивъ ему борное полосканіе. Это я дѣлаю съ той цѣлью, чтобы дать альвеолѣ немного спастись, такъ какъ это измѣненіе альвеолы представляетъ нѣкоторыя удобства для снятія слѣпка и изготовленія въ послѣдующемъ протеза. Когда затѣмъ больной является ко мнѣ, я поступаю слѣдующимъ образомъ; если удаленный зубъ 1-ый большой коренной, то я вставляю борчикъ въ небную альвеолу и придаю ему наклонное положеніе по направленію кнаружи. Если почему либо оперирую сквозь одну изъ щечныхъ лунокъ, то борчику даю очень незначительный наклонъ кнутри. При такомъ положеніи не было у меня ни одного случая неудачи; такъ какъ къ тому-же подобное положеніе бора оправдывается анатомическими особенностями, то я считаю его вполне показаннымъ. Если приходится оперировать сквозь лунки 2-го моляра, то я соблюдаю тѣ же правила, стараясь лишь оперировать какъ можно ближе къ дистальной поверхности 1-го моляра. Изъ лунки второго премоляра я оперирую почти въ вертикальномъ направленіи и немного кзади. На 86 случаевъ тре-

панации Гайморовой полости, (приводимых мною въ исторіяхъ болѣзни въ концѣ книги) при этомъ способѣ операціи, я ни разу не вошелъ на ложный путь, и, наоборотъ, всякій разъ попадалъ въ Гайморову полость.

При несоблюденіи этихъ условій, легко можно очутиться концомъ сверла или въ мѣстныхъ частяхъ щеки, или въ носовой полости. Это доказывается чисто анатомическими основаніями, очень подробно разобранными С. Фонъ-Штейномъ въ его статьѣ: „Къ техникѣ вскрытія Гайморовой полости“. Я тоже говорилъ уже о нихъ въ отдѣлѣ анатоміи. Однако, я совершенно не могу согласиться съ тѣми выводами, которые, на основаніи своихъ изслѣдованій, дѣлаетъ Фонъ-Штейнъ. Онъ говоритъ, что въ Гайморову полость легче всего попасть со стороны второго моляра, приходящагося всегда противъ дна пазухи, въ случаѣ ея существованія. Послѣдній выводъ совершенно противорѣчитъ изслѣдованіямъ всѣхъ анатомовъ, мнѣнія которыхъ по этому поводу я сопоставилъ въ первомъ отдѣлѣ моей работы. Ими указывается, наоборотъ, что ближе всего къ Гайморовой полости расположено первый моляръ. Клиническія наблюденія тоже подтверждаютъ этотъ фактъ. На основаніи своего матеріала, я то же могу утверждать. Къ сожалѣнію, Фонъ-Штейнъ не приводитъ количества своего ни клиническаго, ни анатомическаго матеріала, почему и трудно судить, какъ часто наблюдалось имъ болѣе близкое къ Гайморовой полости расположеніе второго моляра. Еще тѣмъ болѣе я не согласенъ съ Фонъ-Штейномъ, что трепанационное отверстіе на мѣстѣ второго моляра представляетъ, по понятнымъ причинамъ болѣе глубокаго расположенія въ полости рта, значительныя неудобства и для послѣдующаго леченія. Фонъ-Штейнъ далѣе говоритъ, что для прокола не слѣдуетъ выбирать небной ячейки. Этотъ выводъ до такой степени противорѣчитъ моимъ наблюденіямъ, что я въ первый моментъ не могъ понять, какимъ образомъ, идя однимъ и тѣмъ же путемъ изслѣдованія, можно прійти къ столь противоположнымъ заключеніямъ, какъ мои и Фонъ-Штейна. Тѣмъ паче, что, по анатомическимъ даннымъ, мой путь для вскрытія вполне правиленъ,—разъ я, при вскрытіи изъ небной лунки, наклоняю сверло кнаружи, я непременно долженъ попасть въ Гайморову полость; клиническія же мои наблюденія всѣ говорятъ за то же. На страницѣ 20 Фонъ-Штейнъ говоритъ: „Если бы

вздумали вскрыть пазуху со стороны небной ячейки перваго моляра. то тогда пришлось бы прижать сверло къ нижней губѣ и направлять остріе косо снизу спереди—кверху кзади и нѣсколько кнаружи“. Ясно, такимъ образомъ, чѣмъ обусловлена разница въ нашихъ выводахъ. Фонъ-Штейнъ не совѣтуетъ вскрывать черезъ небную лунку именно потому, что его сверлу (очень длинному) нельзя дать направленія кнаружи, оно упрется своей ручкой въ нижнюю челюсть и само просверливаніе, по чисто техническимъ неудобствамъ, будетъ затруднено. Я пользуюсь короткимъ сверломъ, вдѣтымъ въ легко сгибаемый наконечникъ бор-машины, и, при просверливаніи, у меня наконечникъ не упирается въ нижнюю челюсть, а если и прилежитъ къ ней, то это не мѣшаетъ мнѣ сверлить, такъ какъ движеніе сверлу сообщается работой ноги, а не непосредственно рукой, захватывающей и поворачивающей инструментъ, какъ у Фонъ-Штейна. Конечно для ручныхъ сверлъ будетъ удобнѣе второй изъ указанныхъ мною путей, именно сквозъ щечныя альвеолы.

Я беру еще одинъ случай—зуба нѣтъ, онъ удаленъ давно, и альвеола совершенно зарубцевалась. Гдѣ надо выбрать мѣсто для трепанации? Я выбираю его соотвѣтственно мѣсту расположенія второго малаго коренного или перваго большаго коренного зуба. Нижнюю поверхность альвеолярнаго отростка я дѣлю мысленно проведенными въ направленіи сзади напередъ параллельными линиями на три одинаковыхъ участка и устанавливаю сверло на границѣ медіальной и средней трети; сверлу придаю небольшой наклонъ кнаружи. Я не надрѣзаю десны или надкостницы на альвеолярномъ отросткѣ, такъ какъ предлагаемый мною боръ прорѣзаетъ ихъ совершенно легко, оставляя послѣ себя круглое отверстіе.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда Гайморова полость вскрылась послѣ удаленія зуба, операція крайне облегчается. Путь опредѣляется прямо зондомъ и остается лишь расширить то отверстіе, которое уже имѣется.

Я кончилъ описаніе методовъ вскрытія Гайморовой полости сквозъ альвеолярный отростокъ; я возвращаюсь на нѣкоторое время къ выше мною описаннымъ способамъ вскрытія ея черезъ fossa canina, къ тѣмъ, которымъ дано названіе радикальныхъ операцій. Я согласенъ, что при нихъ полость доступна осмотру и ощупыванію, что патологическія измѣненія часто легко могутъ быть уда-

лены и, даже, можно быть увѣреннымъ въ хорошемъ результатѣ леченія, но я, все-таки, не вижу большихъ оправданій примѣненію радикальныхъ операций. По травмѣ, которая наносится больному, по очень тяжелому его состоянію въ теченіе нѣсколькихъ дней послѣ операций, по тѣмъ дефектамъ, которые остаются въ верхней челюстной кости иногда на всю жизнь, какъ же неизмѣримо ниже стоятъ они по сравненію съ трепанацией сквозъ альвеолярный отростокъ. Последняя совершенно безболѣзненна, самыми безпечными больными переносится хорошо, для производства своего требуетъ лишь нѣсколькихъ секундъ времени и ведетъ къ ничуть не худшимъ результатамъ. Нужно имѣть еще въ виду, что тѣ недостатки, которые присущи методамъ вскрытія черезъ носъ, чужды этой операциі: полость вскрывается въ самой нижней точкѣ, почему самопроизвольное опорожненіе ея можетъ происходить легко, содержимое можетъ быть отсасываемо самимъ больнымъ, послѣдующее же леченіе и промыванія до того просты, отверстіе настолько доступно, что для производства промыванія больной не нуждается во врачебной помощи, совершенно свободно онъ можетъ ихъ производить самъ на дому, что и дѣлали всѣ мои больные. Изъ приводимыхъ мною въ концѣ 100 случаевъ,—13 не подвергались операциі (вслѣдствіе несогласія, наличности другого заболѣванія, а не эмпиемы и т. п.). Остальные въ количествѣ 86 были оперированы сквозъ альвеолярный отростокъ (одному былъ удаленъ секвестръ и полость была вскрыта на большомъ протяженіи). Всѣ эти случаи дали хорошій результатъ: тяготѣвшія больныхъ страданія проходили сейчасъ же послѣ операций. Самый типъ леченія помощью промываній не причинялъ больному слишкомъ большихъ безпокойствъ. Изъ всѣхъ этихъ случаевъ только въ трехъ (случаи № XII, LX, LXXVII), пришлось прибѣгнуть къ послѣдующему вскрытію полости сквозъ fossa canina (въ одномъ вслѣдствіе того, что въ Гайморову полость проскользнула дренажная трубка), а въ 4 случаяхъ (случаи № I, XL, LI, LXXVIII) выяснилась необходимость подобнаго же вмѣшательства, но только больные не хотѣли подвергнуться операциі. Изъ этихъ 86 случаевъ слѣдуетъ исключить 8 случаевъ (случаи № II, VII, XIV, XXVI, XXIX, LVIII, LXX, LXXIX, XCIII) гдѣ при трепанациі эмпиемы не оказалось. Такимъ образомъ, на 78 трепанаций сквозъ альвеолярный отростокъ лишь въ 6 не получилось выздо-

ровленія. Это процентъ очень ничтожный ($7\frac{9}{13}\%$) и онъ меня заставляетъ думать, что при эмпиемѣ Гайморовой полости всякій разъ имѣется полное показаніе къ трепанациі сквозъ альвеолу. Въ дальнѣйшемъ теченіи всегда выяснится, достаточно ли ея для полного исчезновенія болѣзненныхъ симптомовъ. Окажется она недостаточной,—мы можемъ прибѣгнуть къ операциі сквозъ fossa canina и непосредственнымъ осмотромъ и ощупываніемъ узнать тѣ источники, которые поддерживаютъ страданіе, а затѣмъ принять противъ нихъ мѣры; но я не понимаю основанія, ко всякому случаю эмпиемы Гайморовой полости огульно примѣнять радикальный методъ. Невольно согласишься съ Killian'омъ, что въ этихъ случаяхъ выздоровленіе полости больной покупаетъ слишкомъ большой цѣной.

Итакъ, заканчивая описаніе оперативныхъ методовъ вскрытія Гайморовой полости, я считаю возможнымъ сдѣлать слѣдующій выводъ: трепанация Гайморовой полости сквозъ альвеолу представляетъ собою совершенно легкую и по исполненію, и по послѣдствіямъ операциі. Для леченія эмпиемы она единственно должна примѣняться. Методъ же вскрытія сквозъ fossa canina слѣдуетъ оставлять въ запасъ, на случай неудовлетворительнаго результата отъ первой операциі. Такимъ путемъ мы щадимъ интересы больного, а, примѣняя радикальную операциі, имѣемъ сознаніе, что она неизбѣжна. Вѣдь, конечно, выше долженъ быть поставленъ тотъ методъ леченія, который съ ничтожнымъ вредомъ даетъ хорошіе результаты; подъ этотъ именно типъ подходитъ трепанация сквозъ альвеолу. Если, въ силу необходимости, приходится прибѣгнуть къ радикальной операциі, то всѣ преимущества все-таки должны находиться на сторонѣ методовъ Caldwell'a, Luc'a Hajek'a, Alsen'a, такъ какъ произведенный при нихъ дефектъ закрывается слизистой періостальнымъ лоскутомъ наглухо; если, такимъ образомъ, больной переноситъ и тяжелую травму, то онъ, по крайней мѣрѣ, не обреченъ на жалкое существованіе, подобное тому, которое бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда изъ Гайморовой полости дѣлаютъ депо для задержки и гніенія пищевыхъ остатковъ.

Остается мнѣ сказать еще о послѣдовательномъ леченіи Гайморовой полости. Однимъ только нанесеніемъ отверстій, одной трепанацией страданія не устраняются; приходится еще довольно значительный промежутокъ времени тщательно слѣдить за тѣмъ, дабы

полость освобождалась отъ находящагося въ ней секрета *). Мало того, съ помощью тѣхъ или другихъ лекарственныхъ веществъ приходится заботиться о содержаніи ея въ антисептическомъ состояніи, дабы дать возможность заболѣвшей слизистой оболочкѣ прійти въ норму. На первомъ мѣстѣ слѣдуетъ поставить заботу о томъ, чтобы трепанационное отверстіе не сужилось и не заросло, къ чему оно, къ сожалѣнію, обнаруживаетъ всегда большую наклонность. Для этой цѣли вводятъ или марлевые дренажи или металлическія трубки. Марлевые дренажи имѣютъ большой недостатокъ. Такъ какъ конецъ ихъ торчитъ въ полость рта, то въ силу капиллярности жидкія части пищи попадаютъ въ Гайморову пазуху и марля, въ чемъ можно убѣдиться на больномъ, всегда очень быстро загниваетъ; это значитъ, конечно, что загниваетъ и начинаетъ бродить скопившаяся въ ней пища. Если такую марлю удалить уже черезъ нѣсколько часовъ, то можно убѣдиться, что она издаетъ крайне непріятный запахъ. Къ этому слѣдуетъ присоединить еще и то обстоятельство, что нерѣдко такіе марлевые тампоны могутъ незамѣченными проскользнуть въ полость и оставаться тамъ продолжительное время (см. мой случай № IX). Гораздо асептичнѣе металлическіе дренажи. Я для этой цѣли примѣняю небольшія серебряныя трубки, которыя заказываю по калибру бора, употребляющагося для трепанации. Просвѣтъ этихъ трубокъ (по скалѣ употребляющейся для катетеровъ) отвѣчаетъ № 9 или 11, и какъ разъ такой различной толщины я употребляю и боры.

Въ большинствѣ случаевъ я трепанирую № 9. Сейчасъ же послѣ трепанации дренажъ, при небольшомъ давленіи, вводится безъ особыхъ затрудненій въ сдѣланный каналъ. Нужно только имѣть въ виду, что, хотя дренажъ въ началѣ и туго входитъ въ просвѣтъ канала, онъ современемъ и быстро въ немъ ослабѣваетъ и можетъ выпадать. Другое большое неудобство дренажныхъ трубокъ состоитъ въ томъ, что если онѣ значительное время оста-

*) Я считаю здѣсь уже уместнымъ сказать, что сейчасъ же послѣ трепанации, какъ показываютъ мои наблюденія, гной въ полость рта обыкновенно не выделяется, онъ, вѣроятно, слишкомъ густой для этого; въ одномъ лишь случаѣ (см. XCVII), когда заболѣваніе было сравнительно свѣжее, гной послѣ трепанации началъ течь въ ротъ. Обыкновенно же и послѣ удаленія зуба и послѣ трепанации этого не происходитъ, и по отсутствію гноя не слѣдуетъ судить о состояніи Гайморовой полости. Достаточно ее промыть, и разжиженный промывными водами гной въ большомъ количествѣ выделится черезъ носъ.

ются въ альвеолярномъ отросткѣ, то, подъ вліяніемъ содержимаго полости, портятся, что сказывается значительнымъ ихъ почернѣніемъ, и что, къ сожалѣнію, нерѣдко бываетъ причиною распада ихъ на отдѣльные куски, причемъ части такихъ дренажныхъ трубокъ могутъ попадать въ Гайморову полость. Чтобы избѣжать этого осложненія, я въ затяжныхъ случаяхъ, когда больной обреченъ на постоянное ношеніе трубки, совѣтую употреблять золотую, или, по крайней мѣрѣ, мѣнять серебряную каждые полгода на новую. Отъ времени до времени, я совѣтую больнымъ вынимать дренажную трубку, стерилизовать ее путемъ кипяченія и вновь вставлять въ трепанационный каналъ. Большинство больныхъ производитъ это вполне хорошо, тѣмъ же, которые этого сдѣлать сами не въ состояніи, я совѣтую обращаться для этой цѣли къ врачебной помощи. Разъ введенъ дренажъ и обезпечено сохраненіе неизмѣненнымъ нанесеннаго трепанацией отверстія, то намъ остается еще позаботиться о леченіи самой полости. Здѣсь мы встрѣчаемся съ двумя теченіями въ литературѣ. Одни авторы, и такихъ громадное большинство, придерживаются метода промыванія, другіе совѣтуютъ сухое леченіе, съ помощью вдунанія тѣхъ или другихъ антисептическихъ порошковъ. Методъ промыванія, конечно, имѣетъ за собой гораздо больше преимуществъ. При промываніи мы, вспрыскивая жидкость, въ состояніи удалить гной изъ самыхъ сокровенныхъ уголковъ полости. Помощью жидкости мы, кромѣ того, разжижаемъ гной, иногда совершенно густой, створожившійся, и этимъ способствуемъ выведенію его наружу.

На первый взглядъ казалось бы, что этотъ методъ леченія находится въ несогласіи съ общими, нынѣ установившимися, принципами хирургіи—не промывать гнойныхъ полостей, дабы, разжижая гной, не способствовать его всасыванію. Но всасываніе въ Гайморовой полости совершенно ничтожно; это доказывается тѣмъ, что гной можетъ находиться въ большомъ количествѣ въ теченіи многихъ лѣтъ въ Гайморовой полости, совершенно не вызывая повышенія температуры тѣла.

Въ виду тѣхъ преимуществъ, которыя представляетъ собою методъ промыванія, даже и авторы, стоящіе за сухое леченіе, прежде чѣмъ приступить къ нему, промываютъ полость антисептическими жидкостями. Какъ на типъ сухого леченія я долженъ указать на методъ Krause-Friedlaender'a, при которомъ,

вслѣдъ за вскрытіемъ полости, производится промываніе ея кипяченой водой, затѣмъ она просушивается, и въ полость вдувается іодоформенный порошокъ. Кромѣ іодоформа нѣкоторые авторы, какъ Fein, примѣняютъ порошокъ *argenti nitrici*, другіе употребляютъ іодоль, дерматоль и т. п. антисептическіе порошки. Авторы, примѣняющіе промыванія Гайморовой полости, тоже прибѣгаютъ къ самымъ разнообразнымъ средствамъ, начиная отъ 1% раствора поваренной соли (Hajek), квасцовъ (Runge), іодоформенно-глицериновой эмульсии (Микуличъ), сулемы (Schneider) раствора борной кислоты *go calium hypermanganicum* включительно. Одно уже то, что различные авторы предлагаютъ различныя средства, доказываетъ, что все дѣло не въ средствахъ, а въ методѣ, именно—постояннаго и правильнаго очищенія полости отъ скопившагося въ ней экссудата. По чисто теоретическимъ даже соображеніямъ, трудно думать, дабы то или другое лекарственное вещество могло вліять на состояніе Гайморовой полости. Наоборотъ, важно именно удаленіе экссудата, устраненіе того раздраженія, которое онъ наноситъ слизистой оболочкѣ, и приведенія ея, такимъ образомъ, въ состояніе, при которомъ она легче могла бы бороться съ болѣзью. Я не придаю особеннаго значенія составу употребляемой для промываній жидкости. Больше всего я пользуюсь растворомъ борной кислоты и перекисью водорода; (борной кислотой въ растворѣ чайной ложки на стаканъ, перекисью водорода въ растворѣ столовой ложки на стаканъ воды); зато все вниманіе я обращаю на тщательное и правильное промываніе; сейчасъ же послѣ операции я назначаю дѣлать промыванія ежедневно, а въ случаѣ особенно обильныхъ отдѣленій и два раза въ день. Первые промыванія дѣлаю самъ, въ дальнѣйшемъ поручаю ихъ больному. Съ теченіемъ времени, когда симптомы заболѣванія начинаютъ стихать, я уменьшаю частоту промываній, въ началѣ назначаю ихъ разъ въ два дня, потомъ два раза въ недѣлю, разъ въ недѣлю и т. д. Конечно, частота промываній непременно должна идти въ параллель съ теченіемъ процесса: усиливается онъ, обостряется и промыванія я совѣтую дѣлать чаще, начинается стихать—промыванія дѣлаю рѣже. Что касается сухого леченія, то я къ нему совершенно не прибѣгаю и до сихъ поръ въ немъ не встрѣчалъ особой надобности, но все же думаю, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно можетъ найти свои показанія.

Для промываній пользуются какъ Эсмарховской кружкой, такъ и различнаго рода шприцами и клизопомпами.

Въ сущности, тотъ или другой способъ промыванія не имѣетъ большого значенія, важно лишь то, чтобы полость хорошо опорожнялась. При промываніи я употребляю клизопомпу, которая прикрѣпляется къ длинной и тонкой промывной трубкѣ, вводимой въ просвѣтъ дренажа; я употреблялъ для промыванія и Эсмарховскую кружку, но убѣдился, что она менѣе пригодна. Большимъ ея недостаткомъ является то, что мы не можемъ регулировать давленія струи жидкости, что вполне легко сдѣлать съ помощью клизопомпы. Нужно имѣть въ виду еще и то обстоятельство, что промываніе, въ началѣ производимое вполне легко, иногда въ дальнѣйшемъ теченіи процесса начинаетъ затрудняться: жидкость съ трудомъ вспрыскивается въ полость, съ трудомъ лишь по каплямъ выходитъ изъ носу. Часто такія явленія наблюдаются лишь временно и проходятъ такъ же быстро, какъ они и появились. Я ихъ объясняю тогда набухлостью слизистой оболочки. Иногда, производя промываніе, можно убѣдиться, что токъ жидкости встрѣчаетъ на своемъ пути механическое препятствіе, въ особенности часто въ верхнихъ отдѣлахъ трепанационнаго канала. Это я объясняю разрастаніемъ грануляцій и стремленіемъ природы закрыть отверстие; но стоитъ въ этихъ случаяхъ пройти по просвѣту канала борчикомъ, чтобы эти явленія исчезли и не возобновлялись въ теченіе болѣе или менѣе короткаго промежутка времени.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ источникомъ препятствій являются патологическія измѣненія внутри самой Гайморовой полости или въ области *ostii maxillaris*, и тогда горю можно помочь лишь болѣе сложной радикальной операцией.

Недостаточно только сдѣлать трепанацию Гайморовой полости и производить промыванія, нужно позаботиться и о томъ, дабы изъ полости рта пищевыя частицы сквозь трепанационный каналъ не попадали въ Гайморову полость. Это достигается путемъ протеза, который въ простѣйшемъ своемъ видѣ долженъ представлять небольшую каучуковую или золотую пластинку, плотно прилегающую къ зубамъ и небольшимъ язычкомъ прикрывающую часть небной поверхности альвеолярнаго отростка. Съ помощью кламмеровъ такая пластинка укрѣпляется на зубахъ и легко можетъ быть снимаема и надѣваема больнымъ. Я не стану вдаваться въ описанія

своеобразныхъ протезовъ, предложенныхъ авторами. Всѣ эти протезы, которые снабжены или штифтами, входящими въ просвѣтъ трепанаціоннаго канала, или которые соединены съ дренажной трубкой мало удовлетворительны по одному тому, что при каждомъ сниманіи и надѣваніи ими раздражается внутренняя поверхность канала. Потому удовлетворительны лишь тѣ протезы, которые представляютъ собою истинный obturatorъ, прикрывающій просвѣтъ канюли и удерживающій ее въ альвеолярномъ отросткѣ отъ выпаденія.

Мнѣ остается еще коснуться одного вопроса. Когда же больного эмпіемой Гайморовой полости можно считать выздоровѣвшимъ, когда можно рѣшиться на заживленіе трепанаціоннаго канала. Въ этомъ отношеніи я не встрѣтилъ въ литературѣ никакихъ точныхъ указаній и, дѣйствительно, точныхъ указаній дать нельзя. Одно, что можно сказать, это то, что съ заживленіемъ никогда не слѣдуетъ спѣшить. Прекрасный эффектъ, который получается сейчасъ же послѣ операціи, слишкомъ соблазнителенъ. Спустя нѣсколько дней, гнойное выдѣленіе начинаетъ пріобрѣтать слизистый характеръ, спустя недѣли, оно часто исчезаетъ совершенно. Казалось бы, насталъ моментъ для заживленія Гайморовой полости, но на самомъ дѣлѣ эти явленія крайне обманчивы; достаточно такую полость заживить, какъ быстро вспыхаетъ рецидивъ (см. случаи XXIII, LI, XL, XVII). Разъ перенеся это заболѣваніе, слизистая оболочка Гайморовой полости остается къ нему крайне впечатлительной. Достаточно пустого повода: насморка, заболѣванія инфлуэнцей и т. п., какъ весь процессъ со всеми присущими ему симптомами возобновляется снова. Это одно уже заставляетъ меня быть всегда очень осторожнымъ въ дѣлѣ заживленія Гайморовой полости. Въ сравнительно легко протекающихъ случаяхъ, я бы сказалъ въ случаяхъ подострыхъ, не съ вполне типическимъ затяжнымъ теченіемъ, я произвожу заживленіе, спустя мѣсяца два послѣ того, какъ всѣ явленія воспаления Гайморовой полости пройдутъ совершенно. Въ случаяхъ, гдѣ имѣю дѣло съ хронической эмпией, я выжидаю нѣсколько мѣсяцевъ. Я назначаю больному дѣлать промыванія все рѣже и рѣже съ значительными интервалами между отдѣльными промываніями (разъ въ двѣ недѣли), и, если, не смотря на это, выдѣленія не появляются, то я рѣшаю заживить отверстие. Но все-таки, я не могу сказать, чтобы я дѣ-

лалъ это съ полнымъ убѣжденіемъ; наоборотъ, мои наблюденія учатъ меня иному, и я скорѣе склоненъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это необходимо, не заживлять полости совсѣмъ. Какъ протезъ, такъ и канюля, если все это содержится въ чистотѣ, не причиняютъ больному абсолютно никакихъ почти безпокойствъ, а между тѣмъ, въ этомъ я убѣдился на случаяхъ, которые наблюдалъ 6—7 лѣтъ, (см. случаи IV, XXIII, XXV), оставленіе Гайморовой полости открытой почти навѣрное гарантируетъ отъ рецидива.

Я кончилъ. Считаю своимъ долгомъ оговориться, что, пользуясь литературными данными, я имѣлъ возможность убѣдиться въ чрезвычайной обширности литературы по эмпіеамъ Гайморовой полости: нѣтъ возможности привести всѣхъ работъ и изслѣдованій по этому вопросу; поэтому я ограничился только указаніемъ тѣхъ авторовъ, которые въ разработку вопроса внесли что либо существенное, и обхожу молчаніемъ всѣ тѣ работы, которыя существеннаго значенія ни для одного изъ разсмотрѣнныхъ мною отдѣловъ не имѣютъ.

Считаю возможнымъ, на основаніи своей работы, сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. Знаніе анатомическихъ особенностей Гайморовой полости и ея аномалій выясняетъ случаи неудачъ при операціяхъ и послѣдующемъ леченіи.
2. Гнойное воспаленіе слизистой оболочки Гайморовой полости обуславливается не однимъ какимъ нибудь видомъ микроорганизмовъ, а различными ихъ видами.
3. Инфлуэнца въ этиологіи Гайморитовъ, несомнѣнно, играетъ важную роль.
4. Эмпіемы Гайморовой полости въ значительномъ своемъ количествѣ являются послѣдствіемъ патологическихъ процессовъ, распространяющихся со стороны зубовъ.
5. Хроническія эмпіемы Гайморовой полости нерѣдко сразу начинаются, какъ таковыя, безъ предшествовавшего имъ острого періода.
6. Такъ называемый „классическій“ симптомъ эмпіемы Гайморовой полости, состоящій въ распираніи и истонченіи ея костныхъ стѣнокъ, на самомъ дѣлѣ при чистыхъ, неосложненныхъ эмпіеахъ никогда не наблюдается.

7. Боли при эмпіемахъ Гайморовой полости носятъ крайне индивидуальный характеръ, и не представляютъ ничего характернаго для діагностики.

8. Наибольшее значеніе для діагноза имѣютъ данныя риноскопическаго изслѣдованія: нахожденіе гнойной капли подъ средней раковины и новое ея появленіе послѣ стиранія, при наклоненіи головы впередъ и внизъ.

9. Пробный проколъ при эмпіемѣ Гайморовой полости долженъ примѣняться лишь въ томъ случаѣ, если, на основаніи всѣхъ другихъ діагностическихъ методовъ, нельзя построить заключенія о состояніи ея слизистой оболочки.

10. Пробные проколы изъ полости рта легче переносятся больными, чѣмъ проколы со стороны носовой полости.

11. Просвѣчиваніе Гайморовой полости даетъ нерѣдко важныя указанія для заключенія о состояніи ея слизистой оболочки, почему его можно считать однимъ изъ лучшихъ діагностическихъ методовъ при ея эмпіемахъ.

12. Для просвѣчиванія Гайморовой полости, можно, и даже слѣдуетъ, пользоваться лампочками съ болѣе сильнымъ свѣтомъ.

13. Подробное изслѣдованіе зубовъ должно быть обязательнымъ при распознаваніи эмпіемъ Гайморовой полости.

14. Острые эмпіемы въ громадномъ большинствѣ проходятъ самопроизвольно, почему леченіе ихъ должно быть лишь исключительно симптоматическимъ.

15. Консервативные методы леченія, ограничивающіеся промываніями Гайморовой полости черезъ естественное отверстіе, по скольку они еще умѣстны при острыхъ эмпіемахъ, по стольку даютъ ничтожный успѣхъ при леченіи хроническихъ случаевъ.

16. Методы вскрытія Гайморовой полости изъ средняго и изъ нижняго носового хода, съ лечебной цѣлью, мало удовлетворительны, какъ по трудности своего выполненія, такъ и по затрудненіямъ, которыя они представляютъ для послѣдующаго леченія.

17. Изъ операций трепанации Гайморовой полости на первомъ мѣстѣ слѣдуетъ поставить методъ Cowper'a.

18. Вскрытіе Гайморовой полости сквозь альвеолярный отростокъ должно ограничиваться лунками 1-го большого коренного и 2-го малаго коренного зуба, въ крайнемъ случаѣ, можно для этой цѣли пользоваться лункой 2-го большого коренного зуба.

19. Вскрытіе Гайморовой полости изъ лунки 1-го малаго коренного и зуба мудрости не должно быть примѣняемо изъ за значительныхъ техническихъ затрудненій.

20. Вскрытіе Гайморовой полости изъ лунки клыка или одного изъ рѣзцовъ совершенно невозможно, въ нормальныхъ условіяхъ.

21. Радикальныя операціи при эмпіемахъ Гайморовой полости должны примѣняться лишь, при соблюденіи строгихъ къ нимъ показаній.

22. Изъ радикальныхъ операцій лучшими являются операціи по методу Luc'a-Caldwell'a.

23. Промываніе Гайморовой полости есть методъ, дающій очень хорошіе результаты при леченіи ея эмпіемъ.

24. Съ заживленіемъ трепанационнаго канала при хронической эмпіемѣ Гайморовой полости не слѣдуетъ спѣшить и, гдѣ это возможно, слѣдуетъ оставлять свинецъ на долгое время, если только и не на всегда—причиняетъ онъ мало безпокойствъ, а между тѣмъ гарантируетъ отъ рецидива.

Приложеніе.

Собственныя наблюденія.

I.

(№ 245). Г-жа А. С., 56 лѣтъ, вдова офицера, жительница Петербурга, жалуется на постоянныя истеченія слизисто-гнойной жидкости изъ правой ноздри; выдѣленія имѣють непріятный запахъ. Головныя боли бывають, но не часто. Флюсы бывали, но точной ихъ локализациі больная не помнитъ.

¹⁶/iv. 1898. Status praesens: припуханій щеки нѣтъ; съ правой стороны подъ arcus zygomaticus нѣкоторая не рѣзкая инфильтрація мягкихъ частей щеки. При риноскопическомъ изслѣдованіи въ правомъ носовомъ ходѣ раковины нѣсколько гипертрофированы. Подъ средней раковиной видна капля гноя, появляющаяся, послѣ ея стиранія, вновь точно въ этомъ мѣстѣ. Со стороны полости рта имѣются слѣдующія данныя: на правой сторонѣ верхней челюсти первый большой коренной совершенно разрушенъ каріезомъ, имѣются лишь раздѣлившіеся его корни. Другіе зубы на этой сторонѣ здоровы. Ощущается довольно рѣзкій запахъ изъ носу. Просвѣчиванія полости, за отсутствіемъ у автора соотвѣтственныхъ приспособленій, сдѣлано не было.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori dextri chronica.

Теченіе болѣзни: больной предложена операція. ¹⁷/iv 1898 г. подъ кокаиномъ безъ особаго труда удалены корни праваго верхняго перваго большого коренного зуба. Незначительное кровотеченіе, остановившееся послѣ полосканія борнымъ растворомъ. Назначено: полосканіе рта борной кислотой; явиться для операціи черезъ три дня.

²⁰/iv 1898 г. Помощью ручного бора вскрыта Гайморова полость. Борчикъ для операціи былъ введенъ въ альвеолу небнаго корня, и ему при сверленіи дано направленіе кнаружи. При операціи довольно значительная болѣзненность. Операція вскрытія длилась около трехъ минутъ. Въ продѣланный ходъ тутъ же вставлена серебряная канюля. Выдѣленія гноя ни послѣ вскрытія полости, ни послѣ вставленія канюли въ полость рта не было. Полость тотчасъ же промыта клизопомпой съ борнымъ растворомъ черезъ носъ. Выдѣлилось громадное количество гноя съ рѣзкимъ противнымъ запахомъ, наполнившимъ всю комнату. Гной

выходить комками, свертками, нитями. Снять слѣпокъ для изготовления каучуковаго obturatora. Просвѣтъ канюли изъ полости рта закрыть ватой. Назначено: явиться для промыванія на слѣдующій день.

²¹/iv. Субъективныя ощущенія больной гораздо лучше. Правый носовой ходъ проходимъ для воздуха. Выдѣленій гораздо меньше. Послѣ удаленія ватнаго шарика изъ просвѣта канюли въ полость рта выдѣлилось значительное количество гноя. Сдѣлано промываніе. Въ промывныхъ водахъ гноя немного. Легкій запахъ.

²²/iv. Промываніе Гайморовой полости даетъ небольшое количество гноя. Запаха больная не ощущаетъ. Самочувствіе прекрасное.

²³/iv. Послѣ промыванія Гайморовой полости, дававшего немного гноя, надѣтъ obturatorъ. Родственница больной приучена къ производству промываній дома.

³/xi 1898 г. Больная явилась для осмотра съ жалобами на значительное ухудшеніе процесса. Первое время промыванія давали небольшое количество гноя, которое, однако, со временемъ начало увеличиваться и нынѣ достигло значительной степени. Ухудшеній субъективныхъ ощущеній нѣтъ.

Изслѣдованіе: послѣ снятія obturatora изъ канюли въ полость рта выдѣлилось значительное количество гноя. Гной выдѣляется прямо струей и моментально наполняетъ свою полость рта. При зондированіи полости черезъ свищъ повсюду ощущеніе мягкое, бархатистое. Нигдѣ не прощупывается обнаженной кости. Я предложилъ вскрытіе полости черезъ fossa canina и послѣдующее выскабливаніе ея. Больная на операцію не согласилась. Для промываній назначена перекись водорода.

³/ii 99. Положеніе то же; гной выдѣляется въ громадномъ количествѣ.

⁶/v 1900. Смерть въ припадкѣ anginae pectoris. Все время до самой смерти выдѣленія гноя очень обильны. Промыванія приходилось дѣлать ежедневно борнымъ растворомъ или перекисью водорода. Вскрытіе трупа произведено не было.

II.

(№ 293). Г-жа Я. К., 21 года, дѣвица, жительница Налычика на Кавказѣ, жалуется на хроническій насморкъ съ противнымъ выдѣленіемъ изъ носу, имѣющимъ запахъ. Выдѣленія не придерживаются какой-нибудь одной ноздри. Головными болями страдаетъ постоянно. Зубы болѣли, но флюсовъ не было. Прислана ринологомъ для операціи съ диагнозомъ эмпиемы Гайморовой полости.

²/vi 1898. Status praesens: опухоли наружныхъ покрововъ нѣтъ. При риноскопическомъ изслѣдованіи слизистая носового хода правой и лѣвой стороны найдена припухшей, покраснѣвшей и въ направленіи средняго носового хода покрытой жидкимъ гноемъ. Со стороны полости рта: масса каріозныхъ зубовъ; на лѣвой сторонѣ первый большой коренной совершенно разрушенъ, имѣются лишь раздѣлившіеся его корни. При просвѣчиваніи Гайморовой полости маленькой электрической лампочкой накаливанія въ 5 вольтъ, затемнѣнія не замѣтно. Предположена Empyema antri Highmori sinistri и предложена операція.

Теченіе болѣзни: ⁴/vi 1898 г. удалены корни лѣваго перваго большого коренного зуба и сейчасъ же ручнымъ боромъ съ значительной болѣзненностью вскрыта Гайморова полость. Направленіе бора, какъ въ первомъ случаѣ. Вставлена канюля и произведено промываніе. Промывныя воды совершенно чисты, слегка окрашены кровью, гноя не содержатъ.

Въ виду отрицательнаго результата рѣшено заживить сдѣланное въ Гайморовой полости отверстіе. Наложена повязка изъ маленькаго ватнаго тампона съ іодоформомъ.

⁵/vi. Перемѣна повязки.

⁶/vi. Тоже.

Съ 7-го по 12-ое Іюня 98 года перевязки. При полосканіи рта жидкость въ носъ не проходитъ.

²⁹/vi 98 г. Мѣсто вскрытія Гайморовой полости зажило совершенно.

III.

(№ 37). Г-нъ А. А., 19-ти лѣтъ, студентъ, житель Москвы. Больной находится подъ моимъ наблюденіемъ съ іюня 1897 года, по поводу недостачи четырехъ рѣзцовъ въ верхней челюсти, утерянныхъ больнымъ вслѣдствіе некроза кости челюсти сифилитическаго происхожденія. Больной наследственный сифилитикъ съ цѣлымъ рядомъ явленій гуммознаго періода. Нынѣ, по совѣту изслѣдовавшаго его ринолога, онъ явился ко мнѣ для производства трепанаци Гайморовой полости, въ виду діагносцированной у него эмпиемы. Жалуется на постоянныя выдѣленія изъ носу съ крайне противнымъ запахомъ. Выдѣленія по преимуществу придерживаются лѣвой ноздри. Головные боли постоянныя. Флюсы бывають часто. ³/vi 1898. Status praesens: припуханій или ассиметріи лица нѣтъ. Подъ arcus zygomaticus мягкія части слегка инфильтрованы. При риноскопии: въ лѣвой половинѣ носовой полости слизистая оболочка средней раковины утолщена и красна; въ среднемъ носовомъ ходѣ большое количество гноя. Послѣ стиранія его, при нагибаніи головы больного впередъ и внизъ, гной по-

является снова под средней раковиной. Со стороны полости рта: отсутствіе многихъ зубовъ, наличные здоровы, за исключеніемъ перваго большого коренного верхняго лѣваго, имѣющаго большую каріозную полость. Первый большой коренной лѣвый къ температурнымъ колебаніямъ не чувствителенъ. Введеніе зонда въ пульпарную полость не вызываетъ никакого болевого ощущенія. При извлеченіи изъ пульпарной полости, зондъ издаетъ отвратительный запахъ. Установлено: каріезъ 4-ой степени перваго верхняго коренного лѣваго (*gangraena pulpaе totalis*).

Изъ носу на разстояніи уже ощущается рѣзкій противный запахъ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости 5-ти вольтовой лампочкой обнаружено затемнѣніе съ лѣвой стороны. Диагнозъ: *Empyema antri Highmori sinistri chronica*.

Теченіе болѣзни: больному предложена операція. 3/VI 1898 г. Удаленіе перваго большого коренного верхняго лѣваго зуба; полосканіе борнымъ растворомъ.

5/VI 1898 г. Ручнымъ боромъ, вставленнымъ въ лунку небнаго корня съ направленіемъ кнаружи, вскрыта Гайморова полость. Операція болѣзненна, длительность—около трехъ минутъ. Гной въ полость рта черезъ сдѣланное отверстіе не выдѣляется. Вставлена канюля и сдѣлано промываніе. Вышло громадное количество гноя съ рѣзкимъ противнымъ запахомъ. Просвѣтъ канюли закрытъ ватой. Снять слѣпокъ для изготовленія obturатора.

6/VI 1898 г. Промываніе Гайморовой полости. Вышло громадное количество гноя. Самочувствіе гораздо лучше.

7/VI 1898 г. Промываніе Гайморовой полости. Гной выдѣляется въ значительномъ количествѣ, запаха нѣтъ.

8/VI 1898 г. Надѣтъ obturatorъ; дальнѣйшее промываніе поручено самому больному.

4/VII 1898 г. Больной явился для осмотра. Сдѣлано промываніе Гайморовой полости. Выдѣленія гноя очень незначительны; едва замѣчается одинъ, два комка, болѣе слизистыхъ, чѣмъ гнойныхъ.

14/VII 1898 г. Промыванія не даютъ почти гноя. Въ виду наличности основного страданія, больному данъ совѣтъ не спѣшить съ заживленіемъ свища. Промываніе борнымъ растворомъ назначено дѣлать рѣже, постоянно увеличивая промежутки между отдѣльными промываніями.

Больной отпущенъ на родину.

Въ дальнѣйшемъ больной исчезъ изъ подъ наблюденія и получить о немъ какихъ-либо свѣдѣній не удалось.

IV.

(№ 297). Г-жа М. З., 22-хъ лѣтъ, жена врача, жительница Петербурга, явилась ко мнѣ по поводу неисправности зубовъ, въ

цѣляхъ консервативнаго ихъ леченія; жалуется также на хроническій насморкъ, продолжающійся уже около двухъ лѣтъ и леченный специалистами палліативно. Выдѣленія придерживаются по преимуществу правой половины. Постоянный запахъ изъ носу, отравляющій существованіе больной. Масса явленій нервнаго характера: частыя слезы, боязнь усиленія страданія и въ особенности запаха, дѣлающаго пребываніе больной въ обществѣ невозможнымъ. Частыя головныя боли. Флюсы, соотвѣтственно правымъ верхнимъ зубамъ, бывали.

4/VI 1898 г. Status praesens: опухоли лица нѣтъ. Подъ arcus zygomaticus нѣкоторая инфильтрація мягкихъ частей на правой сторонѣ. При риноскопическомъ изслѣдованіи обнаружена гипертрофія раковинъ; въ правомъ носовомъ ходѣ подъ средней раковиной замѣчается капля гноя. Въ полости рта, на ряду съ пломбированными зубами, довольно много пораженныхъ поверхностными степенями каріеза. Первый большой коренной справа совершенно разрушенъ, имѣются лишь раздѣлившіеся его корни. Корни ни къ давленію, ни къ постукиванію не чувствительны. Запахъ изъ носу довольно рѣзкій. При просвѣчиваніи полости помощью пяти-вольтовой лампочки затемнѣніе правой полости значительное, въ особенности рѣзко сказывающееся затемнѣніемъ подглазничнаго полукруга правой стороны, по сравненію съ таковымъ же на лѣвой сторонѣ.

Диагнозъ: *Empyema antri Highmori dextri chronica*.

Теченіе болѣзни: больной предложена операція 8/VI 1898 г. удалены корни перваго верхняго праваго большого коренного зуба. Борное полосканіе. Явиться черезъ три дня для операціи.

11/VI 1898 г. Трепанация Гайморовой полости помощью копиевиднаго бора, приведеннаго во вращеніе зубо-врачебной бормашиной. Производство трепанации длилось лишь нѣсколько секундъ. Операція прошла совершенно безболѣзненно. Вставлена серебряная канюля, заранѣе заготовленная по диаметру бора. Выдѣленій въ полость рта нѣтъ. Сдѣлано промываніе. Вышло громадное количество зловоннаго гноя, комками, нитями. Просвѣтъ канюли закрытъ ватой. Снять слѣпокъ для изготовленія obturатора.

12/VI 1898 г. Промываніе Гайморовой полости. Выдѣлилось незначительное количество гноя. Самочувствіе больной, по ея словамъ, значительно улучшилось. Въ то время, какъ прежде ей постоянно приходилось ощущать противный вкусъ—запахъ, теперь, съ перваго же дня послѣ операціи, всѣ эти явленія исчезли. Отдѣленій очень немного; запаха больная не ощущаетъ.

13/VI 1898 г. Промываніе. Гноя немного.

14/VI 1898 г. Надѣтъ obturatorъ. Дальнѣйшія промыванія поручено дѣлать самой больной.

¹⁵/vii 1898 г. За истекшіи мѣсяць промыванія больной дѣлались борнымъ растворомъ ежедневно. О прежнихъ ощущеніяхъ не сохранилось и воспоминанія. Больная считаетъ себя совершенно здоровой. Въ промывныхъ водахъ гноя почти нѣтъ. Промыванія назначены черезъ день.

²⁰/viii 1898 г. Больная явилась для осмотра. При промываніи гноя совершенно нѣтъ. Самочувствіе прекрасное. Въ виду того, что больная очень опасается рецидива, мною данъ совѣтъ не заживлять трепанационнаго отверстія. Промыванія дѣлать разъ въ недѣлю.

¹³/ii 1901 г. Больная явилась для исправленія лопнувшего обтуратора. Промываніе полости производится ею разъ въ двѣ недѣли. Гной никогда не выдѣляется, запаха никакого нѣтъ. О заживленіи свища больная не желаетъ и думать: присутствіе его не причиняетъ ей никакихъ беспокойствъ.

²⁰/v 1902 г. Со времени операціи истекло четыре года; ни возвратовъ, ни ухудшеній за это время не было.

Больная считаетъ себя совершенно здоровой; присутствіе же обтуратора и канюли нисколько ея не беспокоитъ.

Сдѣланное мною промываніе не дало гноя.

V.

(№ 292). Г-нъ Л. С., 57 лѣтъ, женатый, купецъ, житель Владикавказа, присланъ ринологомъ для трепанціи Гайморовой полости съ диагнозомъ эмпіемы antri Highmori sinistri. Жалуется на постоянное, хотя и скудное отдѣленіе изъ лѣвой ноздри, (запаха не замѣчалъ), постоянныя, особенно его беспокоящія, головныя боли, а также боли лѣвой половины лица безъ опредѣленной локализаци.

⁵/vi 1898 г. Status praesens: ни опухоли, ни инфильтраціи мягкихъ частей щеки нѣтъ. При риноскопическомъ изслѣдованіи—небольшая гипертрофія раковинъ. Въ лѣвомъ носовомъ ходѣ подъ средней раковиной замѣчается слизисто-гнойный комокъ, легко удаляемый ватой, вновь не появляется послѣ стиранія. Запаха изъ носа не замѣчается. Со стороны полости рта въ наличности лишь рѣзцы и клыки совершенно здоровые, если не считать значительнаго стиранія ихъ рѣжущаго края. Остальные зубы отсутствуют и, по словамъ больного, удалены давно. Альвеолярный отростокъ на мѣстѣ ихъ атрофированъ. При просвѣчиваніи 5-ти вольтовой лампочкой, небольшое затемнѣніе съ лѣвой стороны.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori sinistri chronica.

Теченіе болѣзни: Предложена операція. ii/vi 1898 г. произведена трепанация Гайморовой полости копьевиднымъ боромъ съ помощью

бормашины. Для мѣста трепанациі выбранъ участокъ альвеолярнаго отростка, отвѣчающій обычному мѣстоположенію перваго коренного зуба. Нижняя поверхность альвеолярнаго отростка раздѣлена мысленно проведенными линіями на три участка: наружный, средній и внутренній. На границѣ между среднимъ и внутреннимъ участкомъ установленъ боръ для трепанациі. Послѣ двухъ-трехъ оборотовъ колеса бормашины боръ прошелъ толщину альвеолярнаго отростка и проникъ въ полость. Операція длилась лишь нѣсколько секундъ и была безболѣзненной. Вставлена канюля и произведено промываніе. Выдѣлилось небольшое количество слизисто-гнойной жидкости. Просвѣтъ канюли закрытъ ватой. Снятъ слѣпокъ для обтуратора.

¹²/vi 1898 г. Промываніе Гайморовой полости. Выдѣлилось небольшое количество гноя.

¹³/vi. Промываніе.

¹⁴/vi. Промываніе. Гноя мало, надѣтъ обтураторъ.

¹⁷/vi. Промыванія не даютъ совсѣмъ гноя, и субъективныя ощущенія больного, бывшія столь тягостными до операціи, исчезли совершенно. Назначено: дѣлать промыванія все рѣже и рѣже и при хорошемъ теченіи болѣзни черезъ мѣсяць заживить.

Больной отпущенъ на родину.

²⁰/v 1900 г. По извѣстіямъ, полученнымъ мною отъ наблюдавшаго дальнѣйшее теченіе болѣзни врача, заживленіе свища больному было сдѣлано, спустя два мѣсяца послѣ операціи; ни рецидива, ни возврата прежнихъ ощущеній у больного до сихъ поръ (два года послѣ операціи) нѣтъ.

VI.

(№ 314). Г-нъ М. Н., 40 лѣтъ, холостой, землевладѣлецъ, житель Воронежской губерніи, явился для приведенія въ порядокъ зубного аппарата передъ предстоящимъ противосифилитическимъ ртутнымъ леченіемъ. При осмотрѣ рта, меня поразила рѣзкій противный запахъ изъ носа больного. На предложенные вопросы больной заявилъ, что онъ давно уже страдаетъ одностороннимъ насморкомъ, придерживающимся по преимуществу правой ноздри. Окружающіе обращаютъ часто вниманіе на рѣзкій запахъ, ощущаемый при разговорѣ съ больнымъ, хотя онъ самъ никакого запаха не замѣчаетъ. Страдалъ часто флюсами и именно на правой сторонѣ.

¹⁸/vi 1898 г. Status praesens: опухоли лица и щеки нѣтъ. На правой сторонѣ подъ arcus zygomaticus ощущается нѣкоторая инфильтральная мягкихъ частей. При риноскопическомъ изслѣ-

дованіи обнаружено: на правой сторонѣ слизистая красная и слегка припухла; изъ средняго носового хода вытекаетъ гной; послѣ стиранія гноя ватой, при наклонѣ головы, изъподъ средней раковины показывается капля гноя вновь. Въ полости рта много кариозныхъ зубовъ. Первый большой коренной справа сохранилъ коронку. Запломбированный амальгамой зубъ нѣсколько подвиженъ; чувствительности при постукиваніи и давленіи нѣтъ. Послѣ удаленія пломбы, обнаружено полное омертвѣніе мякоти. Зондъ, введенный въ пульпарную полость, не вызываетъ никакихъ болевыхъ ощущеній; къ впрыскиванію холодной воды зубъ совершенно не чувствителенъ. Корневые каналы наполнены жидкимъ гнилостнымъ распадомъ. Просвѣчиваніе полости даетъ рѣзкое затемнѣніе на правой сторонѣ, въ особенности подъ нижнимъ краемъ глазницы.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori dextri chronica.

Теченіе болѣзни: больному предложена операція. 20/VI 1898 г. произведено удаленіе перваго верхняго большого коренного зуба справа. Борное полосканіе. Явиться черезъ три дня для операціи.

24/VI 1898 г. Трепанация Гайморовой полости справа, на мѣстѣ удаленнаго перваго большого коренного зуба. Вставлена серебряная канюля, и тутъ же произведено промываніе полости. Выдѣлилось громадное количество зловоннаго комковатаго гноя. Просвѣтъ канюли закрытъ ватой. Снять слѣпокъ для obturatora.

25/VI 1898 г. Надѣтъ obturatorъ. Промываніе Гайморовой полости. Гноя значительно меньше. Субъективныя ощущенія больного улучшились настолько, что онъ почти не замѣчаетъ больной стороны.

26/VI 1898 г. Промываніе полости. Гноя значительное количество. Дальнѣйшее леченіе предоставлено самому больному.

13/VII 1898 г. Больной осмотрѣнъ мною передъ отъѣздомъ на родину. При промываніи выдѣляется очень небольшое количество гноя, не имѣющаго совершенно запаха.

Январь 1900 г. Изъ полученнаго отъ больного письма видно, что, спустя полгода послѣ сдѣланной ему операціи, мѣстнымъ врачомъ произведено было выскабливаніе свища, и, послѣ удаленія дренажа, таковой, спустя непродолжительное время, зажилъ совершенно.

Возврата болѣзни не было.

VII.

(№ 318). Г-нъ А. Ж., 47 лѣтъ, холостой, житель Гродненской губерніи, присланъ ринологомъ для трепанации Гайморовой по-

лости съ діагнозомъ Highmoritis dextra; жалуется на постоянный насморкъ по преимуществу изъ правой ноздри и запахъ изъ носу. Издавна уже страдаетъ головными болями. Флюсовъ не было, хотя и имѣетъ массу кариозныхъ зубовъ.

18/VI 1898 г. Status praesens: при риноскопическомъ изслѣдованіи, слизистая носового хода какъ на одной, такъ и на другой сторонѣ найдена припухшей и покраснѣвшей. Въ обѣихъ половинахъ носовой полости, соотвѣтственно среднему ходу, замѣчается присутствіе гноя, жидкаго, съ значительной примѣсью слизи. Полиповъ и гипертрофіи раковинъ не замѣчено. При наклонѣ головы, выдѣленія не увеличиваются; также они не увеличиваются и при лежаніи больного на здоровой сторонѣ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости 5-тивольтовой электрической лампочкой имѣется нѣкоторое затемнѣніе на правой сторонѣ. Въ полости рта много кариозныхъ зубовъ. Первый большой коренной на правой сторонѣ отсутствуетъ, удаленъ давно. Остальные кариозные зубы поражены поверхностными степенями кариеса. Пульпа въ нихъ жива. Больному предложена операція.

26/VI 1898 г. На мѣстѣ отсутствовавшаго перваго большого коренного зуба съ правой стороны копьевиднымъ боромъ при помощи бормашины сдѣлана трепанация Гайморовой полости, бывшая очень непродолжительной и почти безболѣзненной. Тотчасъ же вставлена серебряная канюля и произведено промываніе полости. Промывныя воды совсѣмъ не содержатъ гноя, слегка окрашены кровью. Серебряная канюля удалена, просвѣтъ сдѣланнаго трепанационнаго хода закрытъ маленькимъ ватнымъ тампономъ въ іодоформѣ.

24/VI 1898 г. Перемѣна тампона.

25/VI 1898 г. Тоже.

10/VII 1898 г. Свищъ Гайморовой полости совершенно зажилъ.

1899 г. 11-го іюня. Больной явился для осмотра и консервативнаго леченія своихъ зубовъ. Сообщенія между Гайморовой полостью и полостью рта нѣтъ.

VIII.

(№ 319). Г-нъ И. Т., 67 лѣтъ, женатый, художникъ, житель города Вильна, жалуется на постоянныя выдѣленія изъ носу, придерживающіяся по преимуществу правой ноздри и имѣющія небольшой запахъ, замѣчаемый скорѣе окружающими, чѣмъ самимъ больнымъ. Головными болями не страдаетъ, хотя по временамъ появляются незначительныя невралгическія боли въ правой сторонѣ лица. Зубами страдалъ часто. Бывали флюсы; на которой сторонѣ—не помнить.

²⁰/vi 1898 г. Status praesens: при наружномъ изслѣдованіи ни опухоли, ни инфильтрата мягкихъ частей, а тѣмъ болѣе какого-нибудь раздвиганія костей верхней челюсти не найдено. При надавливаніи на *arcus zygomaticus* какъ на одной, такъ и на другой сторонѣ никакой болѣзненности не замѣчается. На правой сторонѣ подъ нижнимъ краемъ глазницы, приблизительно у мѣста выхода *nervi infraorbitalis* имѣется болѣзненная точка. Такая же точка имѣется и у верхняго края глазницы приблизительно у мѣста-нахожденія инцизуры *supraorbitalis*. При риноскопическомъ изслѣдованіи, на правой сторонѣ замѣчается значительная припухлость слизистой, нѣкоторая гипертрофія раковинъ и въ области средней раковины значительныхъ размѣровъ слизистый полипъ.

Изъ подъ средней раковины выдѣляется гной, жидковатый съ примѣсью слизи; послѣ стиранія гноя и наклоненія головы больного впередъ и внизъ, гной появляется въ томъ же мѣстѣ подъ средней раковиной. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, замѣчается небольшое затемнѣніе на правой сторонѣ. Зубы на правой сторонѣ всѣ здоровы, причемъ второй большой коренной отсутствуетъ и удаленъ давно.

Предположена эмпіема *antri Highmori dextri chronica*.

Больному предложена операція.

²³/vi 1898 г. тѣмъ же копьевиднымъ боромъ произведена трепанация Гайморовой полости, причемъ боръ установленъ въ серединѣ альвеолярнаго отростка, сейчасъ же позади перваго большого коренного зуба. Послѣ трепанации, длившейся лишь нѣсколько секундъ и бывшей совершенно безболѣзненной, въ просвѣтъ сдѣланнаго свища вставлена серебряная канюля и произведено промываніе Гайморовой полости теплымъ борнымъ растворомъ. Изъ Гайморовой полости черезъ носъ выдѣлилось значительное количество слизисто-гнойного отдѣляемаго безъ особеннаго запаха. Просвѣтъ канюли закрыть ватой. Снять слѣпокъ для obturatora.

²⁴/vi 1898 г. Надѣтъ obturatorъ. Сдѣлано промываніе Гайморовой полости; гноя выдѣляется немного.

²⁵/vi. Промыта Гайморова полость.

²⁶/vi. Тоже. Надѣтъ obturatorъ.

¹⁰/vii До этого дня промыванія производились самимъ больнымъ. Больной явился для осмотра. При промываніи, гноя въ Гайморовой полости не оказалось. Тяготившія больного субъективныя ощущенія прошли совершенно.

²/i 1899 г. Въ виду отсутствія выдѣленій вынута канюля. Края свища выскоблены острой ложкой, и просвѣтъ его закрыть повязкой изъ ватнаго тампончика, обмокнутаго въ іодоформъ.

3-го января 1899 г. Перевязка.

4 " " Тоже.

5 " " Перевязка.

6 " " "

12-го января 1899 г. Сообщенія между Гайморовой полостью и полостью рта не обнаруживаются. При полосканіи рта жидкость въ носъ не попадаетъ. При надуваніи щекъ воздухъ не проходитъ въ полость носа.

Іюль 1899 г. Получено мною письмо отъ больного, извѣщающее о томъ, что всѣ бывшія у него явленія прошли и страданіе не возобновлялось.

IX.

(№ 345). Г-нъ И. М., 53-хъ лѣтъ, женатый, житель Кременчуга. Больной явился съ просьбой сдѣлать ему obturatorъ для Гайморовой полости. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ Харьковѣ ему произведена была трепанация Гайморовой полости и съ тѣхъ поръ полость тампонируется марлей, причемъ пища, особенно жидкая, безпрепятственно изъ полости рта просачивается по марлевымъ тампонамъ въ Гайморову полость; по совѣту лечившаго его хирурга онъ обратился ко мнѣ для изготовленія obturatora.

¹/vii 1898 г. При осмотрѣ полости рта обнаружено полное отсутствіе на правой сторонѣ большихъ коренныхъ зубовъ. Приблизительно у мѣста расположенія зуба мудрости въ самой задней части верхней челюсти находится значительное отверстіе, ведущее въ Гайморову полость. Въ отверстіе можно провести мизинецъ. Изъ отверстія торчитъ марлевый тампонъ, на которомъ по удаленіи его изъ Гайморовой полости видна масса комковъ гноя, мѣстами гнойныя корки. Тампонъ издаетъ отвратительный запахъ. По удаленіи тампона сдѣлана попытка промыть Гайморову полость. Въ просвѣтъ отверстія вставлена принесенная больнымъ стеклянная трубка значительнаго діаметра, и произведено промываніе теплымъ борнымъ растворомъ изъ Эсмарховской кружки. Промываніе идетъ съ большимъ трудомъ, и жидкость изъ ноздри вытекаетъ по каплямъ.

Послѣ промыванія больному снятъ слѣпокъ для изготовленія протеза. Гайморова полость затампонирована марлей. Съ 1-го по 6-ое іюля 1898 г. ежедневно производились мною промыванія Гайморовой полости, причемъ ежедневно перемѣняемая марля издавала всякій разъ отвратительный запахъ, самыя же промыванія производились съ величайшимъ трудомъ, и жидкость изъ носу вытекала по каплямъ. Послѣ цѣлаго ряда такихъ попытокъ промыть и очистить полость, я, заинтересовавшись тѣмъ препят-

ствиемъ, которое повидимому существовало въ Гайморовой полости для тока жидкости, сталъ зондировать ее во всѣхъ направленіяхъ черезъ имѣвшееся значительное отверстие, и послѣ нѣсколькихъ такихъ зондированій, не давшихъ никакого результата, мнѣ удалось пинцетомъ захватить лежавшій въ глубинѣ Гайморовой полости марлевый тампонъ, который по извлеченіи его издавалъ невѣроятно противный запахъ. Весь онъ пропитанъ былъ створожившимся разлагавшимся гноемъ. Изъ распросовъ больного удалось выяснить, что тампонъ этотъ, по всѣмъ вѣроятіямъ, лежалъ у него въ Гайморовой полости больше года, причемъ объ этомъ самъ больной даже не зналъ. Вслѣдъ за извлеченіемъ тампона на другой и слѣдующіе дни наблюдавшіяся явленія значительно улучшились. Запахъ совершенно прошелъ, и промываніе стало совершенно свободнымъ. Спустя недѣли двѣ послѣ начатаго леченія и изготовленія obturatora, больной уѣхалъ на родину и исчезъ изъ подъ моего наблюденія.

X.

(№ 362). Г-нъ В. К., 33-хъ лѣтъ, женатый, житель Петербурга; явился ко мнѣ съ жалобами на давнишній односторонній насморкъ съ противнымъ запахомъ и массою субъективныхъ неприятныхъ ощущеній, выражавшихся въ потерѣ обонянія и вкуса и сопровождавшихся болями, то захватывавшими половину головы, по преимуществу на лѣвой сторонѣ, то не имѣвшими определенной локализациі. Съ дѣтства страдаетъ зубами, многіе пришлось удалить. Флюсовъ не помнитъ; опухоли лица, продолжавшейся болѣе или менѣе значительное время, у себя тоже не наблюдалъ.

7/vii 1898 г. Status praesens: опухоли и ассиметріи лица нѣтъ. При постукиваніи по arcus zygomaticus имѣется нѣкоторая болѣзненность на лѣвой сторонѣ. Изъ носу чувствуется довольно рѣзкій неприятный запахъ. Въ полости рта на лѣвой сторонѣ первый большой коренной сильно разрушенъ каріезомъ, къ температурнымъ колебаніямъ не чувствителенъ; зондъ, введенный въ пульпарную полость, не вызываетъ болѣзненности; полость пульпы наполнена зловоннымъ гнилостнымъ распадомъ. Къ постукиванію и къ давленію первый большой коренной не чувствителенъ. Рядомъ второй малый коренной и первый малый коренной отсутствуютъ. Второй большой коренной запломбированъ цементомъ. Третій большой коренной не каріозенъ, повидимому недавно, прорѣзался и занимаетъ неправильное положеніе (отклоненъ кнаружи). При риноскопическомъ изслѣдованіи, въ лѣвой половинѣ носовой полости слизистая набухшая, покраснѣвшая. Изъ средняго носового хода сочится небольшое количество гноя. Послѣ

протиранія носа и наклона головы впередъ и внизъ видно, что гной выходитъ какъ будто изъ подъ средней раковины, появляясь оттуда въ видѣ небольшой капли. Полиповъ нѣтъ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости изъ полости рта, на лѣвой сторонѣ имѣется рѣзкое затемнѣніе въ области подглазничнаго полукруга. Больному предложена операція.

7/vii 1898 г. Удаленъ первый большой коренной на лѣвой сторонѣ. Назначено борное полосканіе и предложено больному явиться черезъ три дня для операціи.

10/vii 1898 г. На мѣстѣ удаленнаго перваго большого кореннаго зуба альвеола представляется нѣсколько спавшейся. Края десны сблизились, и просвѣтъ выполненъ кровяными сгустками. Для трепанациі примѣненъ тотъ же копьевидный боръ. Трепанациія сдѣлана съ помощью бормашины. Борчикъ вставленъ въ небную альвеолу, и дано ему направленіе нѣсколько кнаружи. Нѣсколькими оборотами колеса бормашины произведена трепанациія Гайморовой полости, бывшая очень непродолжительной и совершенно безболѣзненной. Вслѣдъ за окончаніемъ трепанациі въ произведенный свищъ вставлена серебрянная канюля, причемъ выдѣленій гноя изъ Гайморовой полости въ полость рта не обнаружено. Тотчасъ произведено промываніе Гайморовой полости теплымъ борнымъ растворомъ, причемъ выдѣлилось значительное количество сильно зловоннаго, тянущагося въ нити, выпадающаго комками, творожистаго гноя. Запахъ чрезвычайно рѣзкій, наполнившій быстро всю комнату. Послѣ промыванія, просвѣтъ канюли закрытъ ватнымъ тампономъ, и снятъ слѣпокъ для obturatora.

11/vii. Промываніе Гайморовой полости. Выдѣлилось значительное количество гноя съ довольно рѣзкимъ запахомъ.

12/vi. Промываніе Гайморовой полости. Гноя много, запахъ меньше. Субъективныя ощущенія больного значительно улучшились: нѣтъ ни прежнихъ болей, ни постоянного выдѣленія изъ носу, сильно беспокоившаго больного.

13/vii. Надѣтъ obturatorъ. Промываніе даетъ небольшое количество гноя. Больной приученъ къ промываніямъ, и ему поручено дѣлать таковыя самому.

Черезъ мѣсяцъ. Больной явился для осмотра. При промываніи получено небольшое количество гноя. Данъ совѣтъ не спѣшить съ заживленіемъ сдѣланнаго отверстія.

Черезъ два мѣсяца. 11/ix. Сдѣлано промываніе. Въ промывныхъ водахъ имѣется небольшое количество гноя. Больной производитъ ежедневно промываніе Гайморовой полости борнымъ растворомъ. Назначена для промыванія перекись водорода.

Черезъ два мѣсяца. 9/xi. Больной явился для осмотра. Всѣ прежнія бывшія у него субъективныя ощущенія, съ жалобой на которыя онъ пришелъ въ первый разъ, совершенно исчезли и

болѣе не возобновлялись. Тѣмъ не менѣе при всякомъ промываніи, которое больной дѣлаетъ ежедневно, выдѣляется незначительное количество слизисто-гнойныхъ комковъ, не имѣющихъ запаха. При промываніи, сдѣланномъ мною теплымъ борнымъ растворомъ, тоже выдѣлилось нѣсколько слизисто-гнойныхъ комковъ. Назначено: дѣлать промыванія черезъ день и показаться черезъ два мѣсяца.

2/1 1899 г. Произведено мною промываніе Гайморовой полости. Въ промывныхъ водахъ небольшое количество гноя. Больному данъ совѣтъ не заживлять отверстія въ виду того, что процессъ, хотя и въ значительной степени улучшился, тѣмъ не менѣе, несмотря на произведенную операцію и частыя промыванія, не обнаруживаетъ наклонности къ совершенному исчезновенію.

Спустя годъ. 15/II 1900 г. Больной попрежнему промываетъ Гайморову полость, причемъ такія промыванія дѣлаетъ не чаще, какъ разъ въ недѣлю, и какъ самыя промыванія, такъ и присутствіе obturatora и канюли нисколько его не беспокоятъ. Вынутая канюля на своемъ свободномъ концѣ, смотрящемъ въ Гайморову полость, нѣсколько окисдировалась и почернѣла, въ виду чего больному данъ совѣтъ замѣнить серебряную канюлю золотой.

Боясь рецидива и относясь совершенно индифферентно къ присутствію obturatora и канюли, самъ больной не хочетъ заживлять свища, т. к. присутствіе его все-таки гарантируетъ отъ повторенія заболѣванія.

XI.

(№ 383). Г-нъ П. Больной явился ко мнѣ по случаю образовавшагося у него въ верхней челюсти небольшого дефекта сифилитическаго происхожденія, ведущаго изъ полости рта въ Гайморову полость, съ просьбой изготавить ему obturatorъ.

15/VII 1898 г. Status praesens: дефектъ находится на куполѣ твердаго неба, влѣво отъ средней линіи, близко къ альвеолярному отростку, въ области второго малаго коренного зуба. Сквозь дефектъ зондъ свободно попадаетъ въ Гайморову полость. При промываніи черезъ дефектъ изъ Гайморовой полости выдѣляется (сквозь носъ) значительное количество слегка вонючаго, комковатаго гноя. Зубы на соотвѣтственной сторонѣ здоровы и вообще въ обѣихъ челюстяхъ нѣтъ каріозныхъ зубовъ, если не считать небольшихъ трещинъ эмали на жевательной поверхности большихъ коренныхъ зубовъ. Снять слѣпокъ для изготавленія obturatora.

18/VII. Вставленъ obturatorъ, значительно улучшившій произношеніе больного и сдѣлавшій возможнымъ свободное принятіе

пищи, которая раньше сквозь дефектъ въ значительной своей части попадала въ Гайморову полость.

Больному назначено дѣлать промыванія Гайморовой полости изъ Эсмарховской кружки сквозь имѣющійся на сводѣ твердаго неба дефектъ.

Больной исчезъ изъ-подъ моего наблюденія.

XII.

(№ 385). Г-жа А. Д., 38 лѣтъ, замужняя, жительница Перми, явилась съ жалобами на давнишнее носовое страданіе, выражающееся постояннымъ насморкомъ съ довольно обильнымъ гнойнымъ отдѣленіемъ, имѣющимъ рѣзкій запахъ. Насморкъ односторонній. При нагибѣ головы отдѣленія изъ носа увеличиваются; равнымъ образомъ выдѣленія увеличиваются и при лежаніи на здоровой сторонѣ. Отъ времени до времени бывають головныя боли довольно значительной силы. Зубами страдаетъ издавна, постоянно приходилось прибѣгать къ пломбированію. Нѣсколькихъ зубовъ недостаетъ какъ въ верхней, такъ и въ нижней челюсти.

16/VII 1898. Status praesens: при ощупываніи наружныхъ покрововъ подъ arcus zygomaticus на лѣвой сторонѣ замѣчается нѣкоторая какъ бы припухлость мягкихъ тканей (не очень рельефная). Припуханія или раздвиганія костей нѣтъ. Надавливаніе на arcus zygomaticus какъ на одной, такъ и на другой сторонѣ совершенно нечувствительно, равно какъ нечувствительно при давленіи и мѣсто выхода нерва infra et supraorbitalis. Въ полости рта лѣвый первый большой коренной наверху отсутствуетъ, другіе зубы пломбированы. Передніе зубы нижней челюсти, а равно задніе зубы верхней челюсти на обѣихъ сторонахъ обложены значительнымъ количествомъ зубного камня. Передніе верхніе зубы на своей передней поверхности покрыты зеленымъ отложеніемъ. При риноскопическомъ изслѣдованіи: лѣвый носовой ходъ выполненъ гноемъ. Гной имѣетъ рѣзкій запахъ и по стираніи его ваткой вновь появляется изъ подъ средней раковины. Особенно выдѣленіе его рѣзко замѣтно послѣ наклоненія головы больной впередъ и внизъ. Въ лѣвомъ носовомъ ходѣ нѣсколько слизистыхъ полиповъ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости изъ полости рта, на лѣвой сторонѣ замѣчается очень рѣзкое затемнѣніе, по сравненію съ правой стороной. Предложена операція.

19/VII 1898 г. Сквозь альвеолярный отростокъ на мѣстѣ отсутствовавшаго перваго коренного зуба произведена трепанация Гайморовой полости копьевиднымъ боромъ съ помощью борма-

шины. Операция длилась лишь несколько секунд и была совершенно безболезненной. После сделанной трепанации гной в полость рта из Гайморовой полости не выделялся. При промывании вышло громадное количество гноя с резким противным запахом. Снять слепок. Больной назначено дѣлать промывания самой.

²³/vii Надѣтъ обтураторъ. При промывании изъ Гайморовой полости выделялось довольно значительное количество гноя.

²⁷/vii. При промывании гной выделяется въ скудномъ количествѣ.

Осенью 1899-го года больная пріѣхала въ Петербургъ по поводу ухудшенія въ состояніи Гайморовой полости. При осмотрѣ полости рта замѣчено, что вслѣдъ за снятіемъ обтуратора изъ просвѣта канюли выделяется значительное количество гноя. При зондированіи полости зондъ нигдѣ не ощущаетъ обнаженной кости. Въ виду ухудшающагося состоянія и увеличивающагося выделения гноя, больной предложено вскрытіе Гайморовой полости сквозь fossa canina для болѣе удобнаго осмотра полости. Операция произведена была не мною, и я имѣлъ лишь возможность, благодаря любезности оперировавшаго товарища, наблюдать дальнѣйшее теченіе заболѣванія. Операция произведена была подъ наркозомъ. Разрѣзъ, отъ уровня перваго малаго коренного до второго большаго коренного, проведенъ на границѣ перехода слизистой оболочки изъ десны въ слизистую щеки. После разрѣза и отдѣленія мягкихъ частей, а равно отодвиганія надкостницы, долотомъ и молоткомъ продолблена была передняя стѣнка Гайморовой полости. Отверстіе сделано такой величины, дабы можно было войти въ полость пальцемъ. Введенный палецъ не ощущаетъ нигдѣ въ полости выстоящихъ твердыхъ частей некротизированной кости, но зато по ощущенію возможно предположить образованіе въ самой полости полиповъ, каковое предположеніе и подтвердилось произведеннымъ тутъ же выскабливаніемъ острой ложкой. Въ выскабленныхъ массахъ удалено большое количество разросшейся грануляціонной ткани и на ряду съ нею нѣсколько небольшихъ полиповъ. Полость тампонируется со стороны рта марлей, изъ продѣланнаго сквозь альвеолярный отростокъ свища, удалена дренажная трубка, стѣнки свища выскабливаются, и въ теченіе трехъ недѣль, слѣдовавшихъ за операцией, больной ежедневно производилась смѣна марлевыхъ тампоновъ, причемъ мало по малу края отверстія сѣзались, и остался лишь небольшой просвѣтъ его, не пропускавшій даже мизинца. Свищъ, шедшій сквозь альвеолярный отростокъ зажилъ совершенно. Въ дальнѣйшемъ, больной назначены промыванія антисептическимъ растворомъ, и съ этимъ больная уѣхала домой. Отдѣленія гноя не только значительно уменьшились, но даже,

можно сказать, прекратились. Небольшое отверстіе, находившееся въ верхней части альвеолярнаго отростка, было прикрыто протезомъ, и по полученнымъ мною впоследствии свѣдѣніямъ отъ больной, всѣ бывшія у нея раньше субъективныя ощущенія, а равно и значительное выдѣленіе гноя больше не возобновлялись.

XIII.

(№ 405). Г-нъ К. Е., 23-хъ лѣтъ, холостой, житель Муромъ, явился ко мнѣ съ жалобами на постоянный, тянущійся въ теченіе полутора уже года, односторонній насморкъ съ выдѣленіемъ, издающимъ крайне непріятный запахъ. Выдѣленія обильны, ежедневно приходится изупотребить до восьми платковъ. Выдѣленія густоваты, засыхаютъ по временамъ въ корки. Зубами страдалъ часто, флюсы бывали, на которой сторонѣ, не помнитъ. Тщательному консервативному леченію своихъ зубовъ не подвергалъ. Головныхъ болей не бываетъ, хотя по вечерамъ, если сильно устаетъ, то чувствуетъ боли въ области глазницы. Боли эти не передаются въ другія части лица. Осматривавшій его ринологъ сказалъ, что у него имѣется нагноеніе верхней челюстной полости на лѣвой сторонѣ.

²²/vi 1898 г. Status praesens: больной прекраснаго питанія и тѣлосложенія, опухоли или ассиметріи лица не замѣчается. При ощупываніи на лицѣ нигдѣ нѣтъ болевыхъ точекъ, равно какъ и инфильтраціи мягкихъ частей подъ arcus zygomaticus. На предложенные вопросы больной указываетъ, что при нагибѣ головы впередъ и внизъ отдѣленія изъ носу обыкновенно усиливаются, а также появляются эти выдѣленія при лежаніи на здоровой сторонѣ. Отдѣленія особенно обильны по утрамъ. Также часто приходится по утрамъ отхаркивать громадное количество мокроты, скопляющейся въ задне-глоточномъ пространствѣ. При изслѣдованіи носа, въ среднемъ носовомъ ходѣ на лѣвой сторонѣ замѣчается обильное истеченіе гноя. Слизистая всюду набухла, раковины гипертрофированы, средній носовой ходъ выполненъ нѣсколькими полипами. При изслѣдованіи рта замѣтно значительное количество разрушенныхъ каріезомъ зубовъ; изъ нихъ ни одинъ не пломбированъ. Второй малый коренной на лѣвой сторонѣ имѣетъ громадную каріозную полость, нечувствителенъ къ температурнымъ колебаніямъ, на впрыскиванія какъ холодной, такъ и горячей воды совершенно не реагируетъ. При зондированіи пульпарной полости этого зуба точно также не замѣчается никакой болезненности. Полость пульпы выполнена гнилостнымъ, издающимъ непріятный запахъ распадамъ. Близъ лежащіе зубы—первый малый коренной и первый большой коренной сравнитель-

мо здоровы, имѣютъ лишь небольшія каріозныя полости въ трещинахъ эмали на жевательной поверхности. При просвѣчиваніи Гайморовой полости получается рѣзкое затемнѣніе на лѣвой сторонѣ, сказывающееся, какъ затемнѣніемъ подглазничнаго полукруга, такъ равнымъ образомъ и отсутствіемъ покраснѣнія зрачка.

Диагнозъ: Highmoritis chronica sinistra. Больному предложена операція, при чемъ предварительно удаленъ лѣвый малый коренной зубъ, и назначено явиться черезъ три дня, примѣняя пока лишь прополаскиваніе рта борной кислотой.

²⁵/vii. Помощью копьевиднаго бора и бормашины изъ нѣсколько спавшейся лунки второго лѣваго верхняго малаго коренного сдѣлана трепанациа Гайморовой полости, длившаяся очень непродолжительное время и бывшая совершенно безболѣзненной. Сейчасъ же послѣ трепанациа въ продѣланный ходъ вставлена серебряная канюля, сквозь которую изъ Гайморовой полости выдѣлилось небольшое количество крови. Гной въ полости рта не показывается. Сдѣлано промываніе теплымъ борнымъ растворомъ, при чемъ выдѣлилось очень значительное количество зловоннаго створожившагося гноя. Послѣ промыванія снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora Гайморовой полости, пока же просвѣтъ канюли закрытъ ватой, дабы изъ полости рта частицы пищи не попадали сквозь канюлю въ Гайморову полость.

²⁶/vii. Сдѣлано промываніе Гайморовой полости; выдѣлилось небольшое количество гноя. Субъективныя ощущенія, на которыя жаловался больной, значительно улучшились, и нынѣ ему не приходится такъ часто прибѣгать къ носовому платку. Запахъ, который онъ замѣчалъ прежде, исчезъ.

²⁷/vii. Промываніе Гайморовой полости; вставленъ obturatorъ. Больному поручено дѣлать промываніе самому.

⁴/viii 98 г. Больной явился по причинѣ выпаденія канюли изъ трепанационнаго хода, которую онъ самъ вставить не могъ. Канюля вставлена обратно, при чемъ замѣчается, что въ трепанационномъ ходѣ канюля сидитъ совершенно слабо и не выпадаетъ, лишь благодаря удерживанію ея въ этомъ положеніи покрывающимъ ее obturatorомъ. Сдѣлано промываніе Гайморовой полости, давшее очень небольшое количество слизисто-гнойныхъ комковъ.

⁵/vi 99. Больной явился для осмотра, при чемъ заявилъ, что, согласно данной ему инструкціи, спустя полгода послѣ приведенной операціи, ему было сдѣлано освѣженіе краевъ свища, и послѣдній, при примѣненіи перевязокъ, совершенно закрылся. Сообщенія между полостью рта и Гайморовой полостью нѣтъ. На мѣстѣ бывшаго трепанационнаго отверстія виденъ слегка втянутый рубчикъ. Ни возврата прежнихъ ощущеній, ни какихъ-либо неловкостей со стороны Гайморовой полости больной не замѣчаетъ.

XIV.

(№ 417). Г-нъ А. Л., 50 лѣтъ, врачъ, житель Закаспійской области присланъ ко мнѣ ринологомъ съ диагнозомъ эмпіемы сбѣихъ Гайморовыхъ полостей и съ просьбой сдѣлать на обѣихъ сторонахъ трепанацию. Больной жалуется на давнишній насморкъ, при чемъ выдѣленія часто приобрѣтаютъ непріятный запахъ. Выдѣленія обильны. Усиленія ихъ, при наклонѣ головы внизъ, больной не замѣчалъ. Головными болями страдаетъ постоянно, и самъ эти головныя боли ставитъ въ связь съ основнымъ страданіемъ.

²⁸/vii 98. Status praesens: При изслѣдованіи рта видно, что первый большой коренной лѣвый наверху совершенно разрушенъ каріезомъ, имѣются лишь раздѣлившіеся его корни; также совершенно разрушенъ и второй большой коренной съ правой стороны. Другіе зубы здоровы, мѣстами запломбированы. При изслѣдованіи носа на обѣихъ сторонахъ въ среднемъ носовомъ ходѣ замѣчается обильное гнойное истеченіе, при чемъ какъ на той, такъ и на другой сторонѣ замѣчается гиперемія и припухлость слизистой оболочки. При стираніи гноя ваткой послѣдній появляется вновь подъ средней раковиной.

При просвѣчиваніи Гайморовой полости изъ полости рта затемнѣнія на какой-либо сторонѣ не замѣчается, равно нѣтъ и потемнѣнія зрачковъ. Оба зрачка при просвѣчиваніи представляются рѣзко красными. При закрываніи вѣкъ субъективныя ощущенія свѣта имѣются въ обоихъ глазахъ. Предположенъ обоюдосторонній гайморитъ, и больному предложена трепанациа.

¹/viii 98. Тѣмъ же сверломъ при помощи бормашины трепанирована Гайморова полость на правой сторонѣ, при чемъ предварительно удаленъ былъ второй большой коренной зубъ. Трепанациа производилась тотчасъ позади перваго большого коренного. Послѣ трепанациа Гайморова полость промыта, при чемъ въ промывныхъ водахъ гноя совсѣмъ не оказалось, а была лишь небольшая примѣсь крови. Дренажная трубка сейчасъ же удалена, и наложена обычная ватная йодоформенная повязка на наружное отверстіе свища.

Послѣ нѣсколькихъ такихъ перевязокъ сообщеніе между полостью рта и Гайморовой прекратилось.

Въ виду отрицательнаго результата, полученнаго на правой сторонѣ, лѣвая Гайморова полость не была трепанирована, а больной отправленъ былъ обратно къ ринологу для изслѣдованія и выясненія, не были ли замѣчаемыя изъ носу гноетеченія въ связи съ эмпіемой какой-либо другой пазухи.

XV.

(№ 422). Г-жа Ю. К., 19 лѣтъ, дѣвица, жительница Москвы, явилась съ жалобами на постоянный лѣвосторонній насморкъ съ крайне неприятнымъ ѣдкимъ отдѣляемымъ, раздражающимъ кожу у лѣвой ноздри и лѣваго носоваго крыла и имѣющимъ къ тому же отвратительный запахъ. Изъ анамнеза выяснилось, что больная въ дѣтствѣ заражена кормилицей сифилисомъ и нынѣ находится въ гуммозномъ періодѣ, проявляющемся появленіемъ туберкулезныхъ сифилидовъ. Часто страдаетъ головными болями, зубы лечила много, постоянно обращалась къ врачамъ съ цѣлью консервативнаго леченія, хотя, несмотря на это, имѣетъ много разрушенныхъ зубовъ. Опухоли щеки и флюсы бывали, и даже сравнительно недавно появилась значительная опухоль щеки на лѣвой сторонѣ, при чемъ сильно болѣлъ первый лѣвый большой коренной зубъ. Опухоль прошла сама собой, а вскорѣ послѣ этого больная замѣтила появленіе того характернаго отдѣляемаго изъ лѣвой ноздри, съ жалобой на которое она пришла и нынѣ.

²⁹/vii 1898 г. Status praesens: Больная блѣдная, анемичная, сквернаго тѣлосложенія, крайне раздражительная и нервная, при разсказѣ начинаетъ плакать, очень боится предстоящей операціи. Опухоли на лицѣ нѣтъ, равнымъ образомъ при ощупываніи не удается обнаружить какого-либо инфильтрата въ мягкихъ частяхъ подъ arcus zygomaticus. При постукиваніи по скуламъ, больная не жалуется на ощущеніе боли. При изслѣдованіи носа, средній носовой ходъ на лѣвой сторонѣ выполненъ жидковатымъ гнойнымъ отдѣляемымъ. Слизистая оболочка атрофирована, полиповъ нѣтъ. Отдѣляемое издаетъ рѣзкій запахъ, чувствуемый на растояніи. При просвѣчиваніи Гайморовой полости замѣчается полное затемненіе подглазничнаго полукруга на лѣвой сторонѣ, также затемненъ на лѣвой сторонѣ зрачекъ, и не имѣется субъективнаго ощущенія свѣта въ лѣвомъ глазу при закрытыхъ вѣкахъ. Больной предложена операція. ²⁹/vii 1898 г. удаленъ первый большой коренной верхній лѣвый.

³/viii. Больная не соглашается подвергнуться трепанациі, опасаясь боли, проситъ произвести трепанацию подъ наркозомъ.

⁴/viii. Подъ бромъ-этиловымъ наркозомъ сдѣлана трепанациа Гайморовой полости помощью копьевиднаго бора и бормашины. Трепанациа длилась очень непродолжительное время, и я воспользовался продолжавшимся наркозомъ для введенія въ трепанационный ходъ канюли, такъ какъ таковое введеніе, по неоднократнымъ заявленіямъ больныхъ, всегда болѣе болѣзненное, чѣмъ сама трепанациа. Когда больная проснулась и пришла въ себя, сдѣлано промываніе Гайморовой полости черезъ вставленную дренажную

трубку, при чемъ изъ лѣвой ноздри выдѣлилось громадное количество слизистогнойнаго отдѣляемаго съ рѣзкимъ неприятнымъ запахомъ. Снять слѣпокъ для изготовленія obturatora, и просвѣтъ канюли закрыть ватой.

⁵/viii. Сдѣлано промываніе Гайморовой полости. По заявленію больной, субъективныя ея ощущенія значительно улучшились. Выдѣленія изъ носу сильно уменьшились и потеряли бывший до того запахъ.

⁶/viii. При промываніи токъ впрыскиваемой въ Гайморову полость жидкости ощущаетъ значительное сопротивленіе, жидкость свободно не проходитъ въ носъ, а вытекаетъ лишь по каплямъ съ значительнымъ трудомъ и при ощущеніи больной нѣкоторой боли. Однако, послѣ нѣсколькихъ нажимовъ клизопомпой, жидкость начинаетъ течь свободной струей, хотя, всетаки, при впрыскиваніи чувствуется нѣкоторое сопротивленіе. Въ промывныхъ водахъ замѣтна небольшая примѣсь крови. Гноя очень мало, почти безъ запаха.

⁷/viii. Попытки промыть Гайморову полость крайне болѣзненны и встрѣчаютъ сопротивленіе со стороны больной. Въ виду значительнаго раздраженія и наклонности къ плачу, Гайморова полость этотъ разъ не промыта.

⁹/viii. Новое промываніе Гайморовой полости опять было сопряжено съ значительнымъ затрудненіемъ. Жидкость очень трудно проходитъ и выдѣляется изъ ноздри лишь по каплямъ. Дренажная трубка свободна, легко выпадаетъ изъ сдѣланнаго хода въ полость рта. Предполагая, что помѣхой промыванію служить, быть можетъ узость верхняго отдѣла трепанационнаго канала, приступлено къ вторичному расширенію его съ помощью бора. Послѣ того, какъ боромъ дважды было проведено по всему протяженію канала, канюля вновь вставлена на прежнее мѣсто и сдѣлано новое промываніе, прошедшее безъ особыхъ затрудненій. Въ промывныхъ водахъ значительное количество крови съ прибавленіемъ нѣсколькихъ слизисто-гнойныхъ комковъ.

¹⁰/viii. Сдѣлано промываніе Гайморовой полости, прошедшее безъ прежнихъ затрудненій. Вставленъ obturatorъ.

¹¹/viii. При промываніи Гайморовой полости, сдѣланномъ на канунѣ самой больной, серебряная дренажная трубка выпала, и больная принесла ее съ собой, съ просьбой вставить обратно. Въ трепанационный каналъ трубка введена съ нѣкоторой болью, но безъ особаго затрудненія. Тотчасъ произведенное промываніе въ началѣ шло съ трудомъ, дальше вода стала проходить свободно. Больная уѣхала на родину.

³/vi 1899 г. Явилась для осмотра ея зубовъ съ цѣлью консервативнаго ихъ леченія. Разсказываетъ, что, послѣ отъѣзда въ прошломъ году, промыванія Гайморовой полости продолжала даль-

ше дѣлать дома сама и при помощи матери, при чемъ часто замѣчала значительное затрудненіе при прохожденіи промывныхъ водъ. По временамъ промыванія дѣлались совершенно невыполнимыми, до того трудно было впрыснуть въ Гайморову полость жидкость; даже, при употребленіи нѣкотораго насилія, растворъ борной кислоты, которымъ пользовалась больная, хотя и попалъ въ Гайморову полость, но черезъ носъ не выдѣлялся. Спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ сдѣланной ей операціи, въ виду того, что явленія, бывшія раньше, совершенно исчезли, она рѣшила заживить трепанационное отверстіе, что ей и было исполнено мѣстнымъ врачомъ. Съ тѣхъ поръ новыхъ явленій болѣзни не было.

XVI.

(№ 426). Г-нъ Т., врачъ, 50 лѣтъ, житель Кавказа, присланъ ринологомъ для трепанации правой Гайморовой полости, пораженной эмпиею. Больной рассказываетъ, что уже въ теченіе двухъ лѣтъ страдаетъ одностороннимъ насморкомъ со столь обильнымъ выдѣленіемъ, что послѣднее рѣшительно не даетъ ему покоя. Выдѣленія имѣютъ довольно рѣзкій запахъ и выдѣляются въ такомъ значительномъ количествѣ, что, по выраженію больного, онъ „не можетъ выпустить носового платка изъ рукъ“. Страданіе это до такой степени измучило его, что онъ рѣшилъ безусловно ѣхать за границу, въ Вѣну, для консультаціи со специалистами и лишь проездомъ заѣхалъ въ Пятигорскъ, услышать мнѣніе мѣстныхъ товарищей. Зубами страдалъ часто, нынѣ всѣ почти у него или разрушены каріезомъ, или совершенно стерты. Флюсы прежде бывали, но такъ какъ больному пришлось жить въ мѣстности, лишенной врачебной помощи, гдѣ, кромѣ него, на большомъ пространствѣ не было другого врача, а тѣмъ болѣе специалиста зубныхъ болѣзней, то и зубы свои онъ не подвергалъ тщательному леченію. Головные боли, если и бывали, то не часто, такъ какъ воспоминанія о нихъ не сохранилось у больного. Единственное, что особенно беспокоитъ его, это постоянное выдѣленіе изъ носу, и выдѣленіе въ большомъ количествѣ.

²⁹/vii 1899 г. Status praesens: Больной довольно полный, прекраснаго тѣлосложенія, хорошаго питанія. Никакой опухоли на лицѣ, а тѣмъ болѣе раздвиганія костей верхней челюсти не замѣчается; подъ arcus zygomaticus на правой сторонѣ имѣется небольшая какъ бы припухлость мягкихъ частей, однако, совершенно не рѣзкая. При постукиваніи по скуловымъ костямъ никакой болѣзненности нѣтъ. Въ полости рта первый большой коренной верхній правый совершенно разрушенъ каріезомъ; видны лишь три отдѣльно сидящихъ его корня. Всѣ другіе зубы тоже или

разрушены, или сжеваны почти до основанія. При изслѣдованіи носа средній носовой ходъ на правой сторонѣ сильно суженъ. Слизистая оболочка хотя мѣстами и покраснѣла, но очень мало припухла. Изъ средняго носового хода вытекаетъ значительное количество гноя. При стираніи послѣдняго онъ вновь появляется подъ средней раковиной. Особенно хорошо удается это наблюдать, если больному предложить нагнуть голову внизъ и впередъ. Просвѣчиваніе даетъ вполне опредѣленные указанія. На правой сторонѣ подглазничный полукругъ представляется рѣзко затемненнымъ по сравненію съ лѣвой стороной. Зрачекъ не освѣщается краснымъ свѣтомъ, и самъ больной ощущеніе свѣта локализируетъ въ лѣвомъ глазу. Въ виду довольно рѣзко выраженныхъ явленій правосторонняго гайморита, больному предложена операція. Въ виду полученнаго согласія въ тотъ же день, ²⁹/vii, подъ кокаиномъ, удалены корни перваго большого коренного верхняго справа.

²/viii съ помощью того же копьевиднаго бора и бормашины произведена правосторонняя трепанация Гайморовой полости, бывшая абсолютно безболѣзненной и длившаяся чрезвычайно мало времени, такъ какъ со дна альвеолы имѣлся уже, повидимому, небольшой ходъ въ Гайморову полость, и движеніемъ сверла пришлось лишь расширить его. Несмотря, однако, на существовавшее уже сообщеніе между полостью рта и Гайморовой полостью, вслѣдъ за удаленіемъ корней зуба, гной въ полость рта, по заявленію больного, не выдѣлялся. Точно также онъ не выдѣлился и послѣ произведенія трепанации. Лишь когда вставлена была дренажная трубка и сквозь послѣднюю произведено было промываніе Гайморовой полости теплымъ борнымъ растворомъ, черезъ носъ выдѣлилось очень значительное количество сильно зловоннаго гноя. Тотчасъ послѣ промыванія снятъ былъ слѣпокъ для изготовленія протеза, который, въ виду отсутствія зубовъ у больного, пришлось сдѣлать въ видѣ пластинки съ искусственными зубами. Просвѣтъ канюли былъ закрытъ ватой, и больной отпущенъ домой съ предложеніемъ явиться на слѣдующій день для промыванія полости.

³/viii. Сдѣлано промываніе Гайморовой полости; выдѣлилось небольшое количество гноя. Прежнее тяготившее больного безпрестанное выдѣленіе изъ носу почти совсѣмъ прекратилось, и онъ можетъ заниматься дѣломъ, тогда какъ прежде всякое занятіе, въ особенности работа руками, было для него невозможно, ибо постоянно приходилось вытирать носъ.

⁴/viii. Промываніе Гайморовой полости; выдѣлилось небольшое количество гноя. Больному данъ совѣтъ дѣлать промываніе самому. При возникшемъ разговорѣ относительно того, когда слѣдуетъ заживить сдѣланное трепанационное отверстіе, больной ста-

вить ребромъ вопросъ о томъ, не можетъ ли быть у него послѣ заживленія рецидива. Такъ какъ, конечно, мнѣ пришлось уклониться отъ положительнаго отвѣта, что, при заживленіи отворстія, онъ можетъ быть, хотя до извѣстной степени, гарантированъ отъ рецидива, больной самъ рѣшилъ не прибѣгать къ заживленію, а оставить свищъ въ такомъ видѣ, въ какомъ онъ есть, отъ времени до времени производя лишь промыванія Гайморовой полости. Онъ гораздо легче мирится съ мыслью о возможности существованія у него, хотя и продолжительное время, этого свища, чѣмъ съ мыслью рецидива—страданія, причинявшаго ему столько безпокойствъ.

Черезъ 1½ года послѣ сдѣланной операціи больной въ отвѣтъ на мой письменный запросъ прислалъ извѣстіе, что со времени операціи онъ чувствуетъ себя хорошо, изрѣдка производитъ промыванія Гайморовой полости. Гной у него выдѣляется очень немного, и онъ не желаетъ вовсе заживлять имѣющагося свища.

XVII.

(№ 437). Г-жа А. Д., 42 лѣтъ, замужемъ, жительница Ставрополя, явилась ко мнѣ съ жалобами на рецидивъ бывшаго у нея раньше правосторонняго Гайморита. Мѣстнымъ врачомъ полгода тому назадъ ей была сдѣлана трепанакція Гайморовой полости, и назначено было промываніе. Спустя нѣсколько недѣль послѣ операціи, въ виду того, что всѣ ранѣ бывшія у нея явленія Гайморита стихли, врачомъ удаленъ былъ дренажъ, и ведшій въ Гайморову полость свищъ заживленъ. Нынѣ у нея вновь возобновились прежде бывшія явленія, вновь появились обильныя выдѣленія изъ носу съ непріятнымъ запахомъ, а равно возобновились сильныя головныя боли, бывшія и до первой операціи.

4/vii 1898. Status praesens: При изслѣдованіи рта на мѣстѣ второго малаго кореннаго съ лѣвой стороны виденъ небольшой рубчикъ, по словамъ больной, оставшійся отъ бывшаго въ этомъ мѣстѣ трепанакціоннаго отворстія. Изслѣдованіе носа дало характерное явленіе присутствія гнойной капли подъ средней раковиной; а также за наличность Гайморита говорило просвѣчиваніе полости. Въ виду ранѣ уже существовавшаго страданія, діагнозъ установленъ былъ съ большою вѣроятностью и больной предложено сдѣлать трепанакцію на прежнемъ мѣстѣ. Помощью копьевиднаго бора того же 4/vii сдѣлана была трепанакція и промыта Гайморова полость, изъ которой выдѣлилось значительное количество гноя. Также, какъ и въ ранѣ бывшихъ случаяхъ, снятъ слѣпокъ для obturatora; изготовлена пластинка, и больная отпущена домой съ совѣтомъ дѣлать самой промыванія Гайморовой полости. Въ виду повторенія у больной страданія, мною данъ былъ ей

совѣтъ не заживлять больше свища, тѣмъ паче, что и по ея собственнымъ ощущеніямъ, какъ присутствіе свища и дренажной трубки, такъ равно и покрывающей ее пластинки не причиняетъ ей особенныхъ безпокойствъ; данъ лишь совѣтъ, чтобы отъ времени до времени больная вынимала дренажную трубку и тщательно ее прочищала и промывала спиртомъ; въ случаѣ, если бы она замѣтила, что по краямъ трубки появляются черный налетъ, шероховатости и неровности, трубку слѣдуетъ перемѣнить. Больше мнѣ больной наблюдать не удалось.

XVIII.

(№ 449). Г-нъ Ч. присланъ ринологомъ съ діагнозомъ Гайморита и съ просьбой произвести ему трепанакцію Гайморовой полости на правой сторонѣ.

8/viii 98. Больной жалуется на обильное отдѣленіе изъ правой ноздри съ непріятнымъ запахомъ, длящееся у него уже нѣсколько мѣсяцевъ. Онъ точно помнитъ, что заболѣваніе это началось у него вслѣдъ за развившимся въ области второго малаго кореннаго съ правой стороны флюсомъ, при чемъ зубъ болѣлъ нѣкоторое время и мѣстнымъ зубнымъ врачомъ былъ удаленъ. Спустя недѣли двѣ послѣ удаленія зуба, у больного появилось выдѣленіе изъ правой ноздри, очень быстро пріобрѣвшее непріятный запахъ. Выдѣленіе это увеличивалось въ своемъ количествѣ и нынѣ достигло значительной степени. Послѣ удаленія зуба мѣсто альвеолы болѣло долгое время, и заживала она не такъ быстро, какъ заживали альвеолы на мѣстѣ другихъ удаленныхъ у него зубовъ. Нынѣ альвеола совершенно зажила и покрыта десной. Головными болями не страдалъ и не страдаетъ.

8/viii 98. Status praesens: Опухоли лица у больного нѣтъ. Постукиваніе по скуловымъ костямъ не даетъ ощущенія ясной болѣзненности. При изслѣдованіи носа въ среднемъ носовомъ ходѣ на правой сторонѣ имѣется значительное количество гнойнаго отдѣляемаго, по стираніи котораго оно появляется вновь при нагибѣ головы внизъ и впередъ, при чемъ гнойная капля совершенно ясно выдѣляется изъ подъ средней раковины. Носовые ходы выполнены нѣсколькими слизистыми полипами; въ полости рти второй малый коренной правый отсутствуетъ. На его мѣстѣ совершенно хорошо зажила и зарубцевалась альвеола. Другіе зубы здоровы, мѣстами пломбированы. При просвѣчиваніи получается совершенно ясное затемнѣніе на правой сторонѣ какъ подглазничнаго полукруга, такъ и зрачка. Въ виду наличности данныхъ для предположенія объ эмпіемѣ Гайморовой полости съ правой стороны, больному предложена операція. На операцію больной не согласился.

XIX.

(№ 450). Г-жа М. Ш., 32 лѣтъ, артистка, безъ опредѣленнаго мѣстожителства, жалуется на головныя боли, продолжающіяся у нея уже въ теченіе двухъ лѣтъ и появляющіяся безо всякой видимой причины. Боли начинаются всякій разъ утромъ и длятся часто до вечера, распространяясь изъ лобной области по направленію къ затылочной. Кромѣ того, у нея уже давно имѣется гнойное выдѣленіе изъ носу, преимущественно изъ правой половины носовой полости. Выдѣленія имѣютъ запахъ. Время появленія головныхъ болей значительно предшествуетъ времени начала отдѣленія изъ носу, такъ какъ послѣднее появилось у нея не больше нѣсколькихъ мѣсяцевъ тому назадъ. На вопросъ о томъ, болѣлъ ли у нея передъ этимъ зубъ, больная даетъ вполнѣ опредѣленный отвѣтъ, что зубами не страдала, хотя ей и постоянно приходилось пломбировать свои зубы. Какъ артистка, она всегда обращала особенное вниманіе на сохраненіе зубовъ.

¹⁶/viii 1898. Status praesens: припухлости или ассиметріи лица нѣтъ. Въ полости рта многіе зубы запломбированы золотомъ. Въ первомъ большемъ коренномъ верхнемъ правомъ имѣется значительныхъ размѣровъ амальгамная пломба. Зубъ къ постукиванію и давленію не чувствителенъ, равно какъ не чувствителенъ, и къ впрыскиванію холодной воды. На вопросъ относительно этого зуба больная заявляетъ, что ей въ немъ произведено было умерщвленіе нерва (девитализація мякоти), и зубъ этотъ запломбированъ былъ въ два сеанса, послѣ чего онъ не причинялъ ей никакихъ болей. При изслѣдованіи носа на правой сторонѣ замѣчается небольшое гнойное выдѣленіе въ области средняго носового хода подъ средней раковиной. При просвѣчиваніи Гайморовой полости получается нѣкоторое не рѣзкое затемнѣніе на правой сторонѣ, сказывающееся скорѣе затемнѣніемъ подглазничнаго полукруга, чѣмъ затемнѣніемъ зрачка, который остался освѣщеннымъ краснымъ свѣтомъ. Предположена наличность правосторонней эмпіемы и предложено больной удаленіе зуба для трепанации Гайморовой полости; на удаленіе зуба больная не согласилась.

XX.

(№ 463) Г-жа Л. С., 26 лѣтъ, дѣвица, телеграфистка, жительница Ставрополя, явилась ко мнѣ ¹²/viii 1898 г. для приведенія въ порядокъ своихъ зубовъ. При осмотрѣ рта замѣчено, что первый верхній коренной правый зубъ совершенно разрушенъ каріезомъ, и имѣются лишь раздѣлившіеся его корни. Кор-

ни къ постукиванію и давленію не чувствительны; при изслѣдованіи обращаетъ на себя вниманіе довольно рѣзкій запахъ изъ носу. На вопросъ, сдѣланный больной о томъ, не страдает ли она насморкомъ, получился отвѣтъ, что у нея имѣется хроническій насморкъ, и именно, какъ я и спрашивалъ, односторонній, придерживающійся по преимуществу правой стороны. При наклоненіи головы внизъ или при лежаніи на здоровой сторонѣ усиленія отдѣленія она не замѣчала, равно какъ не замѣчала и какого-либо запаха. На присутствіе запаха равнымъ образомъ не обращали вниманія и ея окружающіе. У праваго крыла носа на наружныхъ покровахъ губы имѣется цѣлый рядъ небольшихъ трещинъ кожи, мѣстами небольшія гнойныя пустулки. При изслѣдованіи носа въ правомъ среднемъ носовомъ ходѣ замѣчено значительное количество гнойнаго отдѣляемаго. Слизистая оболочка раковинъ набухшая и покраснѣвшая. Полиповъ нѣтъ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости найдено значительное затемнѣніе на правой сторонѣ какъ подглазничнаго полукруга, такъ и зрачка. При закрытыхъ глазахъ, при зажиганіи лампочки во рту, больная ощущаетъ свѣтъ въ лѣвомъ глазу. Въ виду изложенныхъ явленій обращено вниманіе больной на присутствіе гноя въ ея правой Гайморовой полости и указано на необходимость прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству.

¹²/viii 1898 г. удалены корни перваго большого коренного верхняго, а ¹⁴/viii произведена трепанация Гайморовой полости справа, помощью уже упомянутого мною раньше копьевиднаго бора и бормашины. Сейчасъ же послѣ трепанации вставленъ серебряный дренажъ, и промыта Гайморова полость. Вышло громадное количество гноя съ рѣзкимъ противнымъ запахомъ.

¹⁶/viii и ¹⁷/viii сдѣлано промываніе полости; количество гноя не велико. Изготовленъ obturatorъ, и больная приучена къ самостоятельнымъ промываніямъ.

Черезъ годъ я опять имѣлъ возможность видѣть эту больную, пріѣхавшую въ Пятигорскъ. Выдѣленія изъ носу у нея совершенно прекратились со времени операціи, и свищъ до сихъ поръ не заживленъ, такъ какъ при промываніяхъ, въ особенности, если они дѣлаются рѣже, всегда выдѣляется нѣкоторое количество гноя. Въ дальнѣйшемъ я больной не наблюдалъ, такъ какъ прекратилъ свои лѣтнія поѣздки въ Пятигорскъ.

XXI.

(№ 470) Г-нъ Г. Д., 57 лѣтъ, женатый, полковникъ, житель Варшавской губерніи, явился съ жалобами на постоянное, въ теченіе уже двухъ лѣтъ длящееся выдѣленіе изъ носу, придержи-

вающееся лѣвой половины носовой полости. Выдѣленіе довольно обильно и заставляет больного очень часто вытирать носъ. Выдѣленіе имѣетъ непріятный запахъ; часто бываютъ головныя боли, появляющіяся по вечерамъ и сосредоточивающіяся, главнымъ образомъ въ области лба. Зубами страдалъ много. Во рту у него осталось лишь нѣсколько зубовъ на верхней челюсти и передніе зубы нижней челюсти. Большинство зубовъ пришлось удалить, такъ какъ они были совершенно разрушены. Издавна уже носится съ мыслью о вставленіи искусственныхъ зубовъ.

¹³/viii 1898 г. Status praesens: больной прекраснаго тѣлосложенія и питанія, опухоли на лицѣ у него не замѣчается, равнымъ образомъ нѣтъ и раздвиганія костей верхней челюсти. При изслѣдованіи носовой полости лѣвая половина ея представляется выполненной громаднымъ количествомъ слизистыхъ полиповъ. Изъ носу вытекаетъ слизисто-гнойное выдѣленіе, берущее свое начало въ направленіи средняго носового хода. Слизистая носа повсюду гиперемирована, припухла; точно разглядѣть мѣсто вытеканія гноя не удастся. На предложенные вопросы относительно усиленія отдѣленія при извѣстныхъ положеніяхъ больной даетъ точные отвѣты, что отдѣленіе усиливается при наклоненіи головы впередъ и внизъ, а равно часто замѣчается у него выдѣленіе при лежаніи на здоровой сторонѣ. По утрамъ нѣкоторое количество выдѣленій скопляется въ задне-глоточномъ пространствѣ и отхаркивается больнымъ. Въ полости рта имѣются центральные верхніе рѣзцы и корни перваго большого коренного лѣваго. Отъ остальныхъ зубовъ кое-гдѣ остались совершенно каріозные корни. Большинство же ихъ совсѣмъ отсутствуетъ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости ясно выраженное затемнѣніе замѣчается на лѣвой сторонѣ. Затемнѣніе захватываетъ какъ подглазничный полукругъ, такъ равно сказывается и въ затемнѣніи лѣваго зрачка. Предположена лѣвосторонняя хроническая эмпіема Гайморовой полости.

¹³/viii удалены корни перваго большого коренного лѣваго.

¹⁶/viii. Приступлено къ трепанціи Гайморовой полости копьевиднымъ боромъ при помощи бормашины. Въ нѣсколько секундъ вскрыта Гайморова полость, при чемъ трепанція прошла совершенно безболѣзненно. Гной въ ротъ послѣ трепанціи не выдѣлялся. Послѣ вставленія канюли произведено было промываніе теплымъ борнымъ растворомъ, при чемъ изъ носу выдѣлилось громадное количество зловоннаго гноя. Гной въ промывныхъ водахъ въ видѣ нитей и слизисто-гнойныхъ комковъ. Съ момента начала промыванія появлялся очень рѣзкій запахъ съ характернымъ оттѣнкомъ запаха разлагающагося гноя. Послѣ промыванія снятъ слѣпокъ для obturatora, и просвѣтъ канюли закрытъ ватой.

¹⁷/viii. Промываніе Гайморовой полости. Выдѣлилось небольшое количество гноя съ нѣкоторымъ запахомъ.

¹⁸/viii. Тоже промываніе Гайморовой полости. Количество гноя значительно. Всѣ бывшія до операціи субъективныя ощущенія больного совершенно прошли. Выдѣленія изъ носу прекратились и болѣе не беспокоили больного.

¹⁹/viii. Промываніе Гайморовой полости. Удалены корни всѣхъ верхнихъ зубовъ, имѣющихся во рту больного, кромѣ центральныхъ рѣзцовъ, сравнительно хорошихъ.

²²/viii. Промываніе Гайморовой полости. Небольшое количество гноя.

²⁷/viii. Вставленъ obturatorъ, представлявшій собою обыкновенную пластинку съ искусственными зубами, которой и прикрывался серебряный дренажъ, помѣщенный въ альвеолярномъ отросткѣ. Больному даны указанія, какъ дѣлать промыванія Гайморовой полости самому.

²⁵/xi 1898 г. Больной пріѣхалъ въ Петербургъ для консультаціи со мною по поводу бывшаго у него гайморита. Гайморова полость промыта растворомъ перекиси водорода, при чемъ въ промывныхъ водахъ выдѣлилось незначительное количество скорѣе слизистыхъ, чѣмъ гнойныхъ комковъ.

⁷/xii. Опять сдѣлано промываніе Гайморовой полости растворомъ перекиси водорода. Отдѣляемое очень незначительно. Больному данъ совѣтъ промывать Гайморову полость ежедневно слабымъ растворомъ перекиси водорода.

²⁰/ix 1899 г. Больной явился для осмотра. За прошедшій періодъ онъ дѣлалъ промыванія, при чемъ всякій разъ выдѣлялось лишь очень незначительное количество слизисто-гнойныхъ комковъ. По временамъ промывныя воды выходили совершенно чистыми. Онъ рѣшилъ, по собственному побужденію, вынуть серебряный дренажъ и замѣнить его марлевой турундой, присутствіе которой подъ полнымъ протезомъ верхней челюсти менѣе его раздражаетъ. Эту марлевую турунду онъ мѣняетъ разъ въ два, три дня, сопровождая эту перемѣну промываніемъ Гайморовой полости. О заживленіи не хочетъ и думать, такъ какъ боится рецидива страданія.

XXII.

(№ 915). Г-жа Е. А., 24 лѣтъ, замужемъ, жительница Армавира, ²⁵/vii 1899 г. явилась ко мнѣ для удаленія перваго верхняго лѣваго большого коренного зуба, причинявшаго ей значительныя боли. При изслѣдованіи, виновный зубъ, съ пульпарной полостью наполненной гнилымъ распадаемъ, оказался совершенно нечувствительнымъ къ температурнымъ колебаніямъ и чрезвычайно

чувствительнымъ къ надавливанію и къ постукиванію. Въ виду сравнительной узости корневыхъ каналовъ и невозможности хорошей очистки зуба и быстрого устраненія неприятныхъ ощущеній, тѣмъ болѣе, что пациентъ предстоялъ скорый отъѣздъ, я охотно согласился на экстракцію зуба, которую и привелъ въ тотъ же день. Больной назначено борное полосканіе, и съ этимъ она отпущена домой.

8/VIII 1899 г. Больная вернулась ко мнѣ съ жалобами на странное ощущеніе, которое она стала испытывать съ момента удаленія зуба. Уже въ тотъ же день послѣ удаленія вечеромъ она поражена была тѣмъ обстоятельствомъ, что изъ лѣвой ноздри при сморканіи у нея стала выдѣляться сукровица, окрашенная въ красный цвѣтъ. На другой и слѣдующіе дни больная ощущала, что, при полосканіи рта, вода какъ будто попадаетъ въ носъ.

Точно такимъ же образомъ она замѣчаетъ, что и воздухъ изъ полости рта попадаетъ въ носовую полость. Первое время она не придавала этимъ явленіямъ особаго значенія, но въ послѣдніе дни они значительно усилились и приобрѣли нѣкоторый своеобразный характеръ, именно: прежде бывшія слегка кровянистыя отдѣленія изъ носу въ послѣднее время стали совершенно гнойными и приобрѣли довольно рѣзкій и ощутимый для окружающихъ запахъ. Вода попрежнему при полосканіи рта попадаетъ въ носъ. Альвеола на мѣстѣ удаленнаго зуба до сихъ поръ не зажила и по временамъ крайне болѣзненна.

8/VIII 1899 г. Status praesens: при изслѣдованіи главное и единственное почти вниманіе обращено было на альвеолу экстрагированнаго зуба. Альвеола нѣсколько спалась, края десны сближились между собой, тѣмъ не менѣе просвѣтъ альвеолы не выполненъ грануляціонной тканью, а по стѣнкамъ ея виденъ бѣловатый налетъ. При стираніи послѣдняго ваткой замѣтно, что онъ издаетъ крайне неприятный запахъ. При зондированіи альвеолы оказывается, что зондъ сквозь переднюю щечную альвеолу свободно проходитъ въ Гайморову полость. На основаніи этихъ данныхъ установлено сообщеніе полости рта съ Гайморовой полостью и предложено больной обычное промываніе, принятое при гайморитѣ. Существовавшее отверстіе въ альвеолѣ нѣсколько расширено, въ него вставленъ серебряный дренажъ, и произведено промываніе полости теплымъ борнымъ растворомъ. Вышло значительное количество зловоннаго гноя. Снять слѣпокъ для изготовленія обуратора, и мужъ больной приученъ къ промыванію. Спустя три дня, вставленъ obturatorъ и больной предложено черезъ мѣсяцъ пріѣхать ко мнѣ для осмотра. Въ концѣ августа того же года больная явилась ко мнѣ съ заявленіемъ, что всѣ бывшія послѣ экстракціи явленія у нея прошли совершенно, и

она проситъ заживить свищъ, ведущій въ Гайморову полость. Въ тотъ же день удаленъ былъ дренажъ, стѣнки свища выскоблены острой ложкой до появленія значительнаго кровотеченія, и отверстіе свища изъ полости рта затампонировано іодоформенной ватой. Въ теченіе недѣли сдѣлано нѣсколько такихъ іодоформенныхъ перевязокъ, и края свища спались совершенно. Больная въ этомъ состояніи отпущена домой, такъ какъ съ этимъ временемъ совпалъ и мой отъѣздъ изъ Пятигорска въ Петербургъ. Изъ полученнаго черезъ нѣсколько мѣсяцевъ письма отъ больной я узналъ, что сообщеніе между ротовой и Гайморовой полостью совершенно прекратилось, равно какъ и исчезли всѣ прежніе симптомы.

XXIII *).

(№ 700). Г-нъ N. N., врачъ, 34 лѣтъ, приватъ-доцентъ Военно-Медицинской Академіи, съ дѣтства страдалъ частыми насморками; весной 1894 г. заболѣлъ сильными ежедневными болями въ regio supraorbitalis sinistra съ зловоннымъ слизисто-гнойнымъ истеченіемъ изъ лѣвой ноздри; за нѣсколько дней до болѣзни, при вскрытіи нарыва, все лицо г-на N. N. было обрызгано зловоннымъ гноемъ. Запахъ этого гноя и запахъ носового отдѣленія г-на N. N., по его мнѣнію, совершенно совпадаютъ. Быть можетъ, это было зараженіе. Головные боли недѣли черезъ двѣ прошли, но выдѣленія гноя продолжались. Проф. Симановскій установилъ діагнозъ гайморита; въ виду этого въ ноябрѣ 1894 г. проф. Праксинъ произвела первую операцію: удаленъ первый верхній лѣвый моляръ, и ручнымъ сверломъ трепанирована челюстная пазуха; въ ней найдено очень мало гноя. Пазуха промыта борнымъ растворомъ изъ ирригатора, и вставленъ резиновый дренажъ толщиной въ папиросу. Послѣ операціи выдѣленіе гноя значительно уменьшилось. Промыванія производились сначала ежедневно, потомъ два раза въ недѣлю. Очень болѣзненна и кровоточива была перемѣна дренажа, въ который легко попадала пища. Мало по малу г-нъ N. N. приучился высасывать пищу, попавшую въ дренажъ, и содержимое полости. Послѣ операціи замѣчено имъ, что голосъ сталъ менѣе громкимъ и внятнымъ, особенно при вынутomъ дренажѣ. Черезъ 4 мѣсяца послѣ операціи обстоятельства заставили г-на N. N. уѣхать на два года въ Западную Европу. Тамъ отдѣленіе слизи и гноя стало рѣзко уменьшаться и скорѣе прекратилось вполне (вліяніе

*) Эта исторія болѣзни записана самимъ больнымъ и сохранена мною, въ виду того, что больной—врачъ, въ полной неприкосновенности. Мною лишь обозначены точно числа операціи по имѣющимся у меня въ исторіи болѣзни записямъ.

сухого климата). Въ виду этого, г-нъ N. N. сталъ замѣнять дренажъ все болѣе тонкими трубками и вскорѣ далъ закрыться свищу вполне. Изъ носу полное отсутствіе выдѣленій; головныхъ болей не было вовсе въ 1895 и 96 г.; по возвращеніи въ Россію въ началѣ 1897 г. г-нъ N. N. заболѣлъ острымъ насморкомъ изъ обѣихъ ноздрей. Истеченіе изъ правой ноздри черезъ недѣлю прекратилось, но слѣва изъ слизистаго превратилось мало-помалу въ гнойное и не прекращалось весь годъ. По временамъ оно становилось зловоннымъ и выдѣлялось въ большомъ количествѣ. При этомъ частые припадки невралгіи *supraorbitalis sinistrae*. По утрамъ выдѣленія всегда было больше, чѣмъ вечеромъ. Временами, особенно лѣтомъ и въ сухую погоду, выдѣленіе почти совсѣмъ исчезало, но при первомъ же насморкѣ, простудѣ и т. д. возобновлялось снова.

¹²/iv 1899 г. Д-ромъ Звѣржховскимъ произведена вторая операція и предварительнымъ просвѣчиваніемъ установлено скопленіе гноя въ пазухѣ. Подъ кокаиномъ посредствомъ трепана, приведеннаго въ движеніе бормашиной, сдѣлана трепанациа на прежнемъ мѣстѣ. Вслѣдствіе того, что зубы, прилежащіе къ мѣсту первой трепанациа, сильно сблизились между собой, сверло не могло быть направлено параллельно оси зубовъ, а трепанационное отверстіе пришлось сдѣлать изнутри и снизу, кнаружи и кверху. Операція продолжалась нѣсколько секундъ и была совершенно безболѣзненна. Въ трепанационное отверстіе вставлена серебряная трубочка; вслѣдствіе ея наклоннаго положенія часть ея щитка торчала между зубами и была срѣзана. Послѣ операціи пазуха промыта теплымъ борнымъ растворомъ, при чемъ вытекло много вонючаго гноя. Послѣ операціи немедленно громадное облегченіе субъективныхъ ощущеній и быстрое уменьшеніе количества отдѣляемаго, принявшаго вскорѣ слизистый характеръ. Два раза въ сутки производились промыванія слабымъ растворомъ перекиси водорода (полъ столовой ложки на стаканъ теплой воды). Промыванія эти были совершенно безболѣзненны и производились самимъ пациентомъ. Для закрытія трубки сдѣлана д-ромъ Звѣржховскимъ каучуковая пластинка, помощью золотыхъ кламмеровъ прикрѣплявшаяся къ прилежащимъ зубамъ. Ослабленія голоса, бывшаго послѣ первой операціи, не было вовсе. Послѣоперационное теченіе было для пациента гораздо пріятнѣе, если сравнить его съ первой операціей: не приходилось мѣнять дренажъ и промывать посредствомъ ирригатора, что всегда бывало крайне болѣзненно. Количество отдѣляемаго изъ полости постепенно все уменьшалось, такъ что вскорѣ можно было промывать одинъ разъ въ день, затѣмъ черезъ день и т. д. Очень хорошо опорожнялась полость посредствомъ высасыванія ея содержимаго, которое повторялось по нѣсколько разъ въ день. Если промыть полость

послѣ такого высасыванія, то промывная жидкость вытекаетъ совершенно прозрачной. Для промыванія г-нъ N. N., кромѣ перекиси водорода, примѣнялъ много другихъ антисептическихъ растворовъ, какъ марганцово-кислое кали, соду, протарголъ, ляписъ, іодъ съ примѣсью іодистаго кали или спирта, одолъ, однако, въ концѣ концовъ вернулся къ раствору перекиси водорода, какъ къ средству совершенно не раздражающему, лишенному запаха и вкуса и въ то же время хорошо дезинфицирующему и дезодорирующему. Необходимъ лишь хорошій препаратъ; перекись водорода Мерск'а вызываетъ гораздо меньше раздраженія, чѣмъ препараты русскихъ фабрикъ, содержащіе много кислоты. Если перекись водорода была очень кисла, то N. N. осреднялъ ее содой. Необходимое условіе хорошаго промыванія—это достаточная температура жидкости. Пробовалъ N. N. вводить въ полость іодоформенную эмульсію, но особаго успѣха отъ этого не видѣлъ. Раза два три въ годъ, подъ вліяніемъ насморка, появлялось обостреніе гайморита: отдѣленія увеличивались и становились болѣе гнойными, и тогда при этомъ наблюдалась боль въ надглазничной области. Подъ вліяніемъ ежедневныхъ промываній обостренія эти быстро проходили, и отдѣленія опять прекращались. Раза два при этомъ наблюдалось набуханіе слизистой въ области носового отверстія Гайморовой полости. Промывная жидкости при этомъ съ трудомъ проходили черезъ носъ лишь при примѣненіи небольшого давленія. Ежедневныя промыванія быстро помогали при этой непріятности. Въ настоящее время отдѣленія крайне мало; состоитъ оно изъ стекловидной густой слизи. Послѣ каждого промыванія количество слизи увеличивается, при чемъ N. N. не промываетъ чаще двухъ разъ въ недѣлю. Лишь боязнъ обостренія заставляетъ N. N. воздерживаться отъ закрытія трепанационнаго отверстія. Пластинка больного совершенно не беспокоитъ, ее вовсе не замѣчаешь во рту. Высасыванія отдѣляемаго дѣлать теперь также не приходится, т. к. его почти нѣтъ. Серебряную трубку N. N. мѣняетъ разъ или два въ годъ на новую такого же калибра. Въ промежутки N. N. трубки не вынимаетъ, т. к. вынутую трубку, вслѣдствіе косога направленія канала, ему очень затруднительно вставить обратно; это удается лишь послѣ нѣсколькихъ очень болѣзненныхъ попытокъ и порядочнаго кровотоčenja. Вынутая трубка оказывается обыкновенно совершенно чистой; лишь щитокъ и конецъ ея, находящійся въ полости, покрыты чернымъ слоемъ окиси серебра. Серебряной трубки N. N. не мѣняетъ на золотую, находя, что серебро вліяетъ антисептически на окружающую ткань, золото же не вліяетъ, т. к. нерастворимо въ сокахъ организма.

Весной 1902 г. N. N., вслѣдствіе подозрѣнія на правосторонній гайморитъ, была сдѣлана д-ромъ Звѣржховскимъ пробная тре-

панация правой стороны и промывание правой пазухи. Операция была произведена такъ же, какъ и въ первый разъ, лишь вмѣсто трепана взято сверло съ остриемъ ромбической формы. На этотъ разъ просверливание шло еще быстрѣе, буквально одинъ моментъ, и было также абсолютно безболѣзненно и вполне безкровно. Такъ какъ промывание показало отсутствіе гноя, то трубка не была вставлена, лишь въ разрѣзъ слизистой введенъ на сутки комокъ ваты съ іодорформомъ. Въ нѣсколько дней отверстіе это заросло, не оставивъ никакихъ дурныхъ послѣдствій.

Дальнѣйшее наблюденіе показало, что причина правосторонняго нагноенія лежитъ въ лобной пазухѣ.

XXIV.

(№ 812). Г-нъ М. Р., 50 лѣтъ, женатый, житель Путивля, судебный приставъ, присланъ ко мнѣ ринологомъ для трепанации Гайморовой полости. Жалуется на давнишній насморкъ, односторонній съ зловоннымъ отдѣляемымъ и на боли, бывающія у него по временамъ въ области лба и глазницы. На предложенные вопросы отвѣчаетъ, что насморкомъ страдаетъ приблизительно около трехъ лѣтъ, при чемъ присущій выдѣленію запахъ, насколько онъ помнитъ, былъ съ самаго начала заболѣванія. Выдѣленіе, по рассказамъ больного, имѣетъ слизисто-гнойный характеръ, при чемъ онъ точно знаетъ, что съ измѣненіемъ положенія, въ особенности при наклоненіи головы внизъ, а равно при лежаніи на здоровой сторонѣ, выдѣленіе усиливается. Зубными болями не страдалъ почти совершенно, хотя многіе зубы разрушены; портились они, по словамъ больного, безболѣзненно. Опухолей и флюсовъ не было, инфекционными болѣзнями не болѣлъ, что же касается инфлюэнцы, то точнаго отвѣта дать не можетъ, скорѣе склоненъ въ пользу того, что переносилъ инфлюэнцу не разъ. Былъ боленъ сифилисомъ.

29/iv 99. Status praesens: При изслѣдованіи полости рта замѣчено много каріозныхъ зубовъ, нѣкоторые изъ нихъ пломбированы, другіе представляютъ каріезъ поверхностныхъ степеней; второй верхній лѣвый большой коренной пораженъ глубокимъ каріезомъ; коронка его въ значительной степени разрушена. Дно каріозной полости выполнено размягченнымъ дентиномъ, по снятіи котораго вскрылась пульпарная камера, наполненная зеленоватымъ, жидкимъ зловоннымъ распадомъ. Зубъ къ температурнымъ колебаніямъ не чувствителенъ, также не чувствителенъ и къ зондированію. При постукиваніи по коронкѣ зуба замѣчается нѣкоторая чувствительность, но не очень рѣзкая. Первый большой коренной и зубъ мудрости на этой сторонѣ поражены со-

вершенно поверхностными степенями каріеза. При изслѣдованіи носа въ лѣвомъ носовомъ ходѣ обнаружено присутствіе значительнаго количества слизисто-гнойнаго отдѣляемаго, при чемъ видна значительно покраснѣвшая и припухшая слизистая носовой полости и раковинъ; по стираніи отдѣляемаго и наклонѣ головы больного вперед и внизъ, спустя непродолжительное время, отдѣляемое появляется вновь въ видѣ слизи-гнойной капли подъ средней раковиной. Полиповъ не обнаружено. При просвѣчиваніи замѣтно рѣзкое затемнѣніе подглазничнаго полукруга на лѣвой сторонѣ (для просвѣчиванія какъ въ этомъ, такъ и въ предыдущемъ случаѣ примѣнялась лампочка, приспособленная къ току, въ 110 вольтъ силою свѣта въ 5 свѣчей. Эту же лампочку я примѣнялъ и во всѣхъ послѣдующихъ случаяхъ). Разница въ затемнѣніи здоровой и больной стороны выступаетъ чрезвычайно рельефно, также рельефно замѣтна разница въ покраснѣніи зрачка на одной и другой сторонѣ. При закрываніи вѣкъ, свѣтъ, исходящій изъ зажженной въ полости рта лампочки, ощущается больнымъ только на правой сторонѣ.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori sinistri.

28/iv 99. Подъ кокаиномъ удаленъ второй большой коренной на лѣвой сторонѣ. Предложено черезъ три дня явиться для трепанации Гайморовой полости.

29/iv 99. Помощью копьевиднаго бора, приспособленнаго къ бормашинѣ, сдѣлана трепанация Гайморовой полости тотчасъ позади перваго большого кореннаго изъ небной лунки второго кореннаго. Трепанация длилась лишь нѣсколько секундъ и была совершенно безболѣзненной. Послѣ трепанации въ каналъ вставленъ серебряный дренажъ, при чемъ еще разъ обращено вниманіе на то обстоятельство, что, какъ послѣ удаленія зуба, такъ даже и послѣ трепанации Гайморовой полости, гной въ полость рта совершенно не выдѣлялся. Гайморова полость промыта теплымъ борнымъ растворомъ. Въ промывныхъ водахъ громадное количество зловоннаго комковатаго гноя. Снятъ слѣпокъ для изготавленія obturatora, и просвѣтъ канюли закрытъ ватой.

30/iv 99 г. Промываніе Гайморовой полости. Вышло небольшое количество также зловоннаго гноя. По рассказу больного съ момента операции его субъективныя ощущенія значительно улучшились. Не говоря объ исчезновеніи прежняго запаха, главнымъ образомъ, улучшеніе состояло въ уменьшеніи отдѣленія изъ носу. Прежнихъ болей не было, хотя, конечно, такой короткій срокъ, какъ однѣ сутки, не можетъ еще говорить за полное исчезновеніе этихъ болей, т. к. и прежде у больного бывали свѣтлые промежутки, тянувшіеся по нѣсколько дней и недѣль.

1/v 1899 г. Промываніе Гайморовой полости. Надѣтъ obturatorъ. Больному поручено дѣлать промываніе самому. Черезъ не-

дѣлю ⁸/_v больной явился съ жалобой на затрудненіе при промываніи. При впрыскиваніи раствора въ Гайморову полость чувствуется значительное сопротивленіе, и вода изъ носу выдѣляется по каплямъ, при чемъ самъ больной ощущаетъ какъ бы распираніе стѣнокъ полости впрыснутой водой. При промываніи мною, точно также вначалѣ, при впрыскиваніи первой порціи раствора промываніе шло съ затрудненіемъ, а затѣмъ жидкость стала итти свободно. Больному назначено явиться нѣсколько дней подрядъ для производства промываній у меня.

⁹/_v. При введеніи трубочки въ просвѣтъ канюли и при началѣ промыванія опять чувствуется какое-то значительное препятствіе для прохожденія тока жидкости. Послѣ двухъ трехъ неудачныхъ попытокъ трубка введена глубже, при чемъ получилось ощущеніе, какъ будто ея прорвана какая то нависавшая надъ просвѣтомъ канюли ткань, и затѣмъ промываніе пошло опять гладко. Въ виду испытанныхъ затрудненій, изъ трепанационнаго канала вынута дренажная канюля, и просвѣтъ его вновь расширенъ помощью сверла. Больному поручено явиться на слѣдующій день для промыванія.

¹⁰/_v. Промываніе идетъ совершенно свободно, гноя выдѣляется немного, въ первыхъ порціяхъ промывныхъ водъ значительная примѣсь крови, повидимому, оставшейся въ Гайморовой полости послѣ вчерашняго расширенія канала. Больному поручено опять дѣлать промыванія самому.

¹³/_v. Больной вернулся съ жалобами на возобновившіяся затрудненія при промываніи. Опять, какъ и въ предшествовавшей разѣ при введеніи трубки сквозь просвѣтъ канюли въ концѣ трепанационнаго канала ощущается какъ бы что-то постороннее, сквозь которое при надавливаніи трубка съ трудомъ проходитъ въ полость. Послѣ этого сейчасъ же промываніе начинаетъ итти гладко. Вслѣдствіе нѣсколькихъ неудавшихся, такимъ образомъ, больному попытокъ промывать полость на дому, онъ рѣшилъ для промыванія приходить каждый разѣ ко мнѣ.

Промыванія Гайморовой полости дѣлались мною больному въ теченіе одного мѣсяца, при чемъ всѣ бывшія раньше какъ субъективныя ощущенія, такъ и объективныя измѣненія совершенно прошли, и больной уѣхалъ на родину.

Спустя полгода, я получилъ отъ него письмо, что онъ вынулъ дренажную трубку, т. к. всѣ явленія гайморита у него прошли, и что послѣ этого, спустя нѣсколько недѣль, сообщеніе между полостью рта и Гайморовой полостью совершенно закрылось. До момента присылки письма страданіе у него не возобновлялось.

XXV*).

(№ 699). Г-нъ N. N., 25 лѣтъ, институтскій врачъ Военно-Медицинской Академіи. 6½ лѣтъ тому назадъ (1896 годъ) въ результатѣ каріеза верхняго лѣваго второго малаго коренного зуба развился у больного ограниченный остеомиелитъ челюсти. Онъ обратился къ специалисту по зубнымъ болѣзнямъ съ просьбой извлечь его зубъ. Специалистъ посоветовалъ ограничиться обрѣзаніемъ коронки, предлагая извлечь зубъ, когда пройдетъ воспалительная реакція. На слѣдующее послѣ этого утро, т. е. на 3 или 4-ый день заболѣванія, больной съ удивленіемъ замѣтилъ, что изъ лѣвой ноздри обильно идетъ гной. Боли въ челюсти притихли. Гной имѣлъ непріятный запахъ. Кромѣ гноя, больной сталъ замѣчать, что отъ времени до временъ въ лѣвой ноздрѣ какъ будто лопаются пузырьки воздуха, при чемъ сейчасъ же распространяется непріятный запахъ.

Дѣло, повидимому, шло о выдѣленіи вонючаго газа, развивавшагося въ Гайморовой полости. Гноетеченіе было обильно, требовало отъ 7 до 8 носовыхъ платковъ въ день. Промыванія носа, конечно, пользы не принесли. Лѣто, проведенное на югѣ, также облегченія не дало. Выдѣленіе вонючихъ газовъ прекратилось недѣли черезъ двѣ; гноетеченіе продолжалось, при чемъ наибольшее гноетеченіе было по утрамъ. Къ вечеру же оно постепенно слабѣло. Запахъ гноя былъ постоянно непріятный. Черезъ годъ послѣ начала заболѣванія появилось легкое недомоганіе: тяжесть и давленіе въ лѣвой половинѣ лба, чувство, какъ будто лѣвый глазъ съ трудомъ вращается въ орбитѣ. Специалистъ по глазнымъ болѣзнямъ въ глазу ничего не открылъ. Боли и тяжесть во лбу скоро прекратились. Появилась нѣкоторая припухлость слѣва, сейчасъ же надъ медиальнымъ угломъ глаза. Ровно черезъ годъ послѣ этого, при установленномъ діагнозѣ Гайморита и синусита лѣвой лобной пазухи, больной обратился къ д-ру Звѣржховскому (¹/III 1899).

Послѣдній подтвердилъ діагнозъ и, извлеки предварительно корень зуба, черезъ луночку трепанировалъ лѣвую Гайморову полость. Операция была произведена подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ и не оказалась болѣзненной. Только самый послѣдній моментъ операции—само вскрытіе полости оказалось нѣсколько чувствительнѣе. Было выпущено много вонючаго гноя. Послѣдующія промыванія полости растворомъ перекиси водорода и борной кислоты, въ теченіе приблизительно полгода, заставили отдѣленіе Гайморовой полости прекратиться. Промыванія Гайморовой полости

*) Исторія болѣзни написана самимъ больнымъ—врачемъ и приводится мною безъ измѣненій.

производились годъ, дѣлаясь все рѣже, и, наконецъ, совсѣмъ были оставлены въ виду отсутствія выдѣленія.

Въ теченіе этого же времени разъ въ недѣлю или разъ въ двѣ недѣли извлекалась дренажная трубка, вычищалась до суха и потомъ опять вставлялась въ свищъ и закрывалась протезомъ. Извлечь трубочку совсѣмъ и предоставить закрыться отверстію невозможно по той простой причинѣ, что каждый острый насморкъ сопровождается обостреніемъ гайморита: на нѣсколько дней появляется гнойное истеченіе, которое проходитъ даже безъ промыванія полости. Только недѣли три тому назадъ (19/x 1902) появилось опять отдѣленіе съ непріятнымъ запахомъ, потребовавшее троекратнаго промыванія полости кипяченой водой. Протезъ съ obturatorомъ представляетъ одно неудобство: жевать приходится постоянно правой стороной, изъ боязни, что протезъ соскочитъ. Въ другихъ отношеніяхъ ношеніе трубочки и протеза не даетъ никакихъ сколько нибудь непріятныхъ ощущеній. Пораженіе лобной пазухи существуетъ до сихъ поръ, только очень рѣдко оно даетъ себя знать легкими болями. Постоянные симптомы заключаются въ гнойномъ отдѣленіи, требующемъ до трехъ платковъ въ день.

XXVI.

(№ 186). Г-жа А. Л., 49 лѣтъ, дѣвица, жительница Петербурга, занимается домашнимъ хозяйствомъ, явилась ко мнѣ по поводу постоянно преслѣдующаго ее запаха изъ носа, сопряженаго и съ нѣкоторымъ, не особенно обильнымъ, отдѣленіемъ изъ правой стороны ноздри. Постоянно страдаетъ головными болями, которыя бывають по преимуществу вечеромъ. Начались ли эти головныя боли одновременно съ тѣмъ, какъ появилось заболѣваніе носа, больная точно сказать не можетъ. Зубы давно испорчены, многіе удалены, и больная теперь даже думаетъ о вставленіи искусственныхъ зубовъ.

3/II 1898 г. Status praesens: наружной опухоли покрова лица никакой не замѣчается, равно какъ нѣтъ и припухлости верхней челюсти. Въ полости рта большинство зубовъ совершенно разрушены, и на верхней челюсти отсутствуетъ девять зубовъ; съ правой стороны какъ первый, такъ и второй моляръ, равно какъ и второй премоляръ, отсутствуютъ; на мѣстѣ, отвѣчающемъ расположенію второго премоляра (праваго верхняго), на деснѣ видно небольшое фистулезное отверстіе, сквозь которое зондъ сейчасъ же ощупываетъ совершенно обнаженный и слегка подвижной участокъ кости. Послѣ разрѣза десны на этомъ мѣстѣ, оказалось, что я имѣлъ дѣло съ небольшимъ, совершенно свободнымъ и отдѣлившимся секвестромъ альвеолярнаго отростка, который тутъ

же и былъ удаленъ. Зондъ глубже не проникаетъ. При изслѣдованіи полости носа, замѣтно небольшое гнойное отдѣляемое въ области средняго носового хода, на правой сторонѣ, при чемъ слизистая оболочка раковинъ припухла и покраснѣла; у hiatus semilunaris замѣчается нѣсколько небольшихъ полиповъ. Изъ носа чувствуется нѣкоторый непріятный запахъ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, обнаружено значительное затемнѣніе на правой сторонѣ какъ подглазничнаго полукруга, такъ и зрачка; затемнѣніе это было настолько рельефно, что даже у самой больной, когда она осмотрѣла себя въ зеркало, осталось убѣжденіе, что правая сторона челюсти у нея больна.

Диагнозъ: Empyema antri Highmori dextri chronica.

Больной предложена операція.

5/II 1898 г. подъ кокаиномъ нѣсколько кзади отъ того мѣста, гдѣ удаленъ былъ секвестръ альвеолярнаго отростка, произведена была трепанация Гайморовой полости копьевиднымъ боромъ, приспособленнымъ къ бормашинѣ. Вышло небольшое количество зловоннаго гноя. Дренажъ, вставленный послѣ трепанации, былъ закрытъ ватой, и снятъ былъ слѣпокъ для изготовленія искусственныхъ зубовъ и пластинки, которые могли бы въ то же время служить и obturatorомъ Гайморовой полости.

6/II. Промыта Гайморова полость, вышло небольшое количество гноя. Субъективныя ощущенія больной значительно улучшились.

7/II. Опять промываніе Гайморовой полости, гноя очень мало.

8/II. Промываніе Гайморовой полости. По заявленію больной, всѣ ея ощущенія, бывшія до тѣхъ поръ тягостными, совершенно прошли.

9/II 1898 г. Промываніе Гайморовой полости. Вставлена пластинка съ искусственными зубами. Въ продолженіе послѣдующихъ еще 4 дней мною были произведены промыванія Гайморовой полости, при чемъ гноя выдѣлялось лишь незначительное количество.

Больная явилась въ маѣ мѣсяцѣ того же года съ жалобами на ощущеніе закладыванія носа на правой сторонѣ, которое появилось у нея въ теченіе двухъ послѣднихъ недѣль; изъ разспросовъ выяснилось, что больная съ тѣхъ поръ, какъ ей сдѣлана была операція, ни разу не промывала Гайморовой полости въ виду того, что, какъ она говорила, она сама этого сдѣлать не въ состояніи, никто же изъ окружающихъ ея не бралъ на себя труда помочь ей въ этомъ дѣлѣ. Промыта мной Гайморова полость, при чемъ выдѣлилось значительное количество гноя, и больной данъ совѣтъ непремѣнно дѣлать промыванія самой дома. При этомъ мною же вынута была канюля, покрывшаяся, въ особенности въ своей части, смотрящей въ Гайморову полость, значи-

тельнымъ количествомъ черной окиси серебра. Канюля была очищена и вновь вставлена въ трепанационный каналъ. Въ октябрѣ того же года больная опять вернулась ко мнѣ съ жалобами на прежнее ощущеніе, причѣмъ опять оказалось, что промываній Гайморовой полости за все время она не дѣлала. Мною опять промыта была полость, опять выдѣлилось нѣкоторое количество гноя, и больная приглашена была посѣтить меня нѣсколько разъ для промыванія полости. Спустя два-три промыванія, субъективныя ощущенія больной опять улучшилось, и больная была отпущена съ настоятельнымъ совѣтомъ продолжать промыванія дома.

Черезъ годъ послѣ послѣдняго посѣщенія больная навѣстила меня, рассказывая, что всѣ бывшія у нея до того ощущенія со стороны носовой полости совершенно у нея прошли, при чемъ все-таки промываній Гайморовой полости она не дѣлала. Осмотрѣвъ мѣсто трепанационнаго канала, я увидѣлъ, что бывшей тамъ серебряной канюли теперь нѣтъ. Каналь въ значительной степени спался и почти непроницаемъ для зонда. Несмотря на самые тщательные разспросы, выяснить не удалось, была ли эта канюля удалена самой больной, или, быть можетъ, проскользнула въ Гайморову полость. Крайне невнимательная къ себѣ, больная не могла мнѣ дать на это точнаго отвѣта.

Въ виду улучшившагося ея состоянія, а равно происшедшаго уже закрытія свища, я не прибѣгъ ни къ какому вмѣшательству, и такъ какъ больная больше ко мнѣ не являлась, то имѣю возможность предполагать, что у нея прежнія ощущенія и заболѣваніе не возобновлялись.

XXVII.

(№ 852). Г-жа Е. К., 17 лѣтъ, дѣвица, воспитанница Сиротскаго Института, жительница Москвы, прислана ко мнѣ ринологомъ съ діагнозомъ правосторонняго гайморита, жалуется на насморкъ, имѣющій по временамъ дурной запахъ, хотя не можетъ сказать, чтобы этотъ насморкъ ограничивался лишь исключительно лѣвой ноздрей. Часто страдаетъ головными болями, зубами никогда не болѣла.

9/vii 99. Status praesens: никакой опухоли на лицѣ не замѣчается. При изслѣдованіи зубовъ оказывается, что всѣ зубы совершенно здоровы и ни одинъ не пораженъ даже въ поверхностной степени каріезомъ. При изслѣдованіи полости носа видно, что слизистая оболочка мѣстами атрофирована, имѣется небольшое гнойное отдѣляемое, какъ-бы въ видѣ нитей, покрывающее поверхность средней и нижней раковины. При стираніи этого выдѣленія и при наклонѣ головы больной впередъ и внизъ, новой гнойной капли получить не удается. При просвѣчиваніи изъ по-

лости рта, обѣ стороны просвѣчиваютъ почти одинаково. Замѣтно лишь очень незначительное затемнѣніе на лѣвой сторонѣ. Затемнѣніе это въ гораздо меньшей степени, чѣмъ то, которое я наблюдалъ въ ранѣе описанныхъ случаяхъ. Потемнѣнія зрачка ни на одной изъ сторонъ не замѣчается, а также на обѣихъ сторонахъ совершенно одинаковы и субъективныя ощущенія свѣта. Наличие гайморита была установлена подъ сомнѣніемъ; тѣмъ не менѣе, въ виду нѣкоторыхъ данныхъ и совѣта лечившаго ее ринолога, рѣшено приступить къ трепанациі Гайморовой полости.

9/vii 99 удаленъ первый большой коренной соотвѣтственной стороны, и черезъ три дня больная приглашена явиться для операции. 12/vii сдѣлана трепанациа Гайморовой полости, послѣ которой сейчасъ же полость промыта была теплымъ борнымъ растворомъ. Промывныя воды вышли слегка окрашенными кровью безо всякой примѣси гноя. Въ виду отрицательнаго результата, рѣшено было заживить Гайморову полость, что и исполнено путемъ перевязокъ въ теченіе десяти дней.

XXVIII.

(№ 905). Г-жа В. С., 28 лѣтъ, дѣвица, учительница, жительница Владикавказа, прислана ринологомъ для трепанациі Гайморовой полости съ діагнозомъ лѣвосторонняго гайморита. Больная жалуется на давнишній насморкъ, строго односторонній, съ крайне непріятнымъ по своему запаху отдѣляемымъ, по ея словамъ, обладающимъ къ тому же ѣдкимъ свойствомъ, т. к. отъ времени до времени на верхней губѣ, соотвѣтственно лѣвой ноздрѣ, у нея образуются трещины кожи и появляется сыпь. Головными болями страдаетъ постоянно, при чемъ онѣ локализируются, главнымъ образомъ, въ окружности лѣваго глаза. Зубы имѣетъ скверные, много лечила ихъ, но безуспѣшно, такъ какъ положенныя ей пломбы часто выпадали и многіе зубы приходилось удалять. Флюсы были у нея нѣсколько разъ, и она точно помнитъ, что именно на лѣвой сторонѣ.

29/vii. 99. Status praesens: больная блѣдная, анемичная, слабого тѣлосложенія, плохого питанія, съ рѣзко замѣтною повыше-ною раздражительностью нервной системы, крайне боязливая и недовѣрчиво относящаяся даже къ осмотру. Въ полости рта задніе коренные зубы какъ верхней, такъ и нижней челюсти сильно разрушены, въ то время, какъ передніе, наоборотъ, уцѣлѣли и мѣстами лишь запломбированы. На лѣвой сторонѣ первый большой коренной вверху пораженъ глубокимъ каріезомъ, съ характерными признаками гангрены мякоти (нечувствительность къ

температурнымъ колебаніямъ, нечувствительность къ зондированію, присутствіе зловоннаго детрита въ полости мякоти). При изслѣдованіи носа, лѣвый средній носовой ходъ выполненъ жидковатымъ гноемъ, довольно обильно покрывающимъ и нижнюю раковину. Полиповъ нѣтъ. По стираніи гноя замѣтно, какъ сильно разрыхлена и припухла слизистая оболочка. Гной самъ имѣетъ крайне непріятный запахъ. По прошествіи нѣкотораго времени гнойная капля появляется вновь въ среднемъ носовомъ ходѣ подъ средней раковиной. При просвѣчиваніи Гайморовой полости затемнѣніе на лѣвой сторонѣ очень рѣзкое. Рѣзко затемнѣніе какъ подглазничнаго полукруга, такъ и зрачка. Въ субъективныхъ ощущеніяхъ свѣта больная хорошо не разбирается и не даетъ точнаго отвѣта. Диагнозъ: Empyema antri Highmori sinistri chronica.

23/ VII 1899 г. Подъ кокаиномъ удаленъ первый большой коренной верхній лѣвый. Предложено явиться черезъ три дня для операціи.

26/ VII 1899 г. Помощью бормашины и того же копьевиднаго бора вскрыта Гайморова полость изъ небной лунки перваго кореннаго, причемъ во время самой трепанациі бору дано направленіе нѣсколько кнаружи. Трепанациа прошла безо всякихъ затрудненій, безъ ощущенія какой либо боли, несмотря на то, что больная крайне нервная и рѣзко реагируетъ на всякія болевые ощущенія. Продолжительность операціи, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ, очень незначительна, можетъ быть измѣрена лишь небольшимъ количествомъ секундъ. Сейчасъ же послѣ трепанациі вставлена дренажная трубка, заранѣе заготовленная по размѣру бора. Сдѣлано промываніе полости, при которомъ выдѣлилось значительное количество зловоннаго гноя. Въ теченіе послѣдующихъ 5-ти дней продѣлано было промываніе полости, и вставленъ обычный obturatorъ. Количество гноя съ каждымъ днемъ уменьшалось. Субъективныя же ощущенія больной, какъ то: наличность выдѣленія, а равно присутствіе запаха, совершенно почти исчезли съ первыхъ моментовъ послѣ операціи.

Больная отпущена на родину съ совѣтомъ продолжать промыванія и, спустя нѣсколько мѣсяцевъ, извѣстить меня о своемъ состояніи письмомъ.

Черезъ годъ послѣ этого я получилъ извѣстіе отъ пользовавшаго ее дальше врача, что страданіе Гайморовой полости съ тѣхъ поръ у нея не возобновлялось, и что больная сама склонна не заживлять сдѣланнаго ей въ Гайморовой полости свища, въ виду тревожащихъ ее опасеній рецидива страданія.

XXIX.

(№ 884). Г-нъ В. Д. Л., 35 лѣтъ, холостой, офицеръ, житель Петербурга, явился ко мнѣ по совѣту пользовавшаго его ринолога съ просьбой произвести ему трепанацию Гайморовой по-

лости на правой сторонѣ. Жалуется на боли, захватывающія правую половину лица, довольно интенсивныя, бывающія приступами. Особыхъ выдѣленій изъ носовой полости не замѣчалъ, хотя часто страдалъ полипами, которые ему были удаляемы врачами. Полипы эти главнымъ образомъ были на правой сторонѣ. Зубы всегда содержалъ въ порядкѣ, старался заблаговременнымъ пломбированіемъ беречь ихъ отъ разрушенія.

17/ VII 1899 г. Status praesens: Больной прекраснаго питанія и тѣлосложенія. Никакой припухлости наружныхъ покрововъ, ни костей челюсти не замѣчается. Зубы дѣйствительно всѣ здоровы, если не считать повидимому небольшихъ дефектовъ, запломбированныхъ амальгамой (въ заднихъ зубахъ). При изслѣдованіи носа слизистая оболочка на обѣихъ сторонахъ нѣсколько припухшая и покраснѣвшая. Полиповъ мною не замѣчено. Выдѣленіе гноя или, скорѣе сказать, слизи дѣйствительно имѣется въ среднемъ носовомъ ходѣ, и расположеніе ея отвѣчаетъ краю средней раковины. Одинаковая почти картина получается какъ на правой, такъ и на лѣвой сторонѣ. При просвѣчиваніи никакого затемнѣнія не обнаружено. Въ виду этихъ данныхъ, я высказался противъ существованія у больного эмпиемы Гайморовой полости и только, по настоянію больного, желавшаго избавиться отъ давно мучившихъ его болей, произведена была трепанациа Гайморовой полости на правой сторонѣ, для каковой предварительно былъ удаленъ первый верхній большой коренной зубъ. Послѣ трепанациі предположеніе мое подтвердилось: гноя въ Гайморовой полости не оказалось, почему больному произведено было заживленіе сдѣланнаго свища.

XXX.

(№ У.) Г-нъ К., врачъ, 34 лѣтъ, житель Петербурга, явился ко мнѣ съ жалобой на существованіе у него лѣвосторонняго гайморита, по поводу какового страданія и произведена ему была въ одной изъ больницъ Петербурга попытка вскрыть Гайморову полость сквозь альвеолярный отростокъ помощью троакара. Попытка эта была крайне болѣзненной и не увѣнчалась желаемымъ успѣхомъ, т. к. Гайморову полость вскрыть не удалось. Нынѣ онъ явился съ просьбой произвести ему эту же трепанацию помощью бормашины, такъ какъ онъ предполагаетъ, что ему легче будетъ перенести операцію, произведенную этимъ путемъ.

При разспросѣ больного выяснилось, что у него имѣется зловонное отдѣленіе изъ лѣвой ноздри уже около двухъ—трехъ мѣсяцевъ, причемъ страданіе это развилось непосредственно почти на заболѣваніемъ верхняго кореннаго зуба. Зубъ этотъ былъ чувствителенъ къ давленію и постукиванію, хотя флюса не было;

вскорѣ послѣ того, какъ зубныя боли прошли, у него появилось отдѣленіе изъ носу. Главными болями не страдалъ, а также и нынѣ никакихъ невралгій, которыя бы локализовались въ области глаза, онъ не замѣчалъ. Зубамъ своимъ почти никогда не удѣлялъ особеннаго вниманія и за состояніемъ ихъ не слѣдилъ.

3/у 1899 г. Status praesens: Наружной опухоли лица нѣтъ. Въ полости рта при изслѣдованіи на мѣстѣ, повидимому, недавно удаленнаго лѣваго перваго большого коренного зуба имѣется рана десенъ, нынѣ уже подживающая. При зондированіи альвеолы попасть зондомъ сквозь кость въ Гайморову полость не удалось. Изслѣдованіе носа произведено не было,—дабы облегчить по возможности больному (самому врачу) процедуру изслѣдованія,—пришлось ограничиться лишь однимъ просвѣчиваніемъ, которое дало вполне положительный результатъ; на лѣвой сторонѣ имѣлось столь значительное затемненіе со всѣми присущими ему симптомами, что, на основаніи одного уже этого, я съ значительной дозой вѣроятности остановился на предположеніи эмпиемы лѣвой Гайморовой полости и предложилъ больному сейчасъ же произвести трепанцію, сквозь небную альвеолу перваго большого коренного зуба; тѣмъ же сверломъ, при помощи бормашины, безо всякаго труда очень быстро и безболѣзненно вскрыта была Гайморова полость. При послѣдующемъ промываніи, вышло громадное количество рѣзко зловоннаго гноя и больному назначено было явиться для промыванія.

Въ послѣдующіе дни 4, 5 и 6 мая дѣлались промыванія Гайморовой полости, причемъ съ каждымъ разомъ выходило все меньшее и меньшее количество гноя. Субъективныя ощущенія больного улучшились почти моментально послѣ операции. Выдѣленія изъ носу прекратились, равно какъ и потерялся бывший непріятный запахъ: такъ какъ къ этому времени изготовленъ уже былъ протезъ для покрытія Гайморовой полости, то больной отпущенъ былъ домой съ совѣтомъ дѣлать промыванія на дому. Черезъ нѣсколько дней больной явился обратно ко мнѣ съ жалобой на то, что промыванія его крайне затруднились, что жидкость впрыскивается въ Гайморову полость съ значительнымъ трудомъ и выходитъ изъ носу лишь по каплямъ. На основаніи прежде бывшихъ у меня подобнаго рода случаевъ я рѣшилъ, что у него въ верхней своей части трепанціонный каналъ не достаточно широкъ и рѣшилъ сейчасъ же трепаномъ вторично пройти по его просвѣту, съ цѣлью его расширить. Однако при примѣненіи бора я свободно прошелъ по всему каналу въ Гайморову полость безъ всякаго затрудненія. Когда же я сталъ послѣ этого промывать пазуху теплымъ борнымъ растворомъ, то въ началѣ мнѣ дѣйствительно пришлось встрѣтиться съ нѣкоторымъ

затрудненіемъ, которое, однако, къ концу промыванія совершенно почти прошло. Предполагая, что быть можетъ самъ больной не можетъ дѣлать хорошо этихъ промываній, не имѣя же при себѣ родныхъ, онъ не въ состояніи поручить кому-нибудь это, я предложилъ ему посѣщать меня нѣкоторое время для производства этихъ промываній у меня.

Въ теченіи слѣдовавшей затѣмъ цѣлой недѣли я производилъ ему эти промыванія, причемъ послѣднія шли довольно гладко, по временамъ лишь нѣсколько затрудняясь. Въ виду моего отъѣзда я передалъ больного товарищу, который въ теченіе слѣдовавшаго за этимъ временемъ мѣсяца производилъ ему промываніе Гайморовой полости. Такъ какъ всѣ явленія бывшаго у него гайморита прошли, то, спустя это время, приступлено было къ заживленію полости, что и произведено съ успѣхомъ. Въ дальнѣйшемъ больной ко мнѣ не возвращался, хотя при встрѣчахъ съ нимъ, спустя года два послѣ операции, я узналъ изъ его словъ, что страданіе Гайморовой полости у него не возобновлялось.

XXXI.

(№ 743). Г-нъ А. П., 40 лѣтъ, женатый, адвокатъ, житель Вязьмы, явился ко мнѣ съ жалобой на давнишній гайморитъ, по поводу котораго ему была сдѣлана трепанція, причемъ со времени операции прошло уже 7 лѣтъ. Нынѣ онъ хотѣлъ бы заживить свищъ, ведущій въ Гайморову полость, между тѣмъ какъ гноетеченіе изъ полости за всѣ эти 7 лѣтъ совершенно не прекращалось ни разу. Хотя и были свѣтлые промежутки, тянувшіеся нѣсколько недѣль и даже мѣсяцевъ, тѣмъ не менѣе отъ времени до времени, въ особенности послѣ насморка, процессъ рѣзко обострялся, количество гноя значительно увеличивалось, равно какъ нерѣдко появлялся въ выдѣленіи и запахъ. Главная цѣль его посѣщенія—узнать, что поддерживаетъ все время продолжающееся нагноеніе, и нѣтъ ли возможности заживить ведущій въ Гайморову полость свищъ.

14/99 года. Status praesens. При осмотрѣ носовой полости какъ на здоровой, такъ и на больной сторонѣ слизистая оболочка найдена почти нормальной. Отдѣленія гноя почти нѣтъ. При просвѣчиваніи же имѣется довольно значительное затемненіе на правой сторонѣ, на которую больной указываетъ въ своихъ жалобахъ. Въ альвеолярномъ отросткѣ правой стороны имѣется небольшой серебрянный дренажъ, сквозь который больной дѣлалъ обыкновенно промыванія Гайморовой полости. Въ это его посѣщеніе такое же промываніе произведено было мною, причемъ въ промывныхъ водахъ получено было нѣкоторое количество сли-

зисто-гнойныхъ комковъ. При зондированіи полости сквозь свищъ ощутить гдѣ либо обнаженную кость или какое-либо постороннее тѣло не удалось; повсюду зондъ ощущаетъ кость, покрытую мягкою тканью, причемъ послѣ зондирования получается значительное кровотеченіе. Больному предложено было сдѣлать трепанацию Гайморовой полости сквозь *fossa canina* съ тѣмъ, чтобы полость выскабливать и, такимъ образомъ, добиться полного прекращенія заболѣванія, но въ виду того, что и послѣ подобнаго рода операціи я не могъ больному гарантировать, что онъ будетъ избавленъ отъ свища, (хотя свищъ послѣ этой операціи будетъ помѣщаться уже въ другомъ мѣстѣ), больной на операцію не согласился, рѣшивъ оставить все въ прежнемъ состояніи, тѣмъ паче, что послѣднее причиняетъ ему немного безпокойства. Главная его мысль касается лишь того, не будетъ-ли распространяться процессъ дальше и не вызоветъ-ли некроза кости.

XXXII.

(№ 1041). Г-нъ З. И., 27 лѣтъ, женатый, чиновникъ, житель Бессарабіи. 5/х 1899 г. присланъ ко мнѣ изъ клиники профессора Ратимова для изготовленія ему obturatora на отверстіе, ведущее въ Гайморову полость. Больной недавно перенесъ операцію, — удаленія кисты Гайморовой полости, послѣ которой остался небольшой свищъ, ведущій въ пазуху. Приступивъ къ изготовленію obturatora, я предварительно изслѣдовалъ полость рта больного и, въ виду особаго интереса, рѣшилъ присоединить его къ описаннымъ мною случаямъ. У больного имѣлся пораженный каріезомъ съ послѣдующей гангреной мякоти, второй рѣзецъ верхней челюсти на правой сторонѣ. Въ области рѣзца у корня послѣдняго развилась киста, которая черезъ костныя стѣнки проложила себѣ путь въ Гайморову полость. Къ сожалѣнію, я не наблюдалъ больного передъ операціей и потому ничего не знаю о тѣхъ явленіяхъ, которыя сопровождали это заболѣваніе вначалѣ. Въ моментъ поступленія больного подъ мое наблюденіе изъ лунки второго рѣзца, послѣ его удаленія, зондомъ можно было проникнуть прямо въ Гайморову полость. Я произвелъ ему промываніе Гайморовой полости, причемъ изъ полости не выдѣлилось совершенно ни капли гноя. Послѣ этого изслѣдованія, я снялъ слѣпокъ больному и, спустя нѣсколько дней, изготовилъ obturatorъ для Гайморовой полости, съ которымъ больной и уѣхалъ на родину.

XXXIII.

(№ 1021). Г-жа К. В., дѣвица, 27 лѣтъ, занимается хозяйствомъ; жительница Петербурга, явилась ко мнѣ съ жалобами на длящійся уже нѣсколько мѣсяцевъ насморкъ съ зловоннымъ отдѣ-

ляемымъ. Насморкъ этотъ придерживается по преимуществу лѣвой ноздри. Выдѣленія при наклоненіи головы впередъ усиливаются, равно усиливаются и при лежаніи на здоровой сторонѣ. Отдѣленія изъ носу довольно обильны, такъ что ей приходится ежедневно изупотребить нѣсколько платковъ. Зубами страдала мало, хотя имѣетъ нѣсколько разрушенныхъ зубовъ. 6/х 99 г. Status praesens. При изслѣдованіи полости рта, на лѣвой сторонѣ обнаруженъ сильно разрушенный каріезомъ второй малый коренной зубъ. Въ его коронкѣ видны остатки пломбы, подъ которой каріезъ повидимому прошелъ въ глубь зуба. Удаливши эти части пломбы, я могъ проникнуть зондомъ въ пульпарную полость, причемъ мною не обнаружено было никакой чувствительности. Зондъ, извлеченный изъ полости, издавалъ отвратительный запахъ. Самъ зубъ къ впрыскиванію холодной и горячей воды оказался совершенно нечувствительнымъ. Къ постукиванію и давленію зубъ тоже не обнаружилъ ясно выраженной чувствительности. Изслѣдованіе носа дало на лѣвой сторонѣ довольно значительное количество гноя въ среднемъ носовомъ ходѣ, причемъ замѣчено было, что слизистая оболочка носовой полости повсюду почти припухла и гипертрофирована. Въ области средней раковины видно нѣсколько полиповъ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, получилось довольно рѣзкое затемнѣніе на лѣвой сторонѣ, въ виду чего установленъ былъ діагнозъ лѣвосторонней эмпіемы Гайморовой полости, и больной предложено было удаленіе малаго коренного зуба для послѣдующей операціи. Въ тотъ же день малый коренной былъ удаленъ и черезъ три дня приступлено къ операціи.

9/х. Копіевиднымъ боромъ, вставленнымъ до дна альвеолы второго малаго коренного зуба, произведена была трепанация Гайморовой полости, длившаяся очень непродолжительное время и, по заявленію больной, бывшая совершенно безболѣзненной. Вслѣдъ за трепанацией выдѣленія гноя въ полость рта замѣчено не было. При промываніи изъ носу выдѣлилось довольно значительное количество гноя съ крайне неприятнымъ запахомъ. Послѣ промыванія снятъ былъ слѣпокъ для изготовленія obturatora.

На другой день 10/х, сдѣлано промываніе полости, причемъ выдѣлилось небольшое количество гноя. Субъективныя ощущенія больной значительно улучшились, и съ момента операціи она, по ея словамъ, чувствуетъ себя совсѣмъ здоровой. 11/х. Вставленъ obturatorъ, больной поручено дѣлать промыванія самой.

Въ дальнѣйшемъ больная исчезла изъ подъ моего наблюденія и получить отъ нея какихъ-либо свѣдѣній не удалось.

XXXIV.

(К. Е. П.). Г-нъ С. К., 60 лѣтъ, торговецъ, житель Петербурга, явился ко мнѣ въ амбулаторію Еленинскаго Института съ жалобой на постоянныя пахучія выдѣленія изъ носа и закладываніе носа на правой сторонѣ. Головными болями совсѣмъ не страдаетъ, хотя отъ времени до времени у него бываютъ боли правой половины лица въ области глазницы. Зубамъ своимъ никогда вниманія не удѣлялъ, не пломбировалъ ихъ и лишь, въ случаѣ болей, прибѣгалъ къ экстракціи.

11/1 1900 года. Status praesens. Больной прекраснаго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія. Опухоли лица нѣтъ. При изслѣдованіи носа, произведенномъ въ амбулаторіи Еленинскаго Института по горловымъ и носовымъ болѣзнямъ, обнаружено присутствіе гнойной капли подъ средней раковиной и значительное количество полиповъ въ правой половинѣ носовой полости. По предположенію изслѣдовавшаго спеціалиста, у больного имѣется правосторонній Гайморитъ. При изслѣдованіи рта обнаружено, что первый большой коренной на правой сторонѣ сильно разрушенъ каріезомъ, и имѣется гангрена мякоти. Къ постукиванію и давленію зубъ не чувствителенъ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, получается очень рѣзкое затемнѣніе на правой сторонѣ. Въ виду этихъ данныхъ, установленъ діагнозъ правосторонней эмпіемы Гайморовой полости, и въ тотъ же пріемъ больному удаленъ первый большой коренной зубъ на правой сторонѣ. Сейчас же послѣ удаленія приступлено къ трепанациі, такъ какъ больной, дорожа временемъ, просилъ произвести ее скорѣе. Для трепанациі боръ вставленъ въ небную лунку, и ему дано направленіе нѣсколько кнаружи. При трепанациі пришлось пройти довольно толстый слой кости, отдѣлявшій дно альвеолы отъ Гайморовой полости. Мнѣ впервые пришлось встрѣтиться съ такимъ толстымъ слоемъ кости, и на нѣкоторое время у меня даже явилось предположеніе, что мною неправильно установленъ боръ, и что я могу миновать Гайморовую полость. Вынувъ боръ изъ альвеолы, я вторично провѣрилъ правильность его постановки и вновь приступилъ къ продолженію операціи; послѣ нѣсколькихъ еще оборотовъ колеса бормашины, боръ, наконецъ, проникъ въ полость. Сейчас же введена была серебряная дренажная трубка, и произведено промываніе Гайморовой полости теплымъ борнымъ растворомъ, давшее очень значительное количество гноя съ довольно рѣзкимъ запахомъ. Послѣ промыванія снятъ слѣпокъ для изготовленія абтуратора, и больной съ канюлей, просвѣтъ которой былъ закрытъ ватой, отпущенъ домой.

Черезъ два дня, 18/1, сдѣлано промываніе Гайморовой полости; вышло небольшое количество гноя. По словамъ больного, состояніе его улучшилось, и носъ перестало закладывать. Вставленъ абтураторъ, и больному поручено дѣлать промыванія самому.

Къ сожалѣнію и этотъ больной, мало интеллигентный, на долгое время послѣ этого исчезъ изъ подъ наблюденія; онъ явился ко мнѣ лишь черезъ полгода съ жалобой на то, что канюля значительно ослабѣла и легко выпадаетъ изъ трепанационнаго канала при сниманіи пластинки; (такое явленіе ослабѣванія канюли замѣчалось всегда у больныхъ, вскорѣ послѣ операціи, а потому и въ этомъ отношеніи вставляемому абтуратору я придавалъ еще большее значеніе, такъ какъ онъ всегда защищалъ трубку отъ выпаденія въ полость рта, что, конечно, было бы крайне непріятно, а иногда и опасно, какъ на примѣръ во время сна больныхъ).

Я разспросилъ больного относительно явленій, которыя имѣются у него теперь, причемъ онъ мнѣ заявилъ, что бывшія прежде выдѣленія изъ носа совсѣмъ прекратились. Промыванія онъ дѣлаетъ не чаще, чѣмъ разъ въ недѣлю; болей никакихъ теперь нѣтъ. Съ этимъ больной ушелъ и больше ко мнѣ не показывался.

XXXV.

(№ У.). Г-жа Е. В., 34 лѣтъ, замужняя, жительница Петербурга, явилась ко мнѣ съ жалобой на очень безпокоящія ее явленія, развившіяся послѣ недавней экстракціи зуба; по случаю зубной боли ей въ одной изъ лечебницъ Петербурга былъ удаленъ второй малый коренной на правой сторонѣ, причемъ, на мои разспросы, она рассказываетъ, что, вслѣдъ за удаленіемъ зуба, у нея появилось небольшое носовое кровотеченіе изъ правой ноздри, которому ни она, ни пользовавшій ее врачъ не придали особаго значенія. Дня три-четыре спустя послѣ экстракціи зуба, когда бывшія боли уже совершенно прошли, у нея начались изъ правой ноздри выдѣленія гноя съ крайне непріятнымъ „противнымъ“ запахомъ. Предполагая, что болѣзнь зуба распространилась у нея до кости, и что у нея, какъ она выразилась, „гніетъ верхняя челюсть“, она и явилась ко мнѣ за совѣтомъ. Къ изложенному больная прибавляетъ, что со времени начала гноетеченія изъ носа, у нея появились и нѣкоторыя неопредѣленные боли въ правой половинѣ лица, преимущественно въ области глазницы. Опухоли лица не было и нѣтъ и теперь.

4/II 1900 года. Status praesens: Полость рта больной почти со-

вершенно лишена зубовъ; исключая рѣзцовъ верхней и нижней челюсти, всѣ другіе зубы отсутствуютъ и кое гдѣ имѣются совершенно разрушенные корни. На правой сторонѣ, соответственно мѣсту расположенія второго малаго коренного, виднѣется сравнительно свѣжая рана, указывающая на мѣсто извлеченнаго зуба. Альвеола совсѣмъ почти не выполнена кровянымъ сверткомъ, пуста; въ ней видны бѣловатыя частицы пищи. По стѣнкѣ альвеолы кое-гдѣ въ видѣ нитей располагаются обрывки кровяного сгустка. Вата, которой протерта внутренняя поверхность альвеолы, издаетъ непріятный гнилостный запахъ. Зондъ, введенный въ альвеолу, свободно проникаетъ въ Гайморову полость. Въ виду установленнаго, такимъ образомъ, несомнѣннаго сообщенія Гайморовой полости съ полостью рта, больной помощью бора и бор-машины расширенъ былъ ходъ, ведущій въ Гайморову пазуху, и сквозь него промыта полость.

Вышло довольно значительное количество зловоннаго гноя. Больной вставленъ серебряный дренажъ, снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora, и больная отпущена съ просьбой приходить для промываній. Съ 5-го по 8-е ежедневно дѣлались промыванія Гайморовой полости, причемъ количество гноя было очень не большое. Первые дни онъ содержалъ еще запахъ, а затѣмъ и этотъ послѣдній исчезъ. Больной вставленъ былъ obturatorъ и данъ совѣтъ промывать полость самой. Что же касается ея субъективныхъ ощущеній, то, послѣ перваго уже промыванія, она стала чувствовать себя вполне хорошо, такъ какъ ни выдѣленій гноя у нея не было, и не приходилось ей ощущать прежняго непріятнаго запаха.

Я просилъ больную показаться черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, и черезъ мѣсяцъ уже она пришла ко мнѣ съ заявленіемъ, что всѣ бывшія у нея прежде явленія и ощущенія исчезли совершенно, и потому она желала бы заживить полость. Ей удалена была дренажная трубка, каналъ выскобленъ острой ложечкой и въ теченіе недѣли дѣлались ежедневныя перевязки іодоформенной ватой. Спустя недѣлю, наружное отверстіе свища смазано іодомъ, и больная отпущена домой.

Черезъ мѣсяцъ я вновь видѣлъ больную, причемъ сообщеніе между Гайморовой и ротовой полостью у нея закрылось вполне. Вода при полосканіяхъ рта въ носъ не попадала, а также нельзя было продуть воздухъ изъ полости рта въ носъ. Я просвѣтилъ Гайморову полость больной, причемъ обѣ стороны просвѣчивали совершенно одинаково.

Спустя годъ послѣ этого, я имѣлъ случай видѣть больную, пришедшую ко мнѣ для вставленія искусственныхъ зубовъ и узналъ отъ нея, что болѣзнь болѣе не возобновлялась.

XXXVI.

(№ 1089). Г-жа М. Л., 21 года, дѣвица, бонна, жительница Петербурга, явилась ко мнѣ съ жалобами на своеобразныя ощущенія со стороны носовой полости, тянущіяся уже около мѣсяца и выражающіяся какъ появленіемъ значительнаго количества выдѣленій, такъ и постояннымъ закладываніемъ носового хода на одной сторонѣ. Выдѣленія, которыя она стала замѣчать, крайне беспокоятъ ее, такъ какъ имѣютъ непріятный запахъ, ощущаемый какъ ею, такъ и окружающими. Головными болями страдаетъ давно, раньше еще появленія у нея заболѣванія носа и точно не можетъ сказать, чтобы со времени послѣдней болѣзни онѣ сколько нибудь усилились. За зубами своими совсѣмъ не ухаживала и до сихъ поръ къ консервативному леченію ихъ не прибѣгала, хотя страдала и зубными болями и флюсами, преимущественно на лѣвой сторонѣ. Послѣднее свое заболѣваніе она тоже связываетъ съ предшествовавшимъ флюсомъ, такъ какъ, вскорѣ послѣ исчезновенія опухоли, появилось выдѣленіе изъ носу.

^{31/1} 1900 года. Status praesens: больная высокаго роста, прекраснаго тѣлосложенія и питанія. Опухоли на лицѣ не замѣчаются, а также нѣтъ и инфильтрата мягкихъ частей подъ arcus zygomaticus. Кости верхней челюсти къ постукиванію и давленію не чувствительны. Въ области лѣвой глазницы болевыхъ точекъ не найдено. Въ полости рта большинство зубовъ совершенно здоровы, нѣсколько верхнихъ поражены поверхностными степенями каріеса, и только второй малый коренной и первый большой коренной на лѣвой сторонѣ поражены глубокимъ каріезомъ, проникающимъ до пульпарной полости, при чемъ, при изслѣдованіи, какъ въ томъ, такъ и въ другомъ зубѣ, обнаружена полная гангрена мякоти, сказывающаяся и отсутствіемъ чувствительности къ температурнымъ колебаніямъ, и отсутствіемъ чувствительности къ зондированію. Полость коронковой пульпы наполнена гнилостнымъ распадомъ. Припухлости альвеолярнаго отростка, соответственно даннымъ зубамъ, нѣтъ. Десны нормальны и не покраснѣли. При изслѣдованіи полости носа, при совершенно нормальной слизистой оболочкѣ праваго носового хода, на лѣвой сторонѣ найдена значительная припухлость и покраснѣніе слизистой. Въ среднемъ носовомъ ходѣ нѣсколько полиповъ, при чемъ какъ поверхность ихъ, такъ и поверхность раковинъ покрыта желтозеленоватымъ гноемъ. Гной какъ-будто вытекаетъ изъ средняго носового хода. При стираніи его и наклоненіи головы больной впередъ, капля гноя появляется подъ средней раковиной. При просвѣчиваніи Гай-

моровой полости найдено полное затемнение на левой стороне, выраженное очень резко. (Больная эта была показана в С.-Петербургском Зубоврачебном Обществе при демонстрации лампочки автора).

Диагноз: Empyema antri Highmori sinistri chronica.

31/I 1900 года. Удален первый большой коренной верхней слѣва и 1/II удален верхний малый коренной второй слѣва.

6/II. Сдѣлана трепанация Гайморовой полости из лунки первого большого коренного, причем, по обыкновению, боръ вставленъ въ небную альвеолу, и при помощи бормашины вскрыта Гайморова полость. Сейчас же послѣ вскрытія введена серебряная канюла, причемъ выделение гноя въ полость рта не произошло; сдѣлано промывание Гайморовой полости теплымъ борнымъ растворомъ, и черезъ носъ выдѣлилось громадное количество зловоннаго гноя. Снять слѣпокъ для изготовленія obturatora.

7/II. Промывание Гайморовой полости. Вышло небольшое количество гноя, имѣвшаго довольно резкій запахъ. Субъективные ощущения больной значительно улучшились, и прежняго закладывания носа въ продолжение послѣднихъ сутокъ она совершенно не ощущала.

8/II. Промывание.

9/II. Надѣтъ obturatorъ Гайморовой полости.

Черезъ полгода больная явилась ко мнѣ для консультаціи, причемъ выяснилось, что всѣ бывшія прежде ощущения у нея исчезли совершенно. Промывание Гайморовой полости она дѣлаетъ теперь не больше раза въ недѣлю, при чемъ изъ полости гной совсѣмъ не выдѣляется. Данъ совѣтъ не заживлять полость, въ виду возможности рецидива.

Больная не считаетъ тягостнымъ ношеніе канюлы и obturatora.

XXXVII.

(№ 1090). Г-жа Ф. Т., 39 лѣтъ, служитъ въ конторѣ, жительница Петербурга, явилась ко мнѣ по поводу правосторонняго гайморита, диагностированнаго у нея специалистомъ носовыхъ болѣзней. На разспросы отвѣчаетъ, что въ теченіе полугода, а можетъ и больше, страдаетъ гноетечениемъ изъ носа, имѣющимъ ту непріятную сторону, что выдѣляющійся гной издаетъ крайне противный запахъ. Головными болями не страдаетъ почти совершенно, хотя нѣкоторыя боли вокругъ правой глазницы, а равно ощущения какой-то тупой тяжести на правой сторонѣ случаются у нея отъ времени до времени. Выделения изъ носу при наклонѣ головы внизъ усиливаются, при чемъ какъ всегда гной выдѣляется

главнымъ образомъ изъ правой ноздри. Зубовъ не лечила вовсе и зубными болями страдала мало.

8/II 1900 года. Status praesens: больная слабая, плохого тѣлосложенія и питанія, блѣдная, анемичная. Полость рта находится у нея повидимому въ полномъ пренебреженіи, такъ какъ, наряду съ массою каріозныхъ зубовъ, и остающіеся непораженными покрыты большимъ количествомъ налета и зубного камня. На разспросы больная сознается, что совершенно не чиститъ своихъ зубовъ. Какъ въ верхней, такъ и въ нижней челюсти задніе большіе и малые коренные разрушены почти до основанія коронки каріезомъ и отъ нихъ остались одни корни. Мѣстами послѣдніе удалены. При изслѣдованіи носа, на правой сторонѣ средней носовой ходъ представляется выполненнымъ значительнымъ количествомъ полиповъ. Изъ среднего носового хода выдѣляется гной, имѣющій довольно резкій запахъ, который ощущается даже при разговорѣ съ больной. Гной выдѣляется изъ подъ средней раковины, въ чемъ свободно можно убѣдиться стираниемъ гноя и наклоненіемъ головы больной внизъ. При просвѣчиваніи на правой сторонѣ получается резкое затемнение подглазничнаго полукруга, сопровождающееся затемнениемъ зрачка на правой сторонѣ, а равно и отсутствіемъ на той же сторонѣ субъективныхъ ощущений свѣта. Больной, въ виду наличности этихъ данныхъ, предложена трепанация Гайморовой полости.

8/II 1900 года. Удален первый большой коренной на правой сторонѣ и больной назначено явиться черезъ три дня для операціи.

11/II 1900 года. Помощью бора и бормашины вскрыта Гайморова полость на правой сторонѣ, причемъ при промываніи теплымъ борнымъ растворомъ черезъ носъ выдѣлилось значительное количество зловоннаго комковатаго гноя.

12/II 1900 года. Сдѣлано промывание Гайморовой полости, выдѣлилось громадное количество гноя, имѣющаго запахъ. Больная заявляетъ, что съ момента операціи чувствуетъ себя гораздо лучше. Прежнихъ выделеній не замѣчаетъ, равно какъ и не чувствуетъ почти совершенно бывшаго у нея запаха.

15/II. Промыта Гайморова полость; гноя выдѣлилось немного. Надѣтъ obturatorъ.

20/III 1900 года. Больная явилась для осмотра, причемъ обнаружено, что Гайморова полость почти совершенно не содержитъ гноя, не смотря на то, что больная стала дѣлать промыванія рѣже (черезъ два дня на третій). Данъ совѣтъ промывать еще въ продолженіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ борной кислотой и перекисью водорода и явиться черезъ два, три мѣсяца для осмотра.

Въ маѣ того же года я видѣлъ больную, причемъ прежнія ощущения у нея совершенно уже исчезли и забылись и она чувствуетъ себя совершенно здоровой.

Промыванія дѣлаетъ разъ въ недѣлю и сама желаетъ оставить существующій у нея свищъ, такъ какъ боится рецидива заболѣванія.

XXXVIII.

(№ 1204). Г-нъ К. Г., 39 лѣтъ, приказчикъ, житель Петербурга, явился ко мнѣ съ жалобами на закладываніе носа на лѣвой сторонѣ, а равно выдѣленіе изъ носа (по преимуществу изъ правой ноздри) зловоннаго гноя. Гной выдѣляется въ довольно значительномъ количествѣ, требуетъ нѣсколькихъ платковъ въ день, усиливается при нагибаніи больного и при лежаніи на здоровой сторонѣ. Головными болями не страдалъ и не страдаетъ, равно какъ вовсе не болѣлъ зубами, хотя многіе у него испорчены. Флюсовъ не было или по крайней мѣрѣ онъ ихъ не помнитъ.

³⁰/III 1900. Status praesens: При изслѣдованіи полости рта, на ряду со многими совершенно здоровыми зубами, хотя и обложенными значительнымъ количествомъ налетовъ и зубного камня, замѣчается первый большой коренной на лѣвой сторонѣ, разрушенный каріезомъ, причемъ полость коронковой мякоти открыта и при проникновеніи въ нее зонда не обнаруживаетъ никакой чувствительности. Вынутый зондъ издаетъ непріятный запахъ. Зубъ къ постукиванію и давленію не чувствителенъ, припухлости надъ нимъ, равно какъ измѣненія контура альвеолярнаго отростка не обнаружено. Изслѣдованіе полости носа у этого больного произведено не было, и для установки діагноза я прибѣгъ только къ просвѣчиванію Гайморовой полости. При этомъ на лѣвой сторонѣ было обнаружено столь рѣзкое затемнѣніе, до такой степени отличавшее лѣвую сторону отъ правой при просвѣчиваніи, что на основаніи этого одного только эффекта я установилъ діагнозъ лѣвосторонней хронической эмпіемы Гайморовой полости.

Въ тотъ же день, ³⁰/III 1900 года больному удаленъ былъ первый большой коренной зубъ, чтобы освободить путь для производства трепанации.

¹/IV 1900 г. Произведено вскрытіе Гайморовой пазухи при помощи копьевиднаго бора, приспособленнаго къ бормашинѣ. Операция вскрытія полости длилась очень малый промежутокъ времени и совершенно не была, по заявленію больного, болѣзненной. Сдѣланное тутъ же послѣ трепанации промываніе дало значительное количество зловоннаго гноя.

³/IV. Сдѣлано промываніе полости, выдѣлилось небольшое количество гноя, сохранившаго запахъ.

⁴/IV. Опять промываніе Гайморовой полости, давшее нѣкоторое количество гноя, безъ особаго запаха. Вставленъ obturatorъ

и больному данъ совѣтъ придти ко мнѣ черезъ мѣсяцъ, причемъ ему даны наставленія дѣлать промыванія теплымъ борнымъ растворомъ ежедневно.

Ко дню послѣдняго промыванія у больного исчезли совершенно прежнія ощущенія. Правый носовой ходъ сталъ проходимъ для воздуха, количество же выдѣленій изъ него стало совершенно ничтожнымъ.

²⁰/V. Больной явился ко мнѣ для осмотра, причемъ, при произведенномъ ему промываніи, гноя въ промывныхъ водахъ почти не было; лишь вымыто было нѣсколько слизистыхъ комковъ. За отъѣздомъ на лѣто, я предложилъ больному придти ко мнѣ въ сентябрѣ.

При промываніи ¹⁵/IX того же года гноя въ промывныхъ водахъ опять не обнаружено, и въ виду этого я посовѣтовалъ больному, тяготившемуся присутствіемъ obturatorа и канюли, произвести заживленіе полости, что и сдѣлалъ ему, ожививъ края свища и продѣлавъ нѣсколько іодоформенныхъ перевязокъ. Недѣли двѣ спустя, свищъ закрылся, и исчезло сообщеніе между Гайморовой и ротовой полостью.

XXXIX.

(№ 1370). Г-нъ А. Б., 31 года, служащій въ казенной винной лавкѣ, житель Петербурга, явился ко мнѣ съ жалобой на имѣющійся у него правосторонній Гайморитъ. По его разсказу, Гайморитъ этотъ установленъ у него ринологомъ, который съ лечебной цѣлью производилъ просверливаніе Гайморовой полости изъ полости рта. Послѣ просверливанія ему вставлена была трубка для промыванія, и врачъ началъ нагнетать съ помощью клизопомпы какую то жидкость для промыванія.

При первыхъ же нагнетательныхъ движеніяхъ врача онъ почувствовалъ очень рѣзкую боль, и тутъ же у него сильно вспухла щека. Промыванія сейчасъ же были прекращены и больше не возобновлялись; тѣмъ не менѣе ощущенія, которыя у него были до прихода къ врачу, остались у него и понынѣ. Опухоль же, появившаяся сейчасъ-же послѣ первыхъ попытокъ промыванія, держалась около шести дней и прошла безслѣдно. Нынѣ онъ пришелъ съ жалобами на тѣ же ощущенія, какія онъ имѣлъ и до попытки промыванія его Гайморовой полости. Жалобы эти сводятся къ ощущенію постояннаго закладыванія носа на правой сторонѣ и къ появленію изъ ноздри періодическаго выдѣленія гноя съ присутствіемъ ему крайне непріятнымъ запахомъ. Головными болями страдаетъ часто, главнымъ образомъ по вечерамъ. За зубами своими не слѣдитъ, не чиститъ ихъ, пломбировать ихъ ему не приходилось.

20/iv 1900 г. Status praesens. Больной среднего роста, довольно хорошо упитанъ, хорошаго тѣлосложенія. Измѣненій въ тканяхъ щеки, которыя бы выражались припухлостью ея или, тѣмъ паче, припухлостью или раздвиганіемъ костей верхней челюсти, совершенно не обнаружено. При изслѣдованіи носа видно значительное количество гноя въ среднемъ носовомъ ходѣ на правой сторонѣ и покраснѣніе и припухлость слизистой оболочки на этой же сторонѣ; на лѣвой, хотя тоже имѣется нѣкоторая краснота и припухлость слизистой, гноя почти совсѣмъ нѣтъ. При стирании гноя ваткой можно замѣтить, что онъ снова появляется, по истеченіи нѣкотораго времени, изъ подъ средней раковины. При изслѣдованіи полости рта обнаружено значительное разрушеніе кариесомъ многихъ зубовъ, при чемъ второй малый коренной на правой сторонѣ пораженъ гангреной мякоти со всѣми присущими ей симптомами; лѣвые какъ большіе коренные зубы, такъ и первый малый коренной или совсѣмъ здоровы, или поражены лишь поверхностными степенями кариеса, не проникающими до пульпы. Первый большой коренной на правой сторонѣ отсутствуетъ; и здѣсь, по показаніямъ больного, ему была сдѣлана первая операція. При просвѣчиваніи получилось полное затемнѣніе на правой сторонѣ. Установивъ діагнозъ правосторонней хронической эмпіемы Гайморовой полости, я предложилъ больному извлечь и второй малый коренной зубъ, такъ какъ, при наличности въ немъ гангрены мякоти, могъ предполагать, что онъ будетъ поддерживать гнойное воспаленіе въ полости. Несмотря на неудачную, бывшую уже попытку операціи, больной согласился на удаленіе и на трепанированіе Гайморовой полости, такъ какъ ощущенія, какими сопровождалось это заболѣваніе, были крайне тягостны.

29/iv 1900 года произведено удаленіе второго малаго коренного на правой сторочѣ.

8/v. Больной явился для операціи. Изъ лунки второго малаго коренного безъ всякаго рѣшительно труда очень быстро и совершенно безболѣзненно вскрыта была Гайморова полость помощью копьевиднаго бора. Сейчасъ же въ трепанационный каналъ вставленъ былъ серебряный дренажъ, и промыта Гайморова полость. Выдѣлилось значительное количество довольно зловоннаго гноя. Больному снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora и временно просвѣтъ канюли закрыть ватой.

9/v. Промываніе Гайморовой полости. Субъективныя ощущенія больного значительно улучшились, и онъ выражаетъ удовольствіе по поводу того, что согласился на операцію. При промываніи выдѣлилось небольшое количество гноя съ непріятнымъ запахомъ.

11/v. Вставленъ obturatorъ и произведено промываніе Гайморовой полости. Выдѣлилось небольшое количество гноя. Больному данъ совѣтъ дѣлать дальнѣйшія промыванія самому.

Черезъ 1/2 года больной явился ко мнѣ для осмотра, при чемъ, при промываніи Гайморовой полости, у него выдѣлилось небольшое количество слизисто-гнойныхъ комковъ. По его разсказу, промыванія онъ дѣлаетъ не больше раза въ недѣлю, причемъ прежнихъ ощущеній совершенно не испытываетъ. При появленіи насморка, который былъ у него нѣсколько разъ, явленія Гайморита обостряются, и тогда промыванія ему приходится дѣлать чаще. Въ настоящее время ни присутствіе канюли, ни obturatora его нисколько не беспокоитъ. Промыванія же онъ дѣлаетъ настолько рѣдко, что и они не являются для него тягостными.

Послѣ этого посѣщенія въ продолженіе трехъ съ половиною лѣтъ я совершенно не видѣлъ больного и только 20/iv 1904 года онъ явился ко мнѣ съ просьбой заживить существующій у него свищъ въ Гайморовой полости. По его заявленію, уже полгода онъ не дѣлалъ совершенно промываній и не ощущалъ въ томъ никакой необходимости. Я произвелъ промываніе, при чемъ промывная вода вышла совершенно чистою безо всякаго содержанія гноя. Въ виду этого я удалилъ канюлю, освѣжилъ края и, сдѣлавъ перевязку проіодоформированнымъ тампономъ, отпустилъ больного, прося его повторять эти перевязки и носить протезъ вплоть до того времени, пока сообщеніе между ротовой полостью и носовой совершенно не прекратится.

XL.

(№ 1635). Г-нъ Я. И., фармацевтъ, 33 лѣтъ, житель Петербурга, 19/x 1900 года явился ко мнѣ съ жалобами на головныя боли и зловонный насморкъ, придерживающійся исключительно лѣвой ноздри. Думаетъ, что боленъ Гайморитомъ. Боленъ недѣли четыре.

19/x 1900 года. Status praesens: больной блѣдный, хорошаго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія. Опухоли лица или припухлости костей верхней челюсти нѣтъ, равно какъ нѣтъ никакой чувствительности верхней челюстной кости къ давленію и постукиванію. При изслѣдованіи носа, на лѣвой сторонѣ замѣчается значительное количество гноя въ среднемъ носовомъ ходѣ. Слизистая оболочка носовой полости припухла и покраснѣла; въ полости рта сильно разрушены кариесомъ первый большой коренной и зубъ мудрости на лѣвой сторонѣ.

При изслѣдованіи обоихъ зубовъ, обнаружена въ нихъ гангрена мякоти, выражающаяся какъ нечувствительностью къ температурнымъ колебаніямъ, такъ и нечувствительностью къ зондированію; полость мякоти обоихъ зубовъ выполнена зловоннымъ детритомъ. Больной заявляетъ, что въ области этихъ зубовъ у

него не разъ бывали флюсы. При просвѣчиваніи Гайморовой полости обнаружено полное затемнѣніе на лѣвой сторонѣ. Установленъ діагнозъ: Empyema antri Highmori sinistri. Удаленъ первый большой коренной зубъ.

²²/х. Произведена трепанация Гайморовой полости помощью копьевиднаго сверла, приспособленнаго къ бормашинѣ. При промываніи получилось громадное количество зловоннаго жидкаго гноя. Снять слѣпокъ для изготовленія obturатора.

²³/х. Произведено промываніе Гайморовой полости; выдѣлилось большое количество жидкаго зловоннаго гноя. Субъективныя ощущенія больного значительно улучшились. Выдѣленіе уменьшилось въ своемъ количествѣ, но ощущеніе непріятнаго запаха осталось и беспокоитъ его попрежнему.

²⁴/х. Промываніе Гайморовой полости дало небольшое количество гноя. Ощущенія больного лучше; запахъ чувствуется меньше.

²⁵/х. Больному вставленъ obturatorъ и даны наставленія промывать Гайморову полость самому. Послѣ этого больной исчезъ изъ подъ моего наблюденія.

¹⁵/III 1901 года онъ явился съ жалобой на рецидивъ заболѣванія; рассказываетъ, что вскорѣ послѣ сдѣланной ему мною трепанации всѣ явленія гайморита у него исчезли, и потому, по совѣту другого врача, онъ рѣшилъ заживить отверстіе, ведущее въ Гайморову полость, что ему и было сдѣлано. Мѣсяца два все было хорошо, какъ вдругъ въ началѣ марта онъ заболѣлъ инфлуенцей и сильнымъ насморкомъ. Вскорѣ онъ поправился; но насморкъ не прошелъ, а сталъ по преимуществу придерживаться лѣвой ноздри и пріобрѣтаетъ прежній зловонный характеръ; проситъ сдѣлать ему вторично трепанацию. При изслѣдованіи, опять обнаружены всѣ явленія лѣвосторонней эмпиемы (значительное затемнѣніе при просвѣчиваніи и присутствіе жидкаго пахучаго гноя въ среднемъ носовомъ ходѣ). Сдѣлана въ тотъ же день трепанация на прежнемъ мѣстѣ, гдѣ къ этому времени всѣ слѣды бывшаго трепанационнаго отверстія исчезли. Вымыто опять громадное количество зловоннаго гноя, опять снятъ слѣпокъ для изготовленія obturатора, который, спустя нѣсколько дней, былъ вставленъ больному. При этомъ слѣдуетъ упомянуть, что второй большой коренной зубъ на лѣвой сторонѣ, къ которому прикрѣплялся протезъ, имѣлъ коническую форму коронки, суживавшуюся по направленію къ жевательной поверхности. Въ виду этого протезъ сидѣлъ на зубѣ не очень плотно и легко соскальзывалъ съ него. Это мною замѣчено было уже при вставленіи перваго протеза, и я обращалъ на это обстоятельство вниманіе больного, прося его быть осторожнымъ при жеваніи, такъ какъ протезъ можетъ соскочить. Мои предупрежденія оказались не

напрасными, такъ какъ ⁹/XI 1902 года больной явился ко мнѣ съ жалобой на то, что, во время пріема какой-то вязкой пищи, онъ совершенно незамѣтно для себя проглотилъ протезъ. Испугавшись этого, онъ тотчасъ же по собственному побужденію принялъ рвотное; но пластинка не вышла. Опасаясь послѣдствій, онъ явился ко мнѣ за совѣтомъ и съ просьбой изготовить новую пластинку. Разспросивъ больного, я узналъ, что за весь истекшій періодъ времени выдѣленія изъ Гайморовой полости у него постоянно продолжались и были всегда довольно обильны, несмотря на то, что промыванія онъ дѣлалъ ежедневно. Я успокоилъ больного относительно опасности со стороны проглоченной пластинки, такъ какъ зналъ, что она невелика по размѣру и, несмотря на присутствіе въ ней золотыхъ кламперовъ, можетъ свободно пройти черезъ кишечный каналъ. Я упрекнулъ больного въ томъ, что онъ безъ совѣта врача принялъ рвотное, такъ какъ, если бы пластинка выдѣлилась съ рвотными массами, то въ просвѣтѣ пищевода своими кламперами она могла бы произвести значительныя пораненія. Я назначилъ ему обволакивающую пищу, пріемъ кашцеобразныхъ веществъ въ большомъ количествѣ въ теченіе двухъ-трехъ дней и потомъ значительный пріемъ слабительнаго. Тутъ же мною снятъ былъ слѣпокъ больному для изготовленія новаго obturатора.

¹¹/XI 1902 года. Я получилъ письмо отъ больного, въ которомъ онъ меня просилъ не изготовлять новой пластинки, такъ какъ проглоченная имъ пластинка вышла, и онъ рѣшилъ пользоваться ею-же въ дальнѣйшемъ.

1903 года ²⁰/VIII больной явился ко мнѣ съ жалобой на то, что у него отломился щитокъ канюли, и послѣдняя, повидимому, проскользнула въ Гайморову полость. Точнаго указанія на это получить изъ разспросовъ больного не удалось, такъ какъ хотя онъ и знаетъ, что вслѣдъ за отломленіемъ щитка онъ пробовалъ извлечь канюлю, но точно не увѣренъ, попала ли она въ Гайморову полость, или была имъ вынута прочь. Это явленіе вполне вѣроятно въ виду того, что больной въ теченіе почти года не вынималъ канюли. Послѣдняя, очевидно, была покрыта значительнымъ количествомъ окиси серебра, такъ какъ щитокъ, сохраненный больнымъ, во многихъ мѣстахъ представлялся изъѣденнымъ. Я посовѣтовалъ больному подвергнуть Гайморову полость Рентгеновскому снимку и, въ случаѣ присутствія канюли въ полости, прибѣгнуть къ операциі сквозъ fossa canina. Эту послѣднюю операцию я посовѣтовалъ ему еще и независимо отъ нахождения канюли въ Гайморовой полости, такъ какъ, въ виду продолжавшихся у него обильныхъ выдѣленій изъ полости, выскабливаніе и очищеніе послѣдней считалъ далеко нелишнимъ.

²⁵/XI 1903 года. Больной явился ко мнѣ и принесть Рентге-

новскій снимокъ, по которому присутствіе канюли въ Гайморовой полости обнаружено не было. Въ виду нежеланія больного подвергнуться новой операции вскрытія Гайморовой полости изъ fossa canina, ему вставлена была новая канюля въ трепанационный каналъ и назначено дѣлать промыванія попрежнему.

XLI.

(№ 1704). Г-нъ К. Л., 52 лѣтъ, учитель, житель Петербурга, явился ко мнѣ, по совѣту пользовавшаго его зубного врача, съ жалобой на ощущеніе постоянного выдѣленія изъ носа, по преимуществу изъ правой ноздри, гноя, имѣющаго запахъ, который хотя и мало, но замѣчается и имъ самимъ. Постоянно ощущаетъ напряженіе и тяжесть въ правой половинѣ щеки, какъ-будто самъ онъ чувствуетъ, что въ кости верхней челюсти у него скопился гной. Головными болями не страдаетъ. За зубами всегда слѣдилъ внимательно и старался ихъ пломбировать.

²²/хІ. Status praesens. Больной высокаго роста, прекраснаго тѣлосложенія и питанія, очень бодрый и живой, несмотря на свои 52 года. Опухоли на лицѣ никакой не замѣчается. Кости челюсти къ давленію и постукиванію нечувствительны. Въ полости рта сохранились всѣ почти зубы, совершенно почти не шатаются и крѣпко сидятъ въ альвеолахъ. Первый большой коренной на правой сторонѣ запломбированъ амальгамой большихъ размѣровъ, къ постукиванію не чувствителенъ. По заявленію больного, флюсовъ въ области этого зуба у него не было. При изслѣдованіи полости носа, на правой сторонѣ замѣтна рѣзкая гипертрофія раковинъ. Слизистая оболочка носового хода покраснѣвшая, мѣстами на ней, равно и на раковинахъ видны въ видѣ нитей полочки слизисто-гнойнаго отдѣляемаго. Отдѣляемое въ обиліи не наполняетъ средняго носового хода. Точкой появленія его опредѣляется нижній край средней раковины. При просвѣчиваніи на правой сторонѣ совершенно рѣзкое затемнѣніе какъ въ области подглазничнаго полукруга, такъ и зрачка.

²²/хІ 1900 года. Удаленъ первый большой коренной на правой сторонѣ. Больному предложена операція вскрытія Гайморовой пазухи.

²⁷/хІ. Сдѣлана трепанція Гайморовой полости помощью копьевиднаго сверла, приспособленнаго къ бормашинѣ. Сквозь вставленный серебрянный дренажъ произведено промываніе Гайморовой полости, при чемъ выдѣлилось большое количество зловоннаго гноя. Снять слѣпокъ для obturatora. Просвѣтъ канюли закрыть ватой.

²⁸/хІ. Промываніе Гайморовой полости; выдѣлилось небольшое количество гноя съ присущимъ ему протѣивнымъ запахомъ.

²⁹/хІ. Промываніе Гайморовой полости; выдѣлилось небольшое количество гноя.

³⁰/хІ. Промываніе Гайморовой полости; вышло небольшое количество гноя, не содержащаго почти запаха.

По заявленію больного, ощущенія тяжести въ щекѣ, бывшія у него раньше, со времени операціи почти совершенно прошли.

Выдѣленія изъ носа замѣтно уменьшились. Больной отпущенъ домой, съ наставленіемъ продолжать промыванія Гайморовой полости.

Черезъ полгода больной явился ко мнѣ съ просьбой заживить отверстіе Гайморовой полости; такъ, втеченіе нѣсколькихъ уже мѣсяцевъ у него совершенно нѣтъ гноя въ промывныхъ водахъ. Канюля мною была удалена, оживлены стѣнки трепанационнаго канала и путемъ перевязокъ въ теченіе двухъ недѣль удалось добиться закрытія свища. Спустя годъ и два года послѣ этого, я видѣлъ больного и бывшее у него страданіе болѣе не возобновлялось.

XLII.

(№ 1694). Г-жа П. К., 25 лѣтъ, жена техника, жительница Петербурга, явилась ко мнѣ съ просьбой удалить ей разрушенные каріезомъ корни верхнихъ и нижнихъ коренныхъ зубовъ, которые своимъ присутствіемъ и часто вызываемыми ими болями и флюсами постоянно беспокоятъ ее.

Въ виду значительнаго количества корней, подлежащихъ удаленію, больной предложенъ былъ хлороформный наркозъ, подъ которымъ ²⁵/х 1900 г. всѣ корни, въ количествѣ восемнадцати, были удалены. Больная посажена была на жидкую діету и дано ей наставленіе содержать ротъ въ чистотѣ, пользуясь антисептическимъ полосканіемъ.

Спустя недѣлю, больная явилась ко мнѣ съ жалобой на ощущеніе ея въ полости рта присутствія гноя, дающаго непріятный запахъ и вкусъ, гноя, который, по ея мнѣнію, выдѣляется изъ одной изъ заживающихъ альвеолъ. При осмотрѣ полости рта, обнаружено нормальное идущее гранулированіе альвеолъ, нигдѣ не замѣтно никакихъ воспалительныхъ явленій, по краямъ ранъ полости рта десна всюду спалась, и послѣ экстракціонныя раны находятся на пути къ полному заживленію. Сочтя поэтому заявленіе больной капризомъ, я назначилъ ей антисептическое полосканіе, заявивъ, что вмѣстѣ съ полнымъ заживленіемъ альвеолъ и это ощущеніе выдѣленія гноя въ полость рта у нея прекратится.

Спустя недѣлю, больная вновь посѣтила меня, настаивая на измѣнностяхъ своихъ прежнихъ ощущеній. Я вторично произсѣдывалъ полость рта и, взявъ тонкій зондъ, сталъ имъ ощупывать

дно альвеолы первого большого коренного зуба на лѣвой сторонѣ сверху, которая, какъ мнѣ показалось, менѣе спалась, чѣмъ рядомъ находившіяся альвеолы, а окружавшая ее десна была слегка покраснѣвшей. Пройдя зондомъ въ глубину альвеолы, я ощутилъ, что зондъ сквозь небольшое отверстіе проскальзываетъ въ Гайморову полость. Установивъ, въ виду этого, происшедшее во время экстракціи вскрытіе Гайморовой полости и послѣдовавшее потомъ зараженіе ея со стороны полости рта, я сейчасъ же ввелъ промывную трубку въ Гайморову полость и промылъ послѣднюю теплымъ борнымъ растворомъ. При промываніи выдѣлилось довольно значительное количество тянущагося въ нити гноя съ довольно рѣзкимъ противнымъ запахомъ. Я предложилъ больной купить дренажную трубку для вставленія въ существующій свищъ.

12/xi 1900 г. Существовавшій изъ альвеолы первого большого коренного зуба ходъ въ лѣвую Гайморову полость нѣсколько расширенъ боромъ, и въ просвѣтъ сдѣланнаго, такимъ образомъ, канала введена серебряная дренажная трубка, сквозь которую вторично произведено промываніе Гайморовой полости. Вышло небольшое количество гноя съ неприятнымъ запахомъ. Снять слѣпокъ для изготовленія obturatora. По разспросамъ больной выяснилось, что ощущеніе выдѣленія гноя въ ротъ съ момента первого промыванія у нея прошло совершенно.

15/xi. Больной надѣтъ obturatorъ и дано наставленіе, какъ дѣлать дальнѣйшія промыванія. Съ тѣхъ поръ я ежегодно (2—3 раза въ годъ) вижу больную, которая навѣщаетъ меня съ цѣлью консервативнаго лѣченія оставшихся у нея переднихъ зубовъ.

Все время изрѣдка, разъ, два раза въ недѣлю, она промываетъ Гайморову полость, разъ въ два три мѣсяца вынимаетъ и подвергаетъ тщательной очисткѣ серебряную канюлю и прежнія ощущенія съ тѣхъ поръ у нея не возобновляются. Удалить дренажную трубку и заживить отверстіе она не хочетъ, такъ какъ боится возврата бывшихъ у нея ощущеній. Ни присутствіе дренажной трубки, ни ношеніе obturatora нисколько ее не беспокоятъ, почему въ удаленіи ихъ она не чувствуетъ никакой необходимости.

XLIII.

(К. Е. П.). Г-жа К. Е. явилась ко мнѣ, по совѣту пользовавшаго ее ринолога, съ диагнозомъ Highmoritis dextra и съ жалобой на постоянный насморкъ съ зловоннымъ отдѣляемымъ, ощущеніе тяжести въ правой половинѣ лица и часто повторяющіеся у нея приступы головныхъ болей, которыя, начинаясь утромъ, иногда тянутся цѣлый день. Зубовъ своихъ никогда не лечила и мало страдала зубными болями.

4/ii 1901 г. Status praesens: Больная блѣдная, анемичная, довольно сквернаго тѣлосложенія и питанія. Въ полости рта каріозны нижніе большіе коренные зубы, а также второй малый коренной верхній на лѣвой сторонѣ. При изслѣдованіи послѣдняго, обнаружена полная нечувствительность его къ температурнымъ колебаніямъ, равно какъ и къ прониканію зонда въ полость коронковой мякоти. Въ полости мякоти находится небольшое количество зеленовато-грязнаго распада, издающаго неприятный запахъ. Зубъ къ постукиванію и давленію нечувствителенъ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, обнаружено очень рѣзкое затемнѣніе на лѣвой сторонѣ, убѣдившее меня въ наличности у больной лѣвосторонней хронической эмпіемы Гайморовой полости. Тутъ же извлеченъ ей былъ второй малый коренной, и сквозь лунку послѣдняго; непосредственно послѣ экстракціи, произведена была трепанакція Гайморовой полости. При промываніи выдѣлилось довольно значительное количество гноя, издававшего отвратительный запахъ. Больной вставлена была канюля и снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora. Въ теченіе послѣдующихъ затѣмъ нѣсколькихъ дней произведены были промыванія, дававшія все меньшее и меньшее количество гноя, и больная, приученная къ этимъ промываніямъ, послѣ вставленія obturatora, отпущена была домой и въ дальнѣйшемъ исчезла изъ подъ моего наблюденія.

XLIV.

(№. У.), 24/xii 1901 г. Андрей Т., 50-ти лѣтъ, вскорѣ послѣ удаленія лѣваго верхняго второго премоляра, сталъ ощущать по временамъ присутствіе во рту гноя съ нѣкоторымъ неприятнымъ запахомъ, равно какъ и подобныя же гнойныя выдѣленія изъ лѣвой ноздри. Явился съ жалобами на это страданіе. При изслѣдованіи въ полости рта на мѣстѣ второго премоляра сверху и слѣва замѣчается начавшая гранулировать альвеола, несомнѣнно послѣ недавняго удаленія зуба. Введенный въ альвеолу зондъ свободно проходитъ въ Гайморову полость. Приготовленъ теплый борный растворъ и Гайморова полость промыта. Вышло значительное количество (изъ лѣвой ноздри) рѣзко зловоннаго, комковатаго гноя. Вставленъ серебряный дренажъ, назначены промыванія. Снять слѣпокъ для изготовленія протеза.

27/xii 1901 г. Промываніе. Небольшое количество гноя. Приспособленъ протезъ.

29/xii 1901 г. Промываніе. Гноя почти совсѣмъ нѣтъ. Всѣ неприятныя субъективныя ощущенія исчезли. Больному назначены промыванія (дѣлать самому).

• 22/ii 1902 г. За все время, съ момента первого промыванія, явленія эмпіемы Гайморовой полости не возобновлялись. При про-

мываніяхъ совершенно не было гноя. Промыванія дѣлались лишь изъ боязни возобновленія страданія. 10/II пациентъ заболѣлъ инфлюенцой, съ характерной температурой и воспаленіемъ слизистыхъ оболочекъ. 22/II значительное ухудшеніе въ состояніи Гайморовой полости. Выдѣленія гноя, совсѣмъ исчезнувшія, сдѣлались вновь значительны, и стали приобрѣтать нѣкоторый запахъ. Субъективныя непріятныя ощущенія возобновились. Промыванія, дѣлавшіяся съ промежуткомъ между промываніями въ 2 дня, пришлось дѣлать ежедневно, причемъ каждый разъ изъ Гайморовой полости вымывались значительныя количества гноя. Въ дальнѣйшемъ теченіи, вмѣстѣ съ улучшеніемъ общаго состоянія (выздоровленіемъ отъ инфлюенцы), явленія гайморита стали стихать и опять выдѣленія прекратились. Мною были назначены промыванія все съ большими и большими интервалами (черезъ 2 дня, черезъ 1 недѣлю, 1 разъ въ 2 недѣли и т. д.) и 28/VII 1902 г. приступлено, въ виду совершеннаго прекращенія страданія, къ заживленію хода, ведущаго изъ полости рта въ Гайморову полость. Края оживлены, на слизистую въ полости рта наложены швы. Черезъ 8 дней швы сняты. *Prima intentio*. При полосканіи рта жидкость въ носовую полость не попадаетъ.

22/IX 1902 г. Осмотръ больного. Сообщенія между ротовой и носовой полостью нѣтъ. Никакихъ явленій гайморита не имѣется; полное выздоровленіе.

XLV.

(№ У). Г-жа Б. К., 28 лѣтъ, замужемъ, жительница Петербурга, служить въ конторѣ, жалуется на ощущеніе постоянныхъ болей въ правой половинѣ лица и на выдѣленіе изъ правой ноздри, по временамъ имѣющее непріятный запахъ. Осматривавшій ее специалистъ носовыхъ болѣзней сказалъ ей, что у нея поражена правая Гайморова полость, почему она явилась ко мнѣ для вскрытія этой полости и удаленія изъ нея гноя. На разспросы мои больная отвѣчаетъ, что выдѣленіе изъ носу усиливается при наклоненіи головы, и, наоборотъ, при лежаніи на здоровой сторонѣ, она этого усиленія не замѣчала. Зубами страдала много, при чемъ ей приходилось какъ пломбировать, такъ и удалять болѣвшіе зубы. Послѣднее свое заболѣваніе не можетъ поставить въ связь съ какой нибудь изъ болѣзней зубовъ. Флюсами хотя и страдала, но таковыя, главнымъ образомъ, локализовались на нижней челюсти. Насморкомъ страдаетъ уже нѣсколько мѣсяцевъ; хотя отдѣленія не тяготятъ ея своимъ обиліемъ, тѣмъ не менѣе они непріятны уже по тому одному, что имѣютъ запахъ.

3/III 1901 года. *Status praesens*. Больная средняго роста, блѣдная, анемичная. При ощупываніи лица, опухоли на немъ никакой не обнаружено, хотя подъ *arcus zygomaticus* и прощупывается нѣкоторая какъ-бы инфильтрація въ толщинѣ щеки. При нажиманіи на выдающуюся часть *arcus zygomaticus* на правой сторонѣ получается ощущеніе нѣкоторой чувствительности; также эта чувствительность замѣтна и при постукиваніи пальцемъ по скуловому отростку правой стороны. При изслѣдованіи носа, на правой сторонѣ видно, что средній носовой ходъ въ изобиліи выполненъ гноемъ, вытекающимъ изъ подъ края средней раковины. Послѣ стиранія этого гноя онъ вновь не появился. Слизистая оболочка носовой полости мѣстами припухла, красна. Полиповъ нѣтъ. Въ полости рта верхніе коренные зубы на лѣвой сторонѣ совершенно разрушены каріезомъ, отъ нихъ остались лишь раздѣлившіеся совершенно корни. На правой сторонѣ первый и второй большіе коренные поражены глубокимъ каріезомъ. Во второмъ большемъ коренномъ пульпа жива, нѣсколько разрослась и выдается за границу пульпарной полости. При дотрогиваніи зондомъ она мало чувствительна и сильно кровоточитъ. Въ первомъ большемъ коренномъ зубѣ на правой сторонѣ пульпарная полость наполнена распадомъ, издающимъ непріятный запахъ. При просвѣчиваніи получается рѣзкое затемнѣніе на правой сторонѣ. Диагнозъ: *Empyema antri Highmori dextri*.

8/III 1901 г. удаленъ первый большой коренной на правой сторонѣ.

6/III произведена трепанация Гайморовой полости, для каковой цѣли въ небную лунку удаленнаго зуба вставлено копьевидное сверло, приспособленное къ сверлильной машинѣ и сверлу дано направление нѣсколько кнаружи. Послѣ двухъ-трехъ оборотовъ колеса машины, сверло свободно проникло въ Гайморову полость, не встрѣтивъ на своемъ пути большого сопротивленія со стороны кости. Операция прошла совершенно безболѣзненно, и вслѣдъ за ней въ трепанационный каналъ вставлена была серебряная канюля, и произведено промываніе пазухи теплымъ борнымъ растворомъ. Выдѣлилось большое количество гноя съ отвратительнымъ запахомъ. Гной въ видѣ нитей плаваетъ въ промывныхъ водахъ. Снять слѣпокъ для изготовленія obturatora и просвѣтъ канюли закрыть ватой.

7/III. Больная явилась для промыванія Гайморовой полости. Приступая къ промыванію, я совершенно упустилъ изъ виду, что просвѣтъ канюли закрыть ватой и провелъ промывную трубку въ канюлю, глубоко протолкнувъ вату. Къ счастью, я сейчасъ же вспомнилъ о томъ, что вата не удалена изъ канюли и съ помощью нерв-экстрактора извлекъ вату, проникшую въ самую глубокую часть канюли. При промываніи выдѣлилось значительное количество гноя съ непріятнымъ запахомъ.

На слѣдующій день ⁸/III, промываніе Гайморовой полости дало небольшое количество гноя безъ особаго запаха.

¹⁰/III надѣтъ obturatorъ и больной даны указанія, какъ ей слѣдуетъ дѣлать промыванія дома. По словамъ больной, бывшія у нея ощущенія со дня перваго промыванія значительно улучшились и мало ее теперь беспокоятъ.

Эту больную со дня операциі я наблюдаю и до настоящаго времени, при чемъ она посѣщаетъ меня раза два три въ годъ для производства промываній, и всякій разъ въ промывныхъ водахъ у нея оказывается небольшое количество слизисто-гнойнаго отдѣляемаго безо всякаго запаха. По временамъ промыванія у нея затрудняются и производятся лишь съ примѣненіемъ нѣкотораго усилія. Сама она дѣлаетъ промыванія разъ въ два-три дня, и всякій разъ все-таки въ промывныхъ водахъ оказывается небольшое количество слизистогнойныхъ комковъ. Въ виду наличности этихъ явленій, я не даю пока больной совѣта заживлять существующій у ней свищъ.

XLVI.

(№ 2480). Г-нъ К. Л., 38 лѣтъ, житель Петербурга, явился ко мнѣ съ жалобами на односторонній насморкъ съ очень обильнымъ отдѣляемымъ, всегда имѣющимъ непріятный запахъ. Выдѣленія настолько обильны, что ему приходится чрезвычайно часто сморкаться, что крайне его беспокоитъ. Кромѣ того, запахъ изъ носу, ощущаемый и окружающими, также ему очень непріятенъ. На разспросы отвѣчаетъ, что головными болями не страдаетъ почти совсѣмъ; если у него и появляются боли въ области лба и глазницы, то онѣ не очень сильны и скоропроходящи. Зубами не страдалъ, слѣдилъ за ихъ состояніемъ, и, по возможности, периодически, пломбировалъ.

⁷/IV 1901 года. Status praesens. Больной прекраснаго тѣлосложенія и питанія; замѣтной опухоли лица или щекъ не видно. Кости верхней челюсти къ давленію не чувствительны, также не чувствительно и мѣсто выхода *nervi infraorbitalis*. Въ полости рта зубы совершенно здоровы, за исключеніемъ нѣсколькихъ запломбированныхъ зубовъ и перваго большого коренного на правой сторонѣ, пломбировать который, по заявленію больного, пользовавшій его врачъ отказался. При изслѣдованіи этого зуба, обнаружена въ немъ полная гангрена мякоти, выражающаяся нечувствительностью зуба къ зондированію и къ температурнымъ колебаніямъ, а равно нахожденіемъ въ коронковой полости зловоннаго распада. Альвеолярный отростокъ, соотвѣтственно этому зубу, не припухъ, десна нормальна, къ постукиванію и давленію зубъ не чувствителенъ.

При изслѣдованіи полости носа, замѣтно значительное суженіе праваго носового хода вслѣдствіе нѣкотораго выпячиванія перегородки. Въ правомъ носовомъ ходѣ изъ подъ средней раковины вытекаетъ нѣкоторое количество гноя, обладающаго непріятнымъ запахомъ. На лѣвой сторонѣ слизистая носового хода мало измѣнена, хотя мѣстами также слегка красна, однако въ меньшей степени, чѣмъ на правой сторонѣ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости обнаружено значительное затемнѣніе на правой сторонѣ, сказывающееся, главнымъ образомъ, затемнѣніемъ подглазничнаго полукруга. На лѣвой сторонѣ кости челюсти просвѣчиваютъ хорошо.

Діагнозъ; Empyema antri Highmori dextri chronica.

⁷/IV. Произведено удаленіе перваго большого коренного на правой сторонѣ.

¹⁰/IV. Вскрыта Гайморова полость помощью бормашины и, вслѣдъ за трепанацией, произведено промываніе ея теплымъ борнымъ растворомъ. Вышло довольно большое количество гноя съ непріятнымъ запахомъ. Снять слѣпокъ для изготовленія obturatora.

¹¹/IV. Промываніе Гайморовой полости, гноя мало. Субъективныя ощущенія больного несравненно лучше.

¹²/IV. Промываніе Гайморовой полости. Гноя большое количество. Больной говоритъ, что теперь у него почти нѣтъ выдѣленія изъ носу, и онъ считаетъ себя почти здоровымъ.

¹³/IV. Вставленъ obturatorъ. Даны больному указанія, какъ производить эти промыванія. Спустя пять мѣсяцевъ, больной явился ко мнѣ для осмотра, при чемъ изъ разспросовъ выяснилось, что всѣ прежнія ощущенія у него давно прошли и совершенно его не беспокоятъ. Промыванія, по моему совѣту, ему сначала пришлось производить ежедневно, а потомъ черезъ день и черезъ два дня. Теперь больной промываетъ каждые три дня, и въ промывныхъ водахъ всегда все-таки находится небольшое количество комковатаго гноя. Запахъ совершенно не ощущается. Въ этотъ же день произведено мною промываніе полости, причемъ выдѣлилось нѣсколько слизисто-гнойныхъ комковъ безо всякаго запаха. Я посовѣтовалъ больному воздержаться пока отъ попытокъ заживленія Гайморовой полости и продолжать промыванія, ограничивая ихъ частоту однимъ разомъ въ недѣлю.

Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ больной опять показался мнѣ, и, такъ какъ всѣ явленія уже не только прошли, но даже и объективно въ промывныхъ водахъ ни гноя, ни слизи не обнаружилось, то мною произведено было ему заживленіе Гайморовой полости по обычному способу. Съ тѣхъ поръ я имѣлъ возможность видѣть больного еще нѣсколько разъ и слышалъ отъ него, что прежнія страданія у него не возобновлялись.

XLVII.

(№ 2513). Г-нъ В. Е., 36 лѣтъ, капитанъ, житель Саратовской губерніи, пріѣхалъ въ Петербургъ по поводу опухоли правой щеки, тянущейся у него уже нѣсколько мѣсяцевъ и требующей, по мнѣнію мѣстныхъ врачей, оперативнаго вмѣшательства. Ему говорили, что опухоль эта обусловлена скопленіемъ гноя въ верхне-челюстной кости—Гайморитомъ, и онъ явился ко мнѣ съ просьбой произвести ему требуемую операцію. На разспросы отвѣчаетъ, что отдѣленій изъ носу у него совсѣмъ почти нѣтъ. Зубами страдалъ много и многіе изъ зубовъ сильно разрушены. Головными болями тоже страдаетъ очень часто, хотя нельзя сказать, чтобы онъ повторялись у него періодически или же тѣмъ паче были постоянными.

³⁰/v 1901 года. Status praesens. Больной слабого тѣлосложенія и питанія. При взглядѣ на лицо видна нѣкоторая припухлость щеки на правой сторонѣ. При изслѣдованіи опухоли, обнаружено, что послѣдняя безъ рѣзкихъ границъ переходитъ въ окружающія ткани, совершенно неподвижна, довольно тверда наощупь и представляетъ не припухлость мягкихъ частей щеки, а какъ бы выпячиваніе кости верхней челюсти впередъ и въ сторону. Получается совершенное впечатлѣніе раздутія костей верхней челюсти. Изъ полости рта видна тоже, соотвѣтственно припухшему мѣсту, выпуклость альвеолярнаго отростка: альвеолярный отростокъ значительно болѣе выстоитъ кнаружи на правой сторонѣ, чѣмъ на лѣвой. Верхніе коренные зубы всѣ почти разрушены каріезомъ почти до основанія; отъ нихъ остались лишь раздѣлившіеся корни, вокругъ которыхъ десна сильно припухла и кровоточитъ при дотрагиваніи. Сохранились на верхней челюсти лишь рѣзцы и клыки. При изслѣдованіи полости носа, видно нѣкоторое какъ бы вытягиваніе боковой стѣнки носовой полости внутрь ея. Гноя, равно какъ и измѣненій слизистой оболочки, не замѣчено. Носовой ходъ на правой сторонѣ суженъ, благодаря тому, что боковая стѣнка носовой полости близко прилегаетъ къ перегородкѣ. Глазъ не смѣщенъ.

Просвѣчиваніе даетъ слѣдующій результатъ: на правой сторонѣ, соотвѣтственно *arcus zygomaticus*, кости просвѣчиваютъ гораздо меньше, чѣмъ на лѣвой сторонѣ, однако, подглазничный полукругъ на обѣихъ сторонахъ просвѣчиваетъ равномерно розовымъ цвѣтомъ. Зрачокъ на больной сторонѣ освѣщенъ не такъ ярко, тѣмъ не менѣе замѣтно покраснѣніе. Субъективныя ощущенія свѣта на обѣихъ сторонахъ одинаковы. Я высказался за злокачественное новообразованіе въ верхней челюсти и напра-

вилъ больного въ клинику, гдѣ и произведена была ему резекція верхней челюсти, какъ я потомъ узналъ, совершенно подтвердившая мой діагнозъ, такъ какъ у больного оказалась саркома, выплывшая своими разраженіями всю Гайморову полость и раздвинувшая стѣнки верхне-челюстной кости въ стороны.

XLVIII.

(№ 2501). Г-жа К. Т., 34 лѣтъ, замужемъ, жительница Петербурга, жалуется на постоянный насморкъ съ неприятнымъ отдѣленіемъ изъ носу, обладающимъ нѣкоторымъ запахомъ и требующимъ значительнаго количества носовыхъ платковъ въ день. Прислана ко мнѣ ринологомъ съ діагнозомъ лѣвосторонней эмпіемы Гайморовой полости и съ просьбой произвести ей трепанацію на лѣвой сторонѣ. На разспросы отвѣчаетъ, что головными болями страдаетъ постоянно. Ббли эти, начавшись утромъ, иногда продолжаются цѣлый день. Зубы лечила съ дѣтства; многіе у нея запломбированы. Зубными болями ей страдать не приходилось и ни разу не пришлось прибѣгнуть къ удаленію зуба.

²⁴/v 1901 года. Status praesens. Больная блѣдная, удовлетворительнаго тѣлосложенія и питанія. На щекахъ не замѣтно какой либо припухлости ни кости, ни мягкихъ частей. При изслѣдованіи носа, на лѣвой сторонѣ въ среднемъ носовомъ ходѣ замѣтно довольно значительное количество слизисто-гноя отдѣляемаго, вытекающаго изъ подъ средней раковины. Тутъ же на уровнѣ средней раковины виденъ значительныхъ размѣровъ слизистый полипъ. Слизистая оболочка носовой полости припухла и покраснѣла. Въ полости рта всѣ зубы совершенно здоровы; нѣкоторые изъ нихъ запломбированы, небольшими по размѣрамъ пломбами. На лѣвой сторонѣ первый большой коренной, а также и второй малый коренной совершенно интактны, а рядомъ съ ними находящійся первый малый коренной, второй большой коренной и зубы мудрости запломбированы съ жевательной поверхности небольшими амальгамными пломбами. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, на лѣвой сторонѣ не замѣтно никакого затемнѣнія, наоборотъ, обѣ стороны просвѣчиваютъ почти одинаково. Не замѣтно также разницы и въ освѣщеніи зрачка, а равно и въ субъективномъ ощущеніи свѣта въ глазахъ. Въ виду этихъ данныхъ, я высказался противъ наличности у больной эмпіемы Гайморовой полости, о чемъ и сообщилъ приславшему ее ринологу. Спустя нѣсколько дней, по настоянію пользовавшаго ее врача, на основаніи изслѣдованія носа, склонявшагося все-таки въ пользу наличности у больной Гайморита и объяснявшаго эффектъ просвѣчиванія ненадежностью этого диагностическаго метода, произведена была

мною трепанція Гайморовой полости, послѣ предварительнаго удаленія совершенно здороваго перваго большого коренного зуба на лѣвой сторонѣ. Я склонился на эту операцію охотно, такъ какъ и самъ еще, на основаніи литературныхъ данныхъ, сомнѣвался въ убѣдительности эффекта, даваемого просвѣчиваніемъ. Нѣсколько останавливало меня то обстоятельство, что зубы, отъ которыхъ въ большей части возникаютъ эмпіемы Гайморовой полости, въ данномъ случаѣ были совершенно здоровы, и это, однако, сомнѣніе устранялось возможностью объяснить начало процесса со стороны носовой полости. При произведенномъ сейчасъ же послѣ трепанціи промываніи, промывныя воды вышли лишь съ небольшимъ содержаніемъ крови. Гноя въ нихъ не оказалось. Въ виду этого, въ теченіе послѣдовавшихъ затѣмъ нѣсколькихъ дней произведено было заживленіе Гайморовой полости, которая и закрылась совершенно.

XLIX.

(№ 2917). Г-нъ В. Е., 42 лѣтъ, холостой, житель Петербурга. 14/ix 1901 года явился ко мнѣ съ просьбой удалить ему первый большой коренной зубъ на лѣвой сторонѣ, причинявшій ему очень сильныя боли. При изслѣдованіи оказалось, что зубъ этотъ пораженъ гангренознымъ пульпитомъ и въ то время, какъ коронковая мякоть представлялась совершенно нечувствительной, прониканіемъ зонда въ корневые каналы можно было вызвать ощущение довольно сильной боли. Не рассчитывая на хорошій эффектъ консервативнаго леченія въ виду того, что входы въ корневые каналы больного были сильно сужены, я согласился на просьбу его и въ тотъ же день произвелъ ему экстракцію зуба. Спустя нѣсколько минутъ послѣ производства ему экстракціи, въ то время, когда больной полоскалъ ротъ, у него появилось носовое кровотеченіе изъ одной ноздри, и именно той стороны, на которой удаленъ былъ первый коренной зубъ. Сейчасъ же послѣ этого я затампонировалъ ему альвеолу ватой съ большимъ количествомъ іодоформа и далъ совѣтъ приходить ко мнѣ въ теченіе нѣсколькихъ дней для перевязокъ, такъ какъ опасался, чтобы, въ виду обнаружившагося у него вскрытія Гайморовой полости, въ послѣднюю не попала инфекция изъ полости рта, и не развился бы гнойный Гайморитъ. Дѣйствительно, въ теченіе двухъ недѣль мнѣ пришлось продѣлать эти перевязки и тщательно наблюдать за асептичнымъ состояніемъ заживающей альвеолы, причемъ послѣдняя зажила совершенно, и бывшее у больного сообщеніе съ Гайморовой полостью прекратилось, безъ появленія симптомовъ воспаления Гайморовой пазухи.

L.

(№ У.). Г-нъ Н. Ж., 38 лѣтъ, военный инженеръ, житель Сибири, явился ко мнѣ по совѣту пользовавшаго его ринолога съ просьбой обратить вниманіе на появившееся у него на верхней челюсти съ правой стороны изъ подъ десны какое-то тѣло, довольно твердое и почти неподвижное. На разспросы больной отвѣчаетъ, что лѣтъ семь тому назадъ заболѣлъ сифилисомъ, отъ котораго все время очень тщательно лечился, принявши значительное количество ртути какъ въ видѣ втираній, такъ и подкожныхъ впрыскиваній. Нынѣ тоже находится въ Пятигорскѣ для того, чтобы продолжать леченіе своей болѣзни.

Status praesens *). При изслѣдованіи полости рта обнаружено, что, начиная съ малаго коренного зуба, по направленію кзади на верхней челюсти съ правой стороны зубы всѣ удалены. На наружной сторонѣ альвеолярнаго отростка приблизительно у мѣстонахожденія второго большого коренного зуба изъ подъ десны выступаетъ кусочекъ совершенно некротизировавшейся кости. При дотрагиваніи пинцетомъ, секвестръ кажется подвижнымъ, почему тутъ же, послѣ изслѣдованія, мною произведенъ былъ надрѣзъ десны, секвестръ захваченъ корцангомъ и свободно удаленъ. Сейчасъ же я вошелъ острой ложкой въ образовавшееся углубленіе и послѣдней удалилъ еще нѣсколько небольшихъ и совершенно подвижныхъ секвестровъ. Пройдя затѣмъ зондомъ, я убѣдился, что полость, изъ которой были удалены секвестры свободно и большимъ отверстіемъ продолжается въ Гайморову полость. Дефектъ, послѣ удаленія некротизировавшихся участковъ, образовался довольно значительный, такъ что я могъ пройти въ образовавшееся отверстіе концомъ мизинца. Убѣдившись, такимъ образомъ, въ существованіи у больного довольно широкаго хода въ Гайморову полость, я рѣшилъ промыть послѣднюю борнымъ растворомъ, что и сдѣлалъ съ помощью Эсмарховской кружки. Вытекшія черезъ носъ промывныя воды содержали небольшое количество гноя съ рѣзкимъ неприятнымъ запахомъ.

До операціи, произведенной у меня, больной жаловался на бывшій у него насморкъ, отъ котораго и былъ леченъ пользовавшимъ его ринологомъ, причемъ присутствіе этого насморка не связывалось съ заболѣваніемъ Гайморовой полости. Послѣ промыванія полости, ходъ въ нее затампонированъ былъ іодоформенной марлей и съ тѣмъ больной отпущенъ въ этотъ день домой.

*) День и годъ изслѣдованія больного, къ сожалѣнію, у меня въ исторіи болѣзни, по какой то случайности, оказался незаписаннымъ.

На слѣдующій день 11/VI, больной пришелъ ко мнѣ на перевязку, и я удалилъ ему марлевую турунду, которая вся почти оказалась пропитанной гноемъ, на поверхности же ея находилось довольно значительное количество засохшихъ гнойныхъ корокъ. Больной говоритъ, что субъективныя ощущенія его значительно улучшились, уменьшился насморкъ, но за то сильно раздражалъ его все время запахъ йодоформа. Промывши Гайморову полость, изъ которой выдѣлилось опять небольшое количество гноя, содержавшаго нѣкоторый запахъ, я затѣмпонировалъ полость бѣлой стерилизованной марлей и затѣмъ отпустилъ больного.

На слѣдующій день больной явился ко мнѣ, и послѣ удаления марлевого тампона, на которомъ опять оказалось значительное количество гнойныхъ корокъ, и послѣдующаго затѣмъ промыванія Гайморовой полости, я снялъ ему слѣпокъ для изготовленія obturatora съ искусственными зубами, который прикрывалъ бы дефектъ, ведущій въ Гайморову полость. Спустя нѣсколько дней, этотъ obturatorъ былъ изготовленъ и больному данъ совѣтъ промывать Гайморову полость борнымъ растворомъ на дому.

Въ теченіе двухъ мѣсяцевъ я наблюдалъ этого больного. Явленія пораженія Гайморовой полости за это время у него значительно стихли, и, благодаря присутствію протеза, существовавшій у него дефектъ не причинялъ ему особыхъ безпокойствъ. Послѣ этого больной исчезъ изъ подъ моего наблюденія и лишь, спустя болѣе года, я случайно встрѣтился съ нимъ въ клиникѣ проф. Ратимова, куда больной поступилъ по случаю распространившагося у него дальше некроза костей лица. Въ клиникѣ ему уже была удалена значительная часть носовой кости. О дальнѣйшей судьбѣ больного мнѣ ничего неизвѣстно.

LI.

(К. № 57). Г-нъ В. Ш., 12 лѣтъ, гимназистъ, житель Петербурга, присланъ ко мнѣ ринологомъ для вскрытія Гайморовой полости съ диагнозомъ Highmoritis dextra. Больной жалуется на хроническій насморкъ, по преимуществу придерживающійся правой половины носа. Выдѣленіе довольно обильно, содержитъ гной съ крайне непріятнымъ запахомъ. На особые боли не жалуется. За зубами, по возможности, слѣдитъ и пломбировалъ ихъ.

10/x 1901 года. Status praesens: Больной хорошо развитъ для своихъ лѣтъ, удовлетворительнаго питанія, на правой сторонѣ щеки опухоли нѣтъ, хотя подъ arcus zygomaticus прощупываются нѣкоторыя инфильтраціи мягкихъ частей. Въ полости рта всѣ зубы постоянные, третьи большіе коренные пока отсутствуютъ; первый большой коренной на правой сторонѣ запломбированъ

громадной амальгамной пломбой. Для цѣлей изслѣдованія зуба, пломба тутъ же удалена, причемъ оказалось, что пульпарная полость подъ пломбой выполнена зловоннымъ распадомъ, присутствіе такого же распада обнаружено и въ корняхъ при зондированіи послѣднихъ. Другіе рядомъ расположенные зубы, какъ второй большой коренной, такъ и второй малый коренной здоровы и кариесомъ не поражены. При изслѣдованіи носа, на правой сторонѣ средней носовой ходъ представляется выполненнымъ довольно значительнымъ количествомъ гноя, вытекающаго изъ подъ средней раковины. Послѣ стиранія этого гноя и наклоненія головы больного впередъ и внизъ, гной появляется вновь изъ подъ средней раковины. При наклонѣ головы на лѣвую сторону получить такой же эффектъ не удастся. При просвѣчиваніи Гайморовой полости обнаружено очень рѣзкое затемнѣніе на правой сторонѣ.

Диагнозъ: Empyema antri Highmori dextri chronica.

10/x 1901 года удаленъ первый большой коренной верхній справа.

13/x. Произведена трепанція Гайморовой полости помощью бормашины, прошедшая совершенно безболѣзненно. Операция длилась очень недолго, и больной, сильно реагировавшій нѣсколько дней тому назадъ на удаленіе зуба, остался во время операции совершенно спокойнымъ. Послѣ трепанціи въ каналъ, ведущій въ Гайморову полость, вставлена серебряная канюля, и произведено промываніе полости борнымъ растворомъ, причемъ черезъ носъ выдѣлилось громадное количество зловоннаго творожистаго гноя. Сейчасъ же снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora.

14/x. Промываніе Гайморовой полости дало мало гноя безъ рѣзкаго запаха. Больной чувствуетъ себя хорошо, выдѣленіе изъ носу уменьшилось настолько, что стало почти совершенно незаметнымъ.

15/x. Промываніе. Гноя почти нѣтъ.

16/x. „ Гноя мало.

17/x. Промываніе. Опять вышло довольно значительное количество гноя съ нѣкоторымъ запахомъ. Больному надѣта пластинка.

18/x. Произведено промываніе Гайморовой полости и даны указанія, какъ слѣдуетъ дѣлать эти промыванія дома.

Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, а именно 5/III 1902 года, больной явился ко мнѣ съ жалобой на то, что въ послѣднее время промыванія у него стали сильно затрудняться, и даже послѣдніе 15 дней онъ совершенно не могъ промыть Гайморовой полости. При вспрыскиваніи раствора въ полость чувствуется значительное сопротивленіе, причемъ вода совершенно не проходитъ въ носъ, а выдѣляется обратно черезъ ротъ. Взявъ зондъ, я провелъ его по просвѣту канюли и убѣдился, что въ верхнихъ частяхъ ея (повидимому, надъ ней) имѣется какое-то механическое препятствіе,

задерживающее зондъ. При нѣкоторомъ давленіи и усилии и при ощущеніи нѣкоторой боли, мнѣ удалось зондомъ пройти это препятствіе, причемъ дальше зондъ свободно проникалъ въ глубину. Вынувъ канюлю, я ввелъ въ свищъ трубку для промыванія возможно глубже, дабы пройти это механическое препятствіе, и произвелъ промываніе Гайморовой полости, которое прошло совершенно гладко, давъ довольно значительное количество гноя съ рѣзкимъ, противнымъ запахомъ. Я посовѣтовалъ больному заказать себѣ другую канюлю, которая была бы длиннѣе, такъ какъ по имѣвшимся даннымъ рѣшилъ, что канюля, повидимому, слишкомъ коротка, и что надъ нею происходитъ скопленіе грануляціонныхъ массъ. Больной заказалъ себѣ такую канюлю, и послѣ вставленія ея, промыванія у него опять шли совершенно гладко.

Въ январѣ 1903 года онъ опять явился ко мнѣ съ тѣми же жалобами. Все время съ момента операціи ему приходится промывать полость, такъ какъ онъ чувствуетъ себя хорошо лишь тогда, когда производитъ промыванія. Если же онъ оставитъ промыванія хоть на нѣсколько дней, у него возобновляется гнойное выдѣленіе изъ ноздри съ присущимъ ему запахомъ. Нынѣ, въ теченіе уже нѣсколькихъ дней, онъ не можетъ промыть Гайморовой полости, такъ какъ, по его выраженію, „опять что-то мѣшаетъ“ водѣ проходить въ носъ. Удаливъ канюлю на этотъ разъ гораздо болѣе длинную, я вновь убѣдился, что въ самомъ верхнемъ отдѣлѣ свища опять существовало механическое препятствіе для тока жидкости, послѣ продырявливанія котораго промываніе становилось возможнымъ и легкимъ. При промываніи на этотъ разъ выдѣлилось порядочное количество творожистаго гноя съ противнымъ запахомъ. Въ это уже посѣщеніе больного я далъ совѣтъ родителямъ прибѣгнуть къ вскрытію Гайморовой полости черезъ fossa canina, такъ какъ существованіе столь продолжительное время гнойныхъ выдѣленій, не уменьшающихся при промываніи, съ несомнѣнностью должно было указывать на существованіе какой-то къ тому причины въ Гайморовой полости. Эту операцію я совѣтовалъ тѣмъ настойчивѣе, что и сами промыванія отъ времени до времени затруднялись и требовали расширения свища, продѣланнаго въ первую операцію. Родители, однако, на вскрытіе Гайморовой полости сквозь fossa canina не соглашались, почему я и далъ совѣтъ продолжать промываніе попрежнему.

Въ 1904 году, въ февралѣ мѣсяцѣ, больной опять посѣтилъ меня съ тѣми же жалобами на затрудненіе промыванія; какъ и въ первые разы, вслѣдъ затѣмъ, какъ я зондомъ продырявилъ, а потомъ боромъ расширилъ верхнюю часть трепанационнаго канала, промываніе пошло гладко, и съ тѣхъ поръ больной ко мнѣ не возвращался.

LII.

(К. № 73). Г-нъ Т. П., торговецъ, 47 лѣтъ, житель Симбирска, явился ко мнѣ съ жалобами на давнишній насморкъ, преимущественно придерживающійся правой ноздри. Отдѣленія изъ носу имѣютъ непріятный запахъ, усиливаются при попыткѣ что-либо поднять, т. е. при наклоненіи головы впередъ и внизъ, особенно обильны бываютъ по утрамъ, когда больному приходится не только вытирать носъ, но часто отхаркивать значительное количество мокроты, скопляющейся у него въ носоглоточномъ пространствѣ. Головными болями страдаетъ очень часто, причемъ онѣ больше бываютъ по вечерамъ. Зубамъ никогда не удѣлялъ особеннаго вниманія и за состояніемъ ихъ не слѣдилъ, обращался къ зубному врачу лишь по поводу зубной боли, съ профилактической же цѣлью никогда не прибѣгалъ къ пломбированію. Нынѣ зубы его не болятъ, хотя онъ чувствуетъ, что многіе у него испорчены.

27/x 1901 года. Status praesens. Больной низкаго роста, довольно тучный, на лицѣ незамѣтно никакой опухоли. Въ полости рта многіе зубы каріозны, частью съ совершенно разрушившимися отъ каріеза коронками и оставшимися лишь корнями, частью находящимися въ состояніи поверхностныхъ степеней каріеза. Первый большой коренной на лѣвой сторонѣ вверху сохранилъ коронку, и каріозная полость въ немъ глубока, проникаетъ до пульпы, причемъ ни зондированіе, ни вспрыскиванія холодной воды не даютъ никакого болевое ощущенія. Вынутый изъ пульпарной полости зондъ издаетъ непріятный запахъ и покрытъ на своей поверхности небольшимъ количествомъ маркаго зеленоватаго распада. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, на лѣвой сторонѣ получается чрезвычайно рѣзкое затемнѣніе, сказывающееся какъ затемнѣніемъ подглазничнаго круга, такъ и отсутствіемъ зрачковаго феномена. При изслѣдованіи носа, лѣвая половина носовой полости представляетъ слизистую оболочку, сильно набухшую и покраснѣвшую. Раковины гипертрофированы. Въ среднемъ носовомъ ходѣ видно небольшое количество гноя, причемъ въ томъ же среднемъ носовомъ ходѣ замѣтно нѣсколько полиповъ.

Діагнозъ: Highmoritis sinistra.

31/x. Удаленъ первый большой коренной на лѣвой сторонѣ.

5/xi 1901 года. Произведена трепанация Гайморовой полости помощью бормашины, бывшая совершенно безболѣзненной и прошедшая очень быстро. Въ продѣланный трепанационный каналъ вставлена серебряная канюля, и произведено промываніе полости теплымъ борнымъ растворомъ. Вышло довольно значительное количество зловоннаго гноя. Снять слѣпокъ для изготовленія obturatora.

7/xi. Произведено промываніе Гайморовой полости. Въ виду отъѣзда больного, сейчасъ же вставленъ ему obturatorъ. По заявленію больного, существовавшія у него выдѣленія изъ носа значительно улучшились, уменьшились какъ количественно, такъ и потеряли присущій имъ запахъ. По моей просьбѣ, больной написалъ ко мнѣ черезъ полгода, увѣдомивъ меня, что всѣ явленія, бывшія у него прежде, прошли. Въ промывныхъ водахъ въ теченіе болѣе мѣсяца не было и слѣдовъ гноя, почему онъ прибѣгъ къ заживленію Гайморовой полости, произведенному ему мѣстными врачами, и съ тѣхъ поръ у него уже новыхъ возвратовъ не было.

10/ix 1902 года больной пріѣхалъ ко мнѣ изъ Симбирска съ жалобой на то, что послѣ насморка, которымъ онъ недавно болѣлъ, у него вновь начались выдѣленія изъ лѣвой ноздри. До сихъ поръ онъ считалъ себя совершенно здоровымъ, а теперь всѣ прежнія ощущенія вернулись, почему онъ проситъ еще разъ сдѣлать ему трепанацію.

11/ix 1902 года произведена мною трепанація Гайморовой полости на лѣвой сторонѣ. Полость промыта, и въ промывныхъ водахъ оказалось опять значительное количество зловоннаго комковатаго гноя. Я вставилъ вторично obturatorъ и далъ совѣтъ больному не спѣшить съ заживленіемъ Гайморовой полости.

Какъ и прежде, спустя полгода, больной написалъ мнѣ письмо, въ которомъ увѣдомлялъ, что состояніе его Гайморовой полости опять улучшилось и болѣе не беспокоитъ его. Заживлять Гайморову полость теперь онъ не хочетъ и думаетъ оставить канюлю и протезъ у себя навсегда.

LIII.

(К. № 84). Г-нъ М. С., 46 лѣтъ, холостой, житель Петербурга, жалуется на постоянныя истеченія изъ носа зловоннаго отдѣляемаго, тянущіяся уже въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ. На разспросы отвѣчаетъ, что выдѣленія по преимуществу наблюдаются изъ лѣвой ноздри и всегда имѣютъ запахъ. Головными болями страдалъ мало, зубамъ особаго вниманія никогда не удѣлялъ, хотя большинство зубовъ у него здоровы и сохранились.

8/xi 1901 г. Status praesens. Больной хорошаго тѣлосложенія и питанія. Никакой доступной изслѣдованію опухоли на лицѣ не замѣчается. Въ полости рта большинство зубовъ здоровы. Первый большой коренной на лѣвой сторонѣ совершенно разрушенъ каріезомъ; имѣются лишь раздѣлившіеся его корни. Рядомъ второй малый коренной и второй большой коренной совершенно здоровы и сохранили свои коронки. Соотвѣтственно первому большому коренному, на лѣвой сторонѣ припухлости альвеолярнаго

отростка, равно какъ покраснѣнія десны, не замѣчено. При просвѣчиваніи, на лѣвой сторонѣ получается полное затемнѣніе, выраженное настолько рѣзко, что на основаніи этого уже явленія мною былъ предположенъ лѣвосторонній Гайморитъ. Изслѣдованіе носа случайно произведено не было, и, ограничившись лишь только наличными симптомами, я предложилъ больному произвести трепанацію Гайморовой полости. Въ тотъ же день 8/xi 1901 года ему удаленъ былъ первый большой коренной на лѣвой сторонѣ, а спустя три дня произведена трепанація Гайморовой полости помощью бормашины. Послѣ произведеннаго промыванія, вышло значительное количество зловоннаго гноя. Въ продолженіе слѣдовавшихъ затѣмъ трехъ дней больному производились промыванія, затѣмъ вставленъ былъ obturatorъ и съ этимъ больной отпущенъ домой, чтобы производить дальнѣйшія промыванія дома. Несмотря на мои просьбы, я не получилъ отъ больного свѣдѣній о дальнѣйшемъ теченіи его заболѣванія.

LIV.

(№. У.). Г-нъ Е. Ч., врачъ, 29 лѣтъ, житель Петербурга, явился ко мнѣ для удаленія корней перваго большого коренного на лѣвой сторонѣ. Корни этого зуба совершенно разрушены; каріозный процессъ глубоко внѣдряется въ существо корня, причемъ перегородка между отдѣльными корнями еще сохранена. Корни къ давленію и постукиванію довольно чувствительны и причиняютъ больному значительныя самопроизвольныя боли. Сейчасъ же я приступилъ къ удаленію этихъ корней, причемъ оба щечныхъ корня помощью элеватора свободно удалось экстрагировать. Небный корень, несмотря на повторныя попытки захватить щипцами не удалось, и во время выталкиванія его элеваторомъ, онъ проскользнулъ въ глубину и попалъ въ Гайморову полость. Я назначилъ больному асептическое полосканіе и былъ увѣренъ, что спустя нѣсколько дней, у него разовьются явленія гнойнаго воспаленія пазухи. Я пригласилъ больного придти ко мнѣ черезъ нѣсколько дней и 17 ноября 1901 года, осмотрѣвъ альвеолу, увидѣлъ, что никакихъ явленій раздраженія ни въ видѣ припухлости альвеолярнаго отростка, ни десны не было. Процессъ заживленія шелъ совершенно нормально; изъ глубины альвеолы начала гранулировать и выполняться. На разспросы же мои относительно того, не появилось ли у больного какихъ либо выдѣленій изъ носа или же ощущеній боли въ области лѣвой Гайморовой полости, я получилъ отрицательный отвѣтъ. Черезъ недѣлю больной вновь навѣстилъ меня, причемъ къ этому времени у него альвеола совершенно спалась, и десневые края щечной и язычной стороны

сошлись другъ съ другомъ, представляя картину вполне нормальнаго заживленія альвеолы послѣ экстракціи зуба. Я предупредилъ больного о возможности у него осложненій со стороны Гайморовой полости и просилъ строго наблюдать за собой, въ случаѣ же появленія тѣхъ или другихъ симптомовъ—явиться ко мнѣ. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ я встрѣтилъ больного и узналъ отъ него, что альвеола у него совершенно зажила и ни разу не появлялось никакихъ симптомовъ раздраженія Гайморовой полости.

LV.

(К. № 92). Г-жа Е. Ш., 39 лѣтъ, замужемъ, жительница Петербурга, жалуется на боли въ области *arcus zygomaticus* на правой сторонѣ и на постоянныя выдѣленія изъ носу гноя и слизи съ нѣкоторымъ запахомъ. Наиболѣе беспокоящими, однако, являются у нея боли, такъ какъ сами выдѣленія не очень обильны и мало раздражаютъ больную. За зубами всегда слѣдила и старалась пломбировать ихъ заблаговременно.

28/xi 1901 года. Status praesens: Arcus zygomaticus на правой сторонѣ чувствителенъ къ давленію и постукиванію, хотя въ этой области нѣтъ ни припухлости, ни какой-либо инфильтраціи мягкихъ частей щеки. При изслѣдованіи рта, на ряду со многими запломбированными зубами, видѣнъ первый большой коренной на правой сторонѣ сверху, совершенно разрушенный каріезомъ съ небольшими сохранившимися остатками коронки и съ наличностью полной гангрены мякоти. При изслѣдованіи носа, на правой сторонѣ въ среднемъ носовомъ ходѣ замѣтно въ видѣ гнойной капли небольшое количество выдѣляемаго, находящагося подъ краемъ средней раковины. Слизистая оболочка мало измѣнена, не много болѣе покраснѣла въ правой половинѣ носовой полости, чѣмъ въ лѣвой. При просвѣчиваніи, на правой сторонѣ довольно рѣзкое затемнѣніе въ области подглазничнаго полукруга. Зрачокъ на правой сторонѣ, при зажиганіи лампочки во рту, остается темнымъ, тогда какъ на лѣвой сторонѣ онъ отсвѣчиваетъ рѣзко краснымъ свѣтомъ. При закрываніи глазъ, больная ощущаетъ въ болѣе сильной степени свѣтъ въ лѣвомъ глазу и въ меньшей степени на правомъ.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori dextri chronica.

28/xi 1901 года удаленъ первый большой коренной зубъ на правой сторонѣ. Назначено явиться черезъ три дня для операціи.

1/xii 1901 года произведена трепанакція Гайморовой полости помощью копьевиднаго бора и бормашины. Трепанакція прошла совершенно безболѣзненно и длилась очень небольшой промежутокъ времени. Сейчасъ же послѣ трепанакціи произведено было

промываніе Гайморовой полости: выдѣлилось небольшое количество гноя съ значительной примѣсью слизи и съ нѣкоторымъ, не особенно сильнымъ, запахомъ.

3/xii произведено промываніе Гайморовой полости. Выдѣлилось небольшое количество слизи-гнойныхъ комковъ.

4/xii Промываніе Гайморовой полости тоже дало небольшое количество гноя.

5/xii. Промываніе Гайморовой полости. Гноя почти совсѣмъ нѣтъ. Вставленъ obturatorъ. По заявленію больной, бывшія у нея боли въ значительной степени уменьшились, и даже она можетъ сказать, что со дня операціи не испытывала прежнихъ болей. Что же касается выдѣленій, то и до операціи они не были особенно обильными, теперь же совсѣмъ прекратились.

Черезъ мѣсяцъ, 5/i 1902 года, больная явилась для осмотра, причемъ изъ разспросовъ выяснилось, что послѣднее время она дѣлаетъ промываніе разъ въ два, три дня, и въ промывныхъ водахъ у нея почти совершенно нѣтъ гноя. Въ виду этого, а равно въ виду того, что всѣ прежде бывшія у нея болевые ощущенія совершенно прошли, она проситъ заживить ей имѣющийся свищъ. Въ теченіе слѣдующей затѣмъ недѣли-полторы, ей произведено было заживленіе свища, и съ этимъ больная отпущена домой, причемъ я просилъ ее черезъ полгода вновь показаться мнѣ для осмотра и изслѣдованія ея Гайморовой полости.

Въ октябрѣ мѣсяцѣ 1902 года больная пришла ко мнѣ для осмотра и пломбированія зубовъ, причемъ изъ разспросовъ выяснилось, что прежнія ощущенія, а равно явленія, которыми сопровождалось заболѣваніе Гайморовой полости, совершенно прошли и болѣе не возобновлялись.

LVI.

(К. № 97). Г-нъ Б. Д., 29 лѣтъ, инженеръ-технологъ, житель Петербурга, явился ко мнѣ съ жалобами на выдѣленія изъ носу съ гнилостнымъ запахомъ, появившіяся у него, спустя нѣсколько дней послѣ удаленія перваго большого коренного на лѣвой сторонѣ сверху, произведеннаго ему однимъ зубнымъ врачомъ. Удаленіе было очень трудно и длилось довольно продолжительное время.

6/xii 1901 года. Status praesens: Въ полости рта на лѣвой сторонѣ, соотвѣтственно мѣсту расположенія перваго большого коренного верхняго, видна сравительно свѣжая рана. При удаленіи зуба, альвеола, повидимому, резецирована; наружная стѣнка ея отсутствуетъ. Просвѣтъ альвеолы выполненъ кровянымъ сверткомъ, разлагающимся на своей поверхности и издающимъ непріятный гнилостный запахъ. Зондъ, введенный въ альвеолу, свободно проникалъ въ Гайморову полость на значительную глу-

бину. Сквозь имѣвшееся отверстіе введена въ Гайморову полость промывная трубка и полость промыта теплымъ борнымъ растворомъ. При промываніи, черезъ носъ выдѣлилось значительное количество слизисто-гнояного содержимаго съ довольно рѣзкимъ гнилостнымъ запахомъ. Въ просвѣтъ имѣющагося сообщенія вставлена серебряная канюля, и снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora.

7/xii. Произведено промываніе Гайморовой полости, давшее небольшое количество гноя почти совершенно безъ запаха. Больной заявляетъ, что съ момента вчерашняго промыванія бывшія до того у него ощущенія совершенно прошли, и выдѣленія изъ носу прекратились, равно какъ прекратился и беспокоившій его запахъ.

8/xii. Промываніе Гайморовой полости. Въ промывныхъ водахъ почти нѣтъ гноя.

10, 11 и 12-го декабря. Промываніе Гайморовой полости. Въ промывныхъ водахъ количество гноя очень небольшое въ видѣ нѣсколькихъ слизисто-гнояныхъ комковъ. Больному вставленъ obturatorъ, и данъ совѣтъ промывать Гайморову полость дома.

Спустя 3 мѣсяца послѣ перваго посѣщенія больного, онъ явился снова для осмотра и заявилъ, что прежде бывшія у него ощущенія совершенно прошли. Гноя въ промывныхъ водахъ почти совсѣмъ нѣтъ, почему онъ проситъ произвести заживленіе имѣющагося у него свища. Послѣ удаленія канюли и выскабливанія острой ложечкой стѣнокъ трепанационнаго канала, путемъ іодоформенныхъ перевязокъ, въ теченіе около двухъ недѣль, удалось достигнуть полного закрытія Гайморовой полости.

LVII.

(К. № 96). Г-нъ С. К., 27 лѣтъ, офицеръ, житель Петербурга, явился ко мнѣ съ жалобой на постоянное истеченіе изъ носу, по преимуществу изъ правой ноздри, беспокоящее больного единственно своимъ значительнымъ количествомъ, требующимъ нѣсколькихъ носовыхъ платковъ въ день. На разспросы больной отвѣчаетъ, что особеннаго запаха изъ носу онъ не замѣчалъ, усиленія выдѣленія при измѣненіяхъ положенія головы тоже не отмѣтилъ. Что-же касается головныхъ болей, то у него дѣйствительно, со времени появленія гноетеченія, онѣ бывають и главнымъ образомъ по вечерамъ. Зубы у него давно сильно разрушены и большинство изъ нихъ не можетъ быть пломбировано.

6/xii 1901 года. Status praesens. Въ полости рта всѣ почти верхніе коренные зубы сильно разрушены каріезомъ, такъ что отъ нихъ остались одни раздѣлившіеся корни. Передніе зубы тоже въ большей своей части разрушены каріезомъ. Въ клыкъ на правой сторонѣ имѣется даже обнаженіе мякоти. Второй ма-

лый коренной на правой сторонѣ чувствителенъ къ давленію и постукиванію, нѣсколько пошатывается и давно уже причиняетъ обладателю его боли. Первый большой коренной совершенно разрушенъ. Второй большой коренной уцѣлѣлъ и запломбированъ цементомъ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, на правой сторонѣ получается очень рѣзкое затемнѣніе. При изслѣдованіи же носа, въ среднемъ носовомъ ходѣ (на правой сторонѣ) видно большое количество слизисто-гнояного отдѣляемаго, вытекающаго изъ подъ края средней раковины. Полиповъ нѣтъ. Слизистая оболочка носовой полости мѣстами гиперемирована.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori dextri chronica.

6/xii 1901 года. Удаленъ щечно-задній и небный корень перваго большого коренного верхняго праваго. При удаленіи пришлось ограничиться лишь удаленіемъ этихъ двухъ корней, такъ какъ крайне нервный и нетерпѣливый больной не далъ удалить третьяго корня. Я рѣшилъ оставить передній щечный корень, такъ какъ удаленіе его не было для меня необходимо, ибо проложить путь въ Гайморову полость я могъ и сквозь альвеолы уже удаленныхъ корней.

10/xi. Произведена трепанация Гайморовой полости съ помощью бормашины, причемъ сама операція была совершенно безболѣзненна и не вызвала никакой реакціи со стороны больного, бывшаго столь нетерпѣливымъ при удаленіи корней. Послѣ трепанации вставлена канюля и произведено промываніе Гайморовой полости. Вышло довольно значительное количество гноя съ неприятнымъ гнилостнымъ запахомъ. Вставлена канюля, и снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora.

11/xii. Промываніе Гайморовой полости дало небольшое количество гноя съ нѣкоторымъ запахомъ. Больной указываетъ на значительное улучшеніе состоянія его здоровья, выразившееся, главнымъ образомъ, въ уменьшеніи гноетеченія изъ носу, очень тяготившаго его до операціи.

12 и 13 Декабря. Произведены промыванія Гайморовой полости, причемъ въ промывныхъ водахъ всякій разъ выходитъ небольшое количество гноя почти совершенно безъ запаха. Вставленъ больному obturatorъ и онъ отпущенъ съ просьбой продолжать промыванія дома.

Черезъ полгода больной явился ко мнѣ для осмотра, причемъ заявилъ, что теперь онъ дѣлаетъ промыванія не чаще раза-двухъ въ недѣлю. Выдѣлений изъ носу у него совсѣмъ нѣтъ. Въ промывныхъ водахъ количество гноя очень незначительно и совершенно не содержитъ запаха. Въ это посѣщеніе я промылъ Гайморову полость и убѣдился, что дѣйствительно въ промывныхъ водахъ выдѣляется лишь нѣсколько слизисто-гнояныхъ комковъ. Я обратилъ вниманіе больного на необходимость удаленія всѣхъ

другихъ имѣющихся у него каріозныхъ зубовъ и вставленія протеза съ искусственными зубами; но больной не пожелалъ пока дѣлать этого. Что касается самой Гайморовой полости, то, въ виду мало беспокоящихъ его канюли и obturatora, онъ пока не желаетъ прибѣгать къ заживленію полости.

Въ сентябрѣ 1902 года больной опять посѣтилъ меня, и изъ разспросовъ оказалось, что за послѣднее время промыванія имъ дѣлались разъ въ двѣ недѣли и въ промывныхъ водахъ гноя совсѣмъ не было. Теперь онъ желалъ бы заживить отверстіе, ведущее изъ полости рта въ Гайморову пазуху. Промывши полость и убѣдившись, что дѣйствительно въ промывныхъ водахъ нѣтъ и слѣдовъ гноя или слизи, я выскоблилъ стѣнки свища и въ теченіе полутора-двухъ недѣль періодическими перевязками добился заживленія полости.

LVIII.

(К. № 115). Г-жа И. Г., 26 лѣтъ, дѣвица, жительница Петербурга, явилась ко мнѣ съ жалобой на истеченіе изъ носу, придерживающееся по преимуществу правой стороны, длящееся уже нѣсколько мѣсяцевъ и не уступающее спеціальному леченію. Врачъ, у котораго она лечилась, предполагаетъ у нея заболѣваніе правой Гайморовой полости и прислалъ ее ко мнѣ для изслѣдованія и трепанціи полости.

³¹/XII 1901 года. Status praesens. При изслѣдованіи носовой полости, въ среднемъ носовомъ ходѣ замѣтно небольшое количество гнойнаго выдѣляемаго, вытекающаго изъ-подъ края средней раковины. Слизистая оболочка носовой полости измѣнена мало, припухлости ея незамѣтно. Въ полости рта первый большой коренной зубъ совершенно разрушенъ, имѣются лишь раздѣлившіеся его корни. При просвѣчиваніи получается совершенно равномерное свѣченіе какъ зрачковъ, такъ и обѣихъ носовыхъ полостей. На типическомъ мѣстѣ подглазничнаго полукруга никакого сколько нибудь замѣтнаго потемнѣнія на правой сторонѣ не имѣется. На основаніи этихъ данныхъ наличность эмпіемы Гайморовой полости поставлена подъ сомнѣніемъ, хотя, въ виду риноскопической картины, и предложено было больной произвести трепанцію полости, дабы окончательно убѣдиться въ томъ, имѣется-ли у нея въ полости верхнечелюстной кости скопленіе гноя.

³¹/XII. Удалены корни перваго большого кореннаго наверху, и сейчасъ-же сквозь небную альвеолу зуба помощью бормашины произведена трепанціа Гайморовой полости. При промываніи, однако, оказалось, что Гайморова полость совершенно не содержитъ гноя, и промывныя воды вышли лишь слегка окрашенными кровью. Путемъ перевязокъ, въ теченіе двухъ недѣль, удалось добиться заживленія Гайморовой полости безо всякихъ осложнений.

LIX.

(К. № 190). Г-нъ А. О., 15 лѣтъ, житель Петербурга, присланъ ко мнѣ ринологомъ для трепанціи Гайморовой полости. Жалобы больного сводятся къ постоянному гноетеченію изъ правой ноздри съ нѣкоторымъ запахомъ и болями въ области лба.

⁷/III 1902 года. Status praesens. Въ полости рта зубы совершенно здоровы; на правой сторонѣ какъ первый большой коренной, такъ и второй большой коренной, а равно второй малый коренной каріезомъ не поражены совершенно. При изслѣдованіи носа замѣтно гнойное выдѣленіе въ среднемъ носовомъ ходѣ на правой сторонѣ. Слизистая оболочка носовой полости припухла. Поверхность раковинъ, а равно и поверхность слизистой оболочки носовой полости покрыты слизисто-гнойными полосками. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, на обѣихъ сторонахъ просвѣчиваніе совершенно равномерное; никакого затемнѣнія на правой сторонѣ въ области подглазничнаго полукруга, ни разницы въ покраснѣніи зрачковъ незамѣтно. Въ виду этихъ данныхъ, я усомнился въ наличности эмпіемы Гайморовой полости у даннаго больного и написалъ объ этомъ приславшему его ринологу. Я потомъ узналъ отъ пользовавшаго больного врача, что въ дальнѣйшемъ выяснилась принадлежность всѣхъ имѣвшихся у больного симптомовъ эмпіемѣ лобной пазухи.

LX.

(К. № 126) Г-жа М. О., 40 лѣтъ, замужняя, жительница Петербурга, явилась ко мнѣ по совѣту пользовавшаго ее ринолога съ просьбой произвести трепанцію Гайморовой полости на лѣвой сторонѣ. Больная жалуется на давнишній насморкъ, выражающійся гноетеченіемъ изъ лѣвой половины носа, имѣющимъ притомъ крайне непріятный запахъ. Постоянно страдаетъ головными болями, а равно и болями въ области лѣвой глазницы; боли часто не имѣютъ даже опредѣленной локализациі, но захватываютъ всегда лѣвую половину лица. Верхніе зубы всѣ почти утеряны, — они у нея удалены, и она носитъ протезъ.

¹⁹/I 1902 г. Status praesens. Больная слабого тѣлосложенія, довольно анемичная, крайне нервная, боязливая. На лицѣ никакой опухоли нѣтъ. При ощупываніи мягкихъ частей подъ arcus zygomaticus, также не удается обнаружить какого-либо инфильтрата. При давленіи на arcus zygomaticus, съ лѣвой стороны замѣтна нѣкоторая чувствительность, которая также замѣтна и при постукиваніи по выдающейся части лѣвой скуловой кости. По-

лость рта послѣ снятія протеза представляется совершенно лишеной зубовъ. На лѣвой сторонѣ сохранились лишь корни перваго большого коренного зуба. Всѣ остальные зубы верхней челюсти удалены.

При изслѣдованіи носа, въ среднемъ носовомъ ходѣ на лѣвой сторонѣ замѣтно въ видѣ полосокъ, въ видѣ нитей, располагающихся по слизистой оболочкѣ носовой полости, слизисто-гнойное отдѣленіе. По стираніи его и наклоненіи головы больной впередъ и внизъ, въ среднемъ носовомъ ходѣ появляется гнойная капля, выдѣляющаяся изъ-подъ средней раковины. Слизистая оболочка носовой полости лѣвой стороны, по сравненію съ правой, представляется значительно покраснѣвшей, мѣстами припухшей. Полиповъ нѣтъ, хотя больная заявляетъ, что ей незадолго до этого было удалено нѣсколько полиповъ на лѣвой сторонѣ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, на лѣвой половинѣ замѣтно чрезвычайно рѣзкое затемнѣніе подглазничнаго края, а равно и затемнѣніе зрачка. При закрываніи вѣкъ, больная совершенно не ощущаетъ свѣта на лѣвой сторонѣ, тогда какъ, наоборотъ, въ правомъ глазу она чувствуетъ его вполне ясно.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori sinistri chronica.

19/1 1902 года. Удалены корни перваго большого коренного зуба на лѣвой сторонѣ. Удаленіе это произведено было не съ цѣлью проложить путь въ Гайморову полость, такъ какъ, въ виду отсутствія зубовъ, для этого свободно можно было выбрать мѣсто, отвѣчающее второму премоляру или, въ крайнемъ случаѣ, второму моляру. Удаленіе было произведено въ силу того, что присутствію этихъ корней я придавалъ значеніе, какъ агенту, быть можетъ, обусловившему собой возникшую у больной эмпиему. Черезъ три дня послѣ этого, 22/1 1902 года, произведена была трепанация Гайморовой полости, и тутъ-же полость промыта теплымъ борнымъ растворомъ, причемъ черезъ носъ при промываніи выдѣлилось значительное количество густого зловоннаго гноя. Больной вставлена была канюля; имѣющійся же у нея протезъ я рѣшилъ нѣсколько увеличить, дабы заднимъ концомъ его прикрыть отверстіе канюли. Въ теченіе слѣдующихъ трехъ дней я произвелъ промыванія и передѣлалъ протезъ, которымъ съ этого времени и стала больная пользоваться, какъ obturatoromъ. По словамъ больной, съ первыхъ же дней послѣ промыванія состояніе ея значительно улучшилось: боли не появляются, гноетеченіе изъ носу значительно уменьшилось, хотя не прекратилось совсѣмъ.

Въ теченіе слѣдовавшаго затѣмъ полугода я имѣлъ возможность часто наблюдать больную въ силу того, что отъ времени до времени промыванія Гайморовой полости у нея чрезвычайно затруднялись и дѣлались совершенно невозможными. Ни разу при

этомъ нельзя было обнаружить какой-либо причины, вызывавшей такіе затрудненія въ промываніяхъ, они появлялись, повидимому, безо всякаго повода, держались то одинъ, два, то нѣсколько дней и потомъ также проходили. При возникавшихъ затрудненіяхъ, вспрыскиванія промывной жидкости въ Гайморову полость дѣлались почти невозможными; изъ носу жидкость почти не выдѣлялась или иногда выходила каплями. Часто вслѣдъ за такимъ затрудненнымъ промываніемъ, не приводившимъ къ цѣли, появлялось кровотеченіе изъ носу. Среди этихъ затрудненій бывали свѣтлые промежутки, тянувшіеся двѣ—три недѣли, во время которыхъ промыванія шли совершенно свободно. Въ теченіе описаннаго полугодія явленія, беспокоившія больную въ началѣ ея заболѣванія, то улучшались, то вновь дѣлались тягостными. За все время, однако, выдѣленія изъ носу не прекращались совершенно, а лишь уменьшались въ количествѣ. По временамъ появлялся изъ носу запахъ, сильно беспокоившій больную. Въ виду всѣхъ этихъ затрудненій, а равно невозможности выяснить ихъ причину, такъ какъ сквозь имѣвшійся небольшихъ размѣровъ свищъ нельзя было хорошо изслѣдовать Гайморову полость, я предложилъ больной прибѣгнуть ко вскрытію полости сквозь fossa canina, что и было сдѣлано въ томъ же году въ іюнѣ мѣсяцѣ. Операция вскрытія Гайморовой полости сквозь fossa canina произведена была приватъ-доцентомъ Вреденомъ, любезно предоставившимъ мнѣ ассистированіе на операциі. Подъ хлороформомъ произведенъ былъ разрѣзъ слизистой оболочки на мѣстѣ ея перехода изъ десны въ слизистую щеки. Разрѣзъ произведенъ пакеленомъ, благодаря примѣненію котораго во все время операциі можно было легко ориентироваться, такъ какъ, въ виду отсутствія кровотеченія, не затемнялась картина операционнаго поля. Пакеленомъ же разрѣзъ былъ углубленъ до поверхности кости, и въ одномъ мѣстѣ у основанія arcus zygomaticus сдѣлано небольшое отверстіе въ передней стѣнкѣ Гайморовой полости. Сквозъ это отверстіе введена была острая ложка, и послѣдней отверстіе расширено настолько, дабы въ Гайморову полость возможно было ввести указательный палецъ. Затѣмъ выскаблена острой ложкой вся внутренняя поверхность Гайморовой полости, причемъ изъ послѣдней удалено нѣсколько полиповъ небольшихъ размѣровъ. Внутренняя поверхность Гайморовой полости покрыта была значительно разросшимися грануляціями, которыя тоже въ большей или меньшей степени выскаблены острой ложкой. Затѣмъ Гайморова полость затампонирована марлей и больная отнесена въ палату. Послѣ операционное теченіе длилось около трехъ недѣль. Перевязки состояли въ перемѣнѣ марлевыхъ тампоновъ.

Края сдѣланнаго отверстія понемногу стали гранулировать и сужаться, такъ что, спустя мѣсяцъ послѣ операциі, сдѣланное

отверстіе имѣло просвѣтъ, не пропускавшій кончика мизинца. Ощущенія больной послѣ этой операціи значительно улучшились: выдѣленія гноя изъ полости совсѣмъ почти прекратились, и мною изготовленъ былъ ей новый протезъ съ искусственными зубами, наружная часть котораго была удлинена въ мѣстѣ трепанаціоннаго отверстія и своимъ удлинненнымъ хвостомъ прикрывала свищъ. Больной данъ совѣтъ отъ времени до времени (разъ въ недѣлю, разъ въ двѣ недѣли) промывать полость сквозь имѣющійся свищъ; всякій разъ эти промыванія проходятъ совершенно хорошо, ни разу не было какихъ либо затрудненій и состояніе лѣвой Гайморовой пазухи теперь (1904 г.) совершенно нормально. Къ сожалѣнію, у больной, еще передъ операціей вскрытія Гайморовой полости сквозь fossa canina, появились симптомы лѣвосторонней эмпіемы лобной пазухи, которые, хотя и не въ столь рѣзкой степени, держатся и понынѣ.

LXI.

(К. № 195) Г-нъ А. Г., 39 лѣтъ, акцизный чиновникъ, житель Эстляндской губерніи ^{16/III} 1902 года явился ко мнѣ съ жалобой на истеченія гноя изъ правой ноздри, появившіяся у него недѣлю тому назадъ, вскорѣ послѣ удаленія верхняго малаго коренного зуба. Альвеола на мѣстѣ удаленнаго зуба, по словамъ больного, до сихъ поръ еще не зажила, и даже при полосканіи рта онъ ощущаетъ, какъ будто-бы вода попадаетъ въ носъ. Со времени появленія выдѣленій изъ носа, онъ ощущаетъ нѣкоторую боль въ правой половинѣ лица, начинающуюся отъ мѣста удаленнаго зуба.

^{16/III} 1902 г. Status praesens. При осмотрѣ полости рта даннаго больного, видна альвеола послѣ недавняго удаленія верхняго праваго втораго малаго коренного зуба, отчасти выполненная кровянымъ сверткомъ. Края десны надъ альвеолой не сошлись. На высотѣ альвеолярнаго отростка десна покраснѣла, болѣзненна при дотрогиваніи, также болѣзненна при надавливаніи и кость альвеолы. Введенный въ альвеолу зондъ свободно проникаетъ въ Гайморову полость. При просвѣчиваніи полости получается рѣзкое затемнѣніе на правой сторонѣ. Въ виду несомнѣнно существовавшего сообщенія между полостью рта и Гайморовой полостью, я сразу же приступилъ къ промыванію пазухи. При промываніи получилось довольно значительное количество густого зловоннаго гноя, послѣ чего существовавшее отверстіе было расширено боромъ; въ него вставленъ серебряный дренажъ и больному снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora.

^{17/III}. Промываніе Гайморовой полости дало небольшое количество гноя. По заявленію больного, съ момента перваго промы-

ванія всѣ беспокоившія его явленія прошли. Гной изъ правой ноздри совсѣмъ теперь не выдѣляется, и исчезъ бывший запахъ, равно какъ и тупое ощущеніе боли, бывшей прежде въ правой половинѣ лица.

^{18/III}. Промываніе Гайморовой полости. Вставленъ obturatorъ, и больной отпущенъ домой съ наставленіемъ производить промыванія полости.

Въ маѣ 1902 года я встрѣтился съ братомъ больного, зубнымъ врачомъ, привозившимъ его ко мнѣ, который передалъ мнѣ, что явленія Гайморита у нашего пациента совершенно стихли, почему я и посоветовалъ ему прибѣгнуть къ жизни полости.

LXII.

(К. № 233) Г-жа Е. Л., 33 лѣтъ, замужняя, жительница Петербурга, явилась ко мнѣ съ жалобами на постоянное истеченіе изъ носа, по преимуществу изъ лѣвой ноздри; вытекающій гной, по словамъ больной, имѣетъ крайне непріятный запахъ. Головными болями не страдаетъ. Гноетеченіе появилось у нея нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ, и больная точно не можетъ опредѣлить причины, которая повела къ возникновенію ея болѣзни. Зубами почти не страдала, не приходилось ей даже и пломбировать своихъ зубовъ, такъ какъ они всегда были цѣлы. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ у нея началась какая-то своеобразная болѣзнь десенъ, выражающаяся нѣкоторымъ выдѣленіемъ гноя изъ подъ края десенъ у шеекъ зубовъ, и поведшая къ значительному расшатыванію нѣкоторыхъ зубовъ, наряду съ чѣмъ у нея стала появляться чувствительность въ зубахъ отъ холодной и горячей воды.

^{2/IV} 1902 года. Status praesens. Больная хорошо упитанная, хорошаго тѣлосложенія, беременна на восьмомъ мѣсяцѣ. При изслѣдованіи лица, никакой опухоли на послѣднемъ не замѣчено. Припухлости костей нѣтъ. Въ полости рта большинство зубовъ здоровы, каріезомъ не поражены. Всѣ почти зубы на лицо, за исключеніемъ втораго большаго коренного на правой сторонѣ, который, по словамъ больной, былъ удаленъ ей совершенно цѣлымъ въ силу того, что совсѣмъ шатался и причинялъ боли. При изслѣдованіи десенъ, повсюду обнаружена значительная гиперемія десневого края. На многихъ зубахъ десна отстоитъ нѣсколько отъ шеекъ, образуя небольшіе карманы. При давленіи на десну по длинѣ корня зуба, изъ подъ края ея повсюду удается выдавить небольшое количество гноя. Корни всѣхъ почти зубовъ обнажены; десна не доходитъ до шеекъ зубовъ. Второю малую коренную вверху съ лѣвой стороны довольно значительно пошаты-

вается; вокруг него десна образует глубокий карманъ, наполненный гноемъ. При изслѣдованіи носа, въ лѣвой половинѣ носовой полости, соответственно среднему носовому ходу, видно небольшое количество гноя, вытекающаго изъ подъ средней раковины. Слизистая оболочка этой половины значительно болѣе гиперемирована и набухла, чѣмъ на правой сторонѣ. Если вытереть гной, находящійся въ носовой полости ватой и заставить больную наклонить голову впередъ и внизъ, то на лѣвой сторонѣ появляется небольшая капелька гноя, вытекающая также изъ подъ средней раковины. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, получилось значительное затемнѣніе на лѣвой сторонѣ, выразившееся какъ потемнѣніемъ подглазничнаго полукруга, такъ и потемнѣніемъ зрачка.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori sinistri. Больной предложена операція, которую она, въ виду существовавшей беременности, просила отложить на нѣкоторое время.

10/ix больная явилась ко мнѣ съ просьбой произвести ей операцію, такъ какъ гноетеченіе изъ носу у нея не прекратилось; наоборотъ, нѣсколько усилилось; къ тому же въ послѣднее время появились у нея нѣкоторыя боли въ области лѣвой глазницы. Я приступилъ къ удаленію второго верхняго лѣваго малаго коренного зуба, который къ этому времени былъ расшатанъ еще болѣе, чѣмъ въ первое посѣщеніе больной. Почти во всю свою длину корень его былъ уже обнаженъ и выдвинутъ изъ альвеолы. Удаленіе произведено безо всякаго затрудненія, и больной назначено придти черезъ три дня для операціи.

18/ix 1902 года сквозь альвеолу удаленнаго второго премоляра произведена трепанация Гайморовой полости копьевиднымъ боромъ съ помощью бормашины. Операція произведена очень быстро и не вызвала особенно непріятныхъ ощущеній у больной. Послѣ трепанации вставленъ серебряный дренажъ, причемъ, какъ и во всѣхъ прежде наблюдавшихся мною случаяхъ, выдѣленія гноя изъ Гайморовой полости въ полость рта ни послѣ удаленія зуба, ни послѣ произведенія операціи не послѣдовало. При промываніи черезъ носъ выдѣлилось значительное количество густого зловоннаго гноя. Послѣ промыванія больной снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora, и просвѣтъ, оставленной въ толщѣ альвеолярнаго отростка, дренажной трубки закрыть ватой.

14/ix 1902 года. Сдѣлано промываніе Гайморовой полости, давшее небольшое количество гноя съ тѣмъ же непріятнымъ запахомъ. Больная заявляетъ, что состояніе ея замѣтно улучшилось съ момента операціи. Гноетеченіе изъ носа уменьшилось до такой степени, что она его почти не замѣчаетъ. Запахъ изъ носу тоже прошелъ и незамѣтенъ даже для окружающихъ.

15/ix. Промываніе Гайморовой полости. Вышло небольшое количество гноя съ нѣкоторымъ запахомъ.

16/ix. Промываніе полости дало ничтожное количество гноя почти безъ запаха. Надѣтъ obturatorъ и больной даны наставленія дѣлать промыванія дома теплымъ борнымъ растворомъ.

Черезъ 3 мѣсяца больная явилась ко мнѣ съ жалобой на ухудшеніе процесса. Все время до сихъ поръ состояніе ея Гайморовой полости не оставляло желать ничего лучшаго, такъ какъ выдѣленій изъ носу совсѣмъ не было, да и въ промывныхъ водахъ гноя было очень мало. Нѣсколько дней тому назадъ она захворала насморкомъ, и съ тѣхъ поръ выдѣленія у нея значительно усилились. Въ промывныхъ водахъ всегда имѣется значительная примѣсь гноя, да, кромѣ того, появился совсѣмъ было исчезнувшій запахъ. Я успокоилъ больную, что наблюдаемая ею явленія суть результатъ обостренія старой болѣзни подъ вліяніемъ насморка, и что они вслѣдъ затѣмъ, какъ пройдетъ насморкъ, тоже стихнутъ.

Черезъ нѣсколько дней, 16/xii, больная явилась ко мнѣ для промыванія Гайморовой полости, причемъ оказалось, что дѣйствительно бывшее у нея обостреніе Гайморита начало стихать, и нынѣ въ промывныхъ водахъ оказывается очень небольшая примѣсь слизисто-гнойныхъ комковъ, не содержащихъ никакого запаха. Я просилъ больную продолжать промыванія и показаться мнѣ въ началѣ будущаго года.

3/ii 1903 года. Больная вновь посѣтила меня и въ это ея посѣщеніе я могъ убѣдиться, что всѣ явленія воспаленія Гайморовой полости у нея совершенно прошли. Не только субъективныя ощущенія исчезли, но и въ промывныхъ водахъ, не смотря на рѣдко дѣлаемая больной промыванія, ни гноя, ни слизи не оказалось. Я рѣшилъ заживить ведущее въ полость отверстіе, удаливъ канюлю, освѣжилъ стѣнки свища выскабливаніемъ острой ложкой и путемъ перевязокъ добился въ теченіе двухъ недѣль полного заживленія полости.

Я просилъ больную показаться мнѣ черезъ полгода, что ею и было исполнено. Въ это посѣщеніе я узналъ, что бывшее страданіе у нея больше не возобновлялось.

LXIII.

(К. № 268) Г-нъ И. А., 26 лѣтъ, служащій въ конторѣ редакціи, житель Петербурга, явился ко мнѣ 3/vi 1902 года съ жалобой на выдѣленія изъ носу, тянущіяся у него съ ноября 1900 г. Выдѣленія эти исключительно почти придерживаются лѣвой ноздри, довольно обильны, такъ что ему приходится очень часто

сморгаться. Особенно количество ихъ велико по утрамъ, когда эти выделения имѣютъ замѣтный для больного запахъ. Головныхъ болей, а равно какихъ-либо болей въ области лѣвой половины лица, онъ не ощущалъ, такъ что единственно тревожащимъ его симптомомъ является значительное количество выделяемаго. Зубами страдалъ довольно часто, и многіе изъ нихъ приходилось ему пломбировать, а нѣкоторые даже удалять.

³/vi 1902 года Status praesens: Больной высокаго роста, прекраснаго тѣлосложенія и питанія. Никакой припухлости на лѣвой сторонѣ не замѣтно. При изслѣдованіи полости рта обнаружено: передніе зубы желтые, очень крѣпкіе. Малые коренные мѣстами запломбированы золотомъ, мѣстами цементомъ. На лѣвой сторонѣ верхней челюсти первый большой коренной сильно разрушенъ кариесомъ и при изслѣдованіи даетъ характерные симптомы полной гангрены мякоти. При изслѣдованіи носа лѣвая половина носовой полости представляется выполненной нѣсколькими слизистыми полипами, исходящими изъ области средней носовой раковины. Какъ поверхность самихъ полиповъ, такъ и поверхность слизистой оболочки раковинъ носовой полости лѣвой стороны покрыта всюду довольно значительнымъ количествомъ жидковатаго гнойнаго отдѣляемаго, которое, будучи стерто ватой, издаетъ характерный, противный запахъ. При нѣкоторомъ вниманіи удается опредѣлить, что гной выделяется изъ подъ средней раковины; на правой сторонѣ носовой полости никакихъ особенныхъ измѣненій. Слизистая оболочка совершенно почти нормальна, раковины не гипертрофированы. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, изъ полости рта обнаружено полное затемненіе на лѣвой сторонѣ.

Диагнозъ: Empyema antri Highmori sinistri chronica.

³/vi 1902 года. Больному предложена операція, на которую онъ, къ сожалѣнію, не согласился.

LXIV.

(К. № 271). Г-жа Ю. Е., 24 лѣтъ, дѣвица, учительница, приѣзжая, явилась ко мнѣ ¹⁰/vi 1902 года съ заявленіемъ, что приѣхала въ Петербургъ изъ провинціи для лѣченія своего насморка, которымъ уже страдаетъ въ теченіе двухъ слишкомъ лѣтъ и за причину котораго, по опредѣленію изслѣдовавшаго ее въ Петербургѣ ринолога, признаннымъ считается Гайморитъ лѣвой стороны. При разспросахъ больная вполне точно указываетъ, что гноетеченіе дѣйствительно происходитъ изъ одной только лѣвой ноздри, что оно очень обильно, требуетъ постояннаго вытиранія носа, причемъ гной имѣетъ запахъ, хотя и мало замѣтный для

самой больной, но хорошо замѣтный для ея окружающихъ. Главными болями страдаетъ постоянно съ тѣхъ поръ, какъ заболѣла насморкомъ: боли по преимуществу придерживаются лѣвой половины. Зубами много не занималась, и къ зубному врачу обращалась лишь въ случаѣ зубной боли. Что касается флюсовъ, то она хорошо помнитъ, что у ней нѣсколько разъ бывали флюсы, соотвѣтственно лѣвой сторонѣ верхней челюсти. При дальнѣйшихъ разспросахъ, больная такъ же очень точно указываетъ на то обстоятельство, что при наклоненіи головы внизъ, выделения изъ носа у нея сильно увеличиваются, а также онъ увеличивается при лежаніи на здоровой сторонѣ.

¹⁰/vi 1902 года. Status praesens. Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія, крайне нервная, боязливая. Опухли лица не замѣчается, хотя подъ arcus zygomaticus на лѣвой сторонѣ при изслѣдованіи удается прощупать какъ-бы нѣкоторую инфильтрацію мягкихъ частей щеки. При изслѣдованіи носа, въ лѣвой половинѣ носовой полости, слизистая оболочка раковинъ оказывается сильно припухшей и гиперемированной; въ области hiatus semilunaris замѣчается свободно сидящій слизистый полипъ. Въ среднемъ носовомъ ходѣ на лѣвой сторонѣ имѣется значительное количество гноя; по стираніи его, онъ вновь появляется, спустя нѣкоторое время, и вытекаетъ изъ подъ средней раковины. Въ полости рта передніе зубы здоровы, кое гдѣ поражены поверхностными степенями кариеса. Первый большой коренной на лѣвой сторонѣ совершенно разрушенъ, имѣются лишь раздѣлившіеся его корни. Второй большой коренной, а равно и второй малый коренной кариесомъ не поражены. При просвѣчиваніи на лѣвой сторонѣ обнаружено сильное затемненіе.

Диагнозъ: Empyema antri Highmori sinistri chronica.

¹⁰/vi Удалены корни перваго верхняго лѣваго большого коренного зуба.

¹⁴/vi Произведена трепанация Гайморовой полости, причемъ, при послѣдующемъ промываніи, изъ полости выдѣлилось громадное количество сильно зловоннаго гноя, плававшего въ промывныхъ водахъ въ видѣ густыхъ комковъ и осѣвшего на дно въ видѣ очень толстаго слоя. Послѣ промыванія снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora. Просвѣтъ, вставленной въ альвеолярный отростокъ, дренажной трубки закрыть ватой.

¹⁵/vi Сдѣлано промываніе Гайморовой полости. Выдѣлилось довольно значительное количество гноя съ рѣзкимъ неприятнымъ запахомъ.

¹⁶/vi Выдѣлилось при промываніи опять довольно значительное количество гноя съ нѣкоторымъ запахомъ.

¹⁷/vi Промываніе Гайморовой полости даетъ сравнительно небольшое количество гноя почти безъ запаха. Больной вставленъ

обтураторъ. Изъ разспросовъ выяснилось, что субъективныя ощущенія больной значительно улучшились. Выдѣленіе гноя изъ лѣвой ноздри почти совсѣмъ прекратилось, и мало ощущается запахъ. Больная отпущена съ наставленіемъ промывать дома полость теплымъ борнымъ растворомъ.

9/ix 1902 года. Больная пріѣхала въ Петербургъ для осмотра, причемъ, при промываніи Гайморовой полости, въ промывныхъ водахъ гноя совсѣмъ не оказалось. Больная заявляетъ, что со времени послѣдняго посѣщенія она дѣлала промыванія Гайморовой полости сначала ежедневно, а потомъ два раза въ три дня. Количество гноя у нея съ каждымъ разомъ уменьшалось и нынѣ стало совершенно незамѣтнымъ.

28/xii 1902 года. Больная вновь пріѣхала въ Петербургъ для осмотра, причемъ при промываніи оказалось, что въ промывныхъ водахъ имѣется нѣкоторое количество гноя. На разспросы больная указываетъ, что отдѣленія гноя за послѣднее время у нея нѣсколько увеличились, хотя все-таки по количеству своему они незначительны. Я вынулъ дренажную трубку, вставленную въ альвеолярный отростокъ, и послѣдняя оказалась сплошь почти покрытой чернымъ налетомъ окиси серебра. Я тщательно прочистилъ трубку и посоветовалъ больной пріобрѣсти новую трубку, которую отъ времени до времени вынимать и тщательно прочищать.

2/i 1903 года. Я сдѣлалъ промываніе Гайморовой полости, причемъ гноя въ промывныхъ водахъ почти не оказалось. Я просилъ больную, въ случаѣ ухудшенія ея страданія, опять пріѣхать ко мнѣ.

Съ момента послѣдняго промыванія больная ко мнѣ болѣе не являлась.

LXV.

(К. Е. П.) Г-жа Е. П., 33 лѣтъ, дѣвица, горничная, была приведена на мой амбулаторный пріемъ врачомъ для выясненія причины значительнаго выпячиванія глаза больной на лѣвой сторонѣ. Изъ разспросовъ оказалось, что въ теченіе приблизительно около мѣсяца у больной мало по малу началъ выпячиваться лѣвый глазъ, причемъ послѣднее время это выпячиваніе стало настолько сильнымъ, что прямо бросается въ глаза. Больная была въ глазной лѣчебницѣ, гдѣ причина этого выпячиванія опредѣлена не была, а лишь въ виду существованія у больной свища, ведшаго изъ полости рта въ Гайморову полость, было предположено, не есть-ли причина этого выпячиванія—воспаленіе Гайморовой полости. Выдѣленій изъ носу у больной никакихъ нѣтъ. Что же касается существующаго свища, то, какъ онъ образовался, больная совершенно не помнитъ.

Апрѣль 1902 года. Status praesens: изслѣдованіе носа дало совершенно отрицательный результатъ. Слизистая оболочка нормальна. Выдѣленій гноя нигдѣ не замѣтно. Раковины не изменены. При изслѣдованіи рта, наряду съ нѣсколькими, совершенно здоровыми, зубами, многіе на верхней челюсти отсутствуют и, по словамъ больной, были ей удалены раньше. Приблизительно у мѣстонахожденія перваго большого коренного на лѣвой сторонѣ въ верхней части альвеолярнаго отростка имѣется небольшое отверстіе, окруженное грануляціями, свободно пропускающее зондъ, который глубоко проникаетъ въ Гайморову полость. Лѣвый глазъ больной значительно выпяченъ изъ орбиты, причемъ опухоли костей глазницы равно какъ и носовыхъ костей по окружности совершенно нѣтъ. Я высказался за то, что причиной этого страданія во всякомъ случаѣ не можетъ быть эмпіема Гайморовой полости. Что касается имѣющагося свища, то таковой я объяснилъ бывшимъ, быть можетъ, раньше процессомъ въ Гайморовой полости, который, однако, къ выпячиванію глаза привести не могъ. Выпячиваніе глаза могло бы наступить въ томъ случаѣ, если бы на почвѣ воспаленія Гайморовой полости путемъ флегмита или лимфангита, возникла задне-глазничная флегмона. Въ виду того, что страданіе это, однако, сопровождается всегда слишкомъ бурными явленіями, я долженъ былъ высказаться противъ и этого предположенія и остановился на предположеніи или злокачественнаго новообразованія или гуммы. Послѣднее предположеніе вполне и подтвердилось въ дальнѣйшемъ ex juvantibus, такъ какъ вслѣдъ за назначеніемъ больной микстуры изъ іода и ртути выпячиваніе глаза начало быстро уменьшаться, почему больная и передана была для дальнѣйшаго леченія сифилидологу.

LXVI.

(К. С. Дн. № 1211). Г-нъ З., врачъ, явился ко мнѣ 22/vi 1902 г. съ жалобой на имѣющійся у него правосторонній Гайморитъ, выражающійся выдѣленіемъ значительнаго количества гноя, по преимуществу изъ правой ноздри съ довольно противнымъ запахомъ, съ массою чисто нервнаго характера болѣе и ощущеній. Онъ просилъ меня произвести ему трепанцію Гайморовой полости на правой сторонѣ.

При изслѣдованіи 22/vi 1902 года оказалось, что у больного отсутствуетъ второй малый коренной на правой сторонѣ. Чтобы не утомлять больного, крайне нервнаго, я ограничился однимъ только просвѣчиваніемъ, давшимъ мнѣ совершенно положительныя указанія. Согласившись съ диагнозомъ самого больного, что у него имѣется правосторонній Гайморитъ, я предложилъ на другой день произвести ему трепанцію полости.

24/VI 1902 года подъ кокаиномъ произведена трепанация Гайморовой полости, бывшая совершенно безболѣзненной, не смотря на то, что больной крайне впечатлителенъ къ какимъ-либо болевымъ ощущеніямъ. Послѣ трепанации, Гайморова полость промыта теплымъ борнымъ растворомъ сквозъ вставленную въ альвеоларный отростокъ дренажную канюлю, и при промываніи получено значительное количество комковатаго зловоннаго гноя. Больному снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora и назначено явиться на другой день для промыванія полости.

25/VI произведено промываніе полости. Во время промыванія, по совершенно непонятной для меня причинѣ, часть борнаго раствора проникла въ подкожную клетчатку щеки и вызвала небольшую припухлость ея на правой сторонѣ. Тѣмъ не менѣе промываніе удалось сдѣлать, причемъ вымыто было небольшое количество гноя съ характернымъ запахомъ.

Въ теченіе двухъ-трехъ послѣдующихъ дней опухоль щеки прошла совершенно, и при промываніяхъ получалось все меньшее и меньшее количество гноя.

Больному былъ вставленъ obturatorъ и предложено дѣлать промыванія на дому.

11/IX 1902 гсда. Больной явился ко мнѣ для промыванія полости, при чемъ оказалось лишь небольшое количество гноя въ промывныхъ водахъ.

26/X 1902 года. Опять повторено промываніе, не давшее совершенно гноя, и, такъ какъ, по заявленію больного, всѣ бывшія у него явленія Гайморита совершенно прошли, то рѣшено было приступить къ заживленію полости. Канюля была удалена, края свища выскоблены острой ложкой, и наложена обычная перевязка. Перевязки такъ производились до 7/XI. Свищъ мало по малу сузился и совершенно закрылся. Послѣ этого я видѣлъ больного 20/XI 1902 года и 11/XII 1902 года и сообщенія между ротовой и Гайморовой полостью у него не было, а равно не было и какихъ либо явленій, которыя бы указывали на возобновленіе прежняго страданія.

LXVII.

(№ У.) Г-жа Е. В., 22 лѣтъ, жена офицера, жительница Петербурга 24/V 1902 года явилась ко мнѣ для удаленія сильно разрушеннаго каріезомъ второго малаго кореннаго зуба на лѣвой сторонѣ. Зубъ этотъ былъ удаленъ ей подъ кокаиномъ, и назначено было борное полосканіе. Спустя недѣлю, больная возвратилась ко мнѣ съ жалобой на то, что со времени удаленія зуба (дня два-три спустя), у нея появились нѣкоторыя боли въ лѣвой половинѣ лица, и вслѣдъ затѣмъ изъ носу началъ выдѣляться въ

небольшомъ количествѣ гной съ крайне непріятнымъ запахомъ. Она проситъ осмотрѣть альвеолу удаленнаго зуба, нѣтъ ли тамъ какой нибудь причины, обусловливающей появившіяся у нея ощущенія. При изслѣдованіи зондомъ альвеолы второго малаго кореннаго на верху слѣва, обнаружено существованіе прямого сообщенія съ Гайморовой полостью. Зондъ сквозъ альвеолу проникаетъ въ Гайморову полость на значительную глубину. Существовавшее сообщеніе сейчасъ же было нѣсколько расширено боромъ. Введена дренажная трубка и Гайморова полость промыта теплымъ борнымъ растворомъ. Выдѣлилось значительное количество гноя. Просвѣтъ канюли закрытъ ватой, снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora. Въ теченіе нѣсколькихъ дней, слѣдовавшихъ за этимъ, мною производились промыванія Гайморовой полости, причемъ количество гноя, получаемого въ промывныхъ водахъ, дѣлалось со дня на день меньше. Бывшія у больной непріятныя субъективныя ощущенія и боли прошли совершенно. Больной вставленъ былъ obturatorъ, и данъ совѣтъ промывать Гайморову полость на дому.

Я просилъ больную придти ко мнѣ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, но это ею исполнено не было, и я только узналъ отъ пользовавшаго ее врача, что она попрежнему носить obturatorъ и изрѣдка, разъ, два раза въ недѣлю, промываетъ Гайморову полость, при чемъ въ промывныхъ водахъ всякій разъ или совсѣмъ нѣтъ гноя, или имѣется лишь небольшое количество въ видѣ слизисто-гнойныхъ комковъ. Заживить свищъ больная не хочетъ, такъ какъ боится рецидива.

LXVIII.

(К. С. Дн. № 1242). Г-жа Г., 53 лѣтъ, замужняя, жительница Петербурга, 18/IX 1902 года явилась ко мнѣ съ жалобой на постоянныя невралгіи въ области глазницы, появившіяся у нея одновременно почти съ возникновеніемъ насморка, захватившаго правую сторону носа. Выдѣленія изъ ноздри довольно обильны, имѣютъ нѣкоторый запахъ и продолжаютъ у нея почти полгода. Заболѣваніе свое она не можетъ поставить въ прямую связь съ болѣзью зубовъ, такъ какъ возникновенію насморка не предшествовали зубныя боли, а также не было непосредственно передъ тѣмъ флюсовъ. Зубы у нея всѣ почти испорчены, и она носитъ верхніе искусственные; подъ пластинкой имѣются корни. Что касается усиленія выдѣленій при перемѣнѣ положенія головы, то въ этомъ отношеніи больная даетъ совершенно точный отвѣтъ, что отдѣленіе усиливается при попыткѣ поднять что-либо съ полу и вообще при наклоненіи головы внизъ.

Увеличенія отдѣленія при лежаніи на здоровой сторонѣ больная не замѣчала.

18/ix 1902 года. Status praesens. Больная слабого тѣлосложенія, очень нервная. Ни припухлости, ни инфильтраціи мягкихъ частей на лицѣ не обнаружено. Къ давленію и постукиванію кости верхней челюсти совершенно не чувствительны, хотя на правой сторонѣ при давленіи у мѣста выхода нерва infraorbitalis получается нѣкоторое непріятное ощущение. При изслѣдованіи носа обнаружено, что лѣвый носовой ходъ значительно суженъ; въ правомъ слизистая оболочка припухла и покраснѣла. Поверхность раковинъ покрыта гнойнымъ отдѣляемымъ въ видѣ полосокъ и нитей. Изъ носа чувствуется довольно рѣзкій запахъ. Полиповъ въ носовой полости не обнаружено. Наибольшее количество гноя, замѣтное на правой сторонѣ, по своему мѣсту расположенія отвѣчаетъ среднему носовому ходу, хотя при стираніи его и при наклоненіи головы больной внизъ трудно убѣдиться въ томъ, чтобы гной вытекалъ изъ-подъ средней раковины. Въ полости рта всѣ верхніе зубы отсутствуют. Больная носитъ полный протезъ; на правой сторонѣ, такъ же, какъ и на лѣвой, осталось значительное количество корней какъ малыхъ коренныхъ, такъ и большихъ коренныхъ зубовъ. Корни эти при изготовленіи протеза удалены не были, а были лишь обрѣзаны и подпилены въ уровень съ десной. По словамъ больной, корни эти никогда ее особенно не беспокоили. Къ постукиванію и давленію корни дѣйствительно почти совершенно не чувствительны. При просвѣчиваніи Гайморовой полости обнаружено чрезвычайно рѣзко выраженное затемнѣніе на правой сторонѣ, сказывающееся какъ затемнѣніемъ подглазничнаго полукруга, такъ равно отсутствіемъ покраснѣнія зрачка на больной сторонѣ и отсутствіемъ субъективныхъ ощущеній свѣта въ правомъ глазу.

Диагнозъ: Empyema antri Highmori dextri chronica.

Больной предложено удаленіе корней перваго большого коренного зуба на правой сторонѣ и послѣдующая трепанція Гайморовой полости. Въ то же время обращено вниманіе больной на то обстоятельство, что другіе, находящіеся подъ протезомъ корни могутъ тоже повести къ какимъ-либо осложненіямъ и что ихъ также слѣдовало бы удалить. Больная, однако, согласна лишь на удаленіе того зуба, удаленіе котораго необходимо для производства операціи; другіе же корни она предпочитаетъ оставить, такъ какъ боится, что съ удаленіемъ корней произойдетъ значительная атрофія альвеолярнаго отростка, а вмѣстѣ съ ней западеніе губъ и щекъ.

18/ix 1902 года подъ кокаиномъ удалены корни перваго праваго верхняго большого коренного зуба. Больной назначено борное полосканіе, явиться для операціи черезъ три дня.

21/ix 1902 года помощью копьевиднаго бора и бормашины произведена трепанція Гайморовой полости; какъ обычно, такъ и въ этомъ случаѣ борчикъ введенъ былъ въ небную альвеолу перваго большого коренного зуба, и ему дано направленіе кнаружи. Безо всякаго усилія и безо всякой болѣзненности Гайморова полость вскрыта, и сейчасъ же произведено промываніе ея теплымъ борнымъ растворомъ. Выдѣлилось значительное количество зловоннаго густого гноя.

Съ 22 по 27 ежедневно дѣлались мною промыванія полости, и количество гноя въ промывныхъ водахъ всякій разъ было незначительно; онъ почти не имѣлъ запаха. Больная отмѣчаетъ значительное улучшеніе въ состояніи ея здоровья и даже считаетъ, что съ момента операціи она совсѣмъ оправилась. Выдѣленія изъ носа болѣе ее не беспокоятъ, а равно стихли и даже совсѣмъ прошли бывшія у нея боли.

4/1 1903 года больная посѣтила меня, съ просьбой произвести ей заживленіе Гайморовой полости, такъ какъ всѣ бывшія у нея явленія прошли совершенно, и она нѣсколько тяготится необходимостью промывать Гайморову полость, хотя бы и изрѣдка.

Я промылъ полость борнымъ растворомъ, при чемъ въ промывныхъ водахъ гноя совсѣмъ не оказалось. Канюля была удалена, и обычнымъ путемъ произведено заживленіе полости.

Послѣ этого въ теченіе 1/2 года мнѣ приходилось не разъ видѣть больную то по поводу починки протеза, то по поводу леченія зубовъ ея дочери, при чемъ изъ разспросовъ я узналъ, что у нея страданія Гайморовой полости болѣе не возобновлялись.

LXIX.

(К. С. Дн. № 1305). Г-жа А. Р., 35 лѣтъ, слушательница Женскаго Медицинскаго Института, жительница Петербурга, явилась ко мнѣ 28/ix 1902 года съ жалобой на постоянное отдѣленіе изъ носу на правой сторонѣ зловоннаго гноя и на періодически повторяющіяся головныя боли правой половины со своеобразнымъ ощущеніемъ какъ-бы давленія и тяжести въ верхней челюстной кости. Она сама думаетъ, что она больна Гайморитомъ; хотя зубы у нея каріезомъ не поражены, но зато имѣется довольно рѣзко выраженная хроническая альвеолярная піоррея.

28/ix 1902 года. Status praesens. При изслѣдованіи полости рта замѣчено, въ подтвержденіе словъ больной, значительное обнаженіе корней зубовъ, сопровождающееся образованіемъ десневыхъ кармановъ съ содержаніемъ въ нихъ гноя. Многіе зубы и въ особенности второй малый коренной и первый большой коренной на правой сторонѣ сильно пошатываются и чувствительны къ температурнымъ колебаніямъ.

При просвѣчиваніи Гайморовой полости обнаружено значительное затемнѣніе на правой сторонѣ. Затемнѣніе было столь рѣзко выражено, что не оставляло сомнѣній въ наличности у больной правосторонней эмпиемы, почему я и не прибѣгнулъ совсѣмъ къ изслѣдованію носовой полости. Послѣ удаленія второго малаго коренного зуба, больной произведена была трепанация Гайморовой полости на правой сторонѣ, и при промываніи получилось значительное количество зловоннаго густого гноя. Послѣ операции больной вставленъ былъ obturatorъ, и промыванія полости она стала дѣлать сама. Въ теченіе 1902 года и 1903 г. я видѣлъ больную много разъ, при чемъ всякій разъ убѣждался, что при промываніи Гайморовой полости у нея въ промывныхъ водахъ имѣлось хотя и небольшое количество слизисто-гнойнаго отдѣляемаго.

Осенью 1903 года больная, окончившая къ этому времени Институтъ, уѣхала на службу въ земство, и я больше не получалъ отъ нея свѣдѣній.

LXX.

(Ж. М. И.). Г-жа Д. С., 25 лѣтъ, слушательница Женскаго Медицинскаго Института, явилась ко мнѣ въ декабрѣ 1902 года съ жалобой на ощущеніе во рту крайне непріятнаго выдѣленія, напоминающаго ей гной, который, какъ она думаетъ, выдѣляется у нея изъ Гайморовой полости въ ротъ. При осмотрѣ полости рта первый большой коренной, такъ же, какъ и второй малый коренной, найдены совершенно здоровыми.

При изслѣдованіи носа на лѣвой сторонѣ, на которую жаловалась больная, обнаружено измѣненіе слизистой, выражающееся ея припухлостью и покраснѣніемъ. Въ среднемъ носовомъ ходѣ обнаружено небольшое количество гнойнаго отдѣляемаго, вытекающаго изъ-подъ средней раковины. На правой сторонѣ слизистая оболочка не такъ гиперемирована, хотя также покрыта мѣстами слизисто-гнойнымъ отдѣляемымъ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости замѣтно нѣкоторое затемнѣніе на лѣвой сторонѣ, однако, выраженное крайне нерѣзко и совершенно непохожее на тѣ затемнѣнія, которыя мною наблюдались при наличности эмпиемы Гайморовой полости. Въ виду, такимъ образомъ, отсутствія точныхъ данныхъ, на которыхъ можно было бы построить предположеніе о наличности у больной эмпиемы лѣвой Гайморовой полости, я высказался противъ необходимости оперирования; однако, больная нѣсколько разъ возвращалась ко мнѣ, настойчиво прося еще поизслѣдовать ея полость, дабы, такъ какъ она уѣзжала домой, можно было сказать съ увѣренностью, что у нея нѣтъ заболѣванія Гайморитомъ. Я указалъ больной на воз-

можность съ положительностью рѣшить этотъ вопросъ пробной трепанацией, на которую больная и согласилась.

15/xi 1902 года, послѣ предварительнаго удаленія второго малаго коренного на лѣвой сторонѣ, больной произведена была трепанация Гайморовой полости съ помощью бормашинъ, причемъ пришлось пройти чрезвычайно толстый слой костнаго вещества.

Проѣверливаніе полости длилось сравнительно болѣе продолжительное время, хотя и было очень мало болѣзненнымъ. Въ первые моменты, въ виду того, что сверло погружалось въ кость на значительную глубину и все-таки не попадало въ полость, казалось, что взято неправильное направленіе. Вынувъ боръ и еще разъ убѣдившись въ правильности его положенія, я продолжалъ просверливаніе и, наконецъ, пройдя довольно значительной толщины костный слой, проникъ въ полость. Сейчасъ же произведено было промываніе Гайморовой полости, при чемъ въ промывныхъ водахъ гноя совсѣмъ не оказалось, и послѣднія были лишь слегка окрашены кровью. Въ виду этого рѣшено было заживить имѣющееся въ Гайморовой полости отверстіе, что и произведено въ теченіе 1—1½ недѣль.

Въ январѣ 1903 года больная опять явилась ко мнѣ съ жалобой на все то же своеобразное ощущеніе присутствія гноя въ полости рта, который выдѣляется у нея періодически. Еще разъ изслѣдовавъ полость рта, я увидѣлъ, что третій большой коренной на лѣвой сторонѣ пораженъ гангреной мякоти и что его пульпарная полость наполнена гнилостнымъ распадомъ. Я остановился на предположеніи, не это ли причина своеобразныхъ ощущеній больной, такъ какъ гнилостная масса, попадая изъ каріозной полости зуба въ ротъ, при невольномъ «отсасываніи» ея, могла бы, конечно, вызывать подобнаго рода ощущенія. Въ виду этого, я предложилъ удалить этотъ зубъ больной, что и было исполнено; вскорѣ послѣ удаленія зуба всѣ прежнія ощущенія выдѣленія гноя въ ротъ прекратились, и, такимъ образомъ, конечно, ясно стало, что эти ощущенія обусловливались попаданіемъ въ ротъ гнилостныхъ продуктовъ распада мякоти въ зубъ мудрости

LXXI.

(К. С. Дн. № 1484). Г-жа С. В., 33 лѣтъ, замужняя, жительница Петербурга, 30/x 1902 года явилась ко мнѣ, по совѣту пользовавшаго ее зубного врача, съ подозрѣніемъ на гнойное воспаленіе правой Гайморовой полости. Больная рассказываетъ, что нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ ей былъ удаленъ второй малый коренной на правой сторонѣ, и альвеола послѣ удаленія зуба долгое время не заживала, теперь же, хотя и зажила, но мѣсто

ея нѣсколько болѣзненно, и оттуда постоянно сочится гной. Главными болями не страдает. Выдѣлений изъ носа особенныхъ не замѣчала.

³⁰/x 1902 года Status praesens. Опухолей лица и щеки нѣтъ. Въ полости рта, соотвѣтственно мѣстонахожденію второго малаго коренного на правой сторонѣ, десна красна и припухла. У нижняго края альвеолярнаго отростка замѣчается небольшой свищъ, изъ котораго, при давленіи, выдѣляется значительное количество гноя. Зондъ, введенный черезъ свищъ, проникаетъ на нѣкоторую глубину и упирается въ твердую костную стѣнку. Судя по глубинѣ внѣдренія зонда, въ Гайморову полость онъ не проходитъ. При изслѣдованіи носа особеннаго измѣненія слизистой оболочки, а равно выдѣленія гноя, не замѣчено. При просвѣчиваніи Гайморовой полости затемненія на правой сторонѣ нѣтъ.

²/xi 1902 года. Произведенъ продольный разрѣзъ десны во всю вышину альвеолярнаго отростка. Скальпель глубоко проникаетъ въ кость, попадая какъ-бы въ ограниченную полость. Послѣ разрѣза изъ полости выдѣлилось значительное количество гноя. При вторичномъ зондированіи проникнуть въ Гайморову полость не удается. Костная полость выполнена тампономъ изъ іодоформенной марли.

⁶/xi 1902 года, при попыткѣ выскоблить стѣнки гнойной полости острой ложкой, изъ нея извлеченъ ватный тампонъ довольно значительной величины, издававшій крайне непріятный запахъ. Изъ разспросовъ больной выяснилось, что, когда, нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ, произведена была ей экстракція зуба, полость альвеолы была затампонирана ватой, о чемъ больная и забыла.

⁷/xi. При перевязкѣ гноя очень мало. Введена свѣжая марлевая турунда.

¹¹/xi. Перевязка. Гноя совсѣмъ нѣтъ. Полость начинаетъ гранулировать какъ со дна, такъ и съ краевъ.

²³/xi. Перевязка. Гноя совершенно нѣтъ. Полость вся загранирована. Начинается рубцеваніе.

LXXII.

(К. С. Дн. № 1650). Г-жа Е. К., 20 лѣтъ, дѣвица, жительница Петербурга, ²/xi 1902 года явилась ко мнѣ съ жалобами на давнишній насморкъ, съ выдѣленіемъ гноя, имѣющаго рѣзкій непріятный запахъ. Выдѣленія гноя усиливаются при наклонѣ головы внизъ, а равно и въ томъ случаѣ, если больная лежитъ на здоровой сторонѣ. Выдѣляется гной по преимуществу изъ лѣвой ноздри. Зубами страдала много. Большинство зубовъ у нея теперь,

несмотря на ея молодой возрастъ, разрушены каріезомъ. Передніе верхніе должна была возмѣстить протезомъ. Главными болями страдаетъ ежедневно, главнымъ образомъ по вечерамъ. Боли эти начинаются въ области лѣвой глазицы, распространяясь въ високъ и затылокъ.

²/xi 1902 года. Status praesens. Сколько нибудь замѣтной припухлости щеки или лица не обнаружено. При изслѣдованіи полости рта на лѣвой сторонѣ второй премоларъ совершенно разрушенъ каріезомъ. Коронка отсутствуетъ, и корни покрыты разросшейся десной. Полость корневого канала наполнена гнилымъ распадомъ, который издаетъ непріятный запахъ. Первый малый коренной запломбированъ амальгамой, какъ на своей жевательной поверхности, такъ и на шейкѣ у десны. Второй моларъ отсутствуетъ; по словамъ больной, онъ удаленъ ей давно. Зубъ мудрости не прорѣзался. На правой сторонѣ малые коренные и большіе коренные запломбированы небольшими пломбами. Два центральныхъ рѣзца и боковой рѣзецъ съ правой стороны отсутствуютъ, и на мѣстѣ ихъ больная носитъ протезъ. При изслѣдованіи носа, на лѣвой сторонѣ въ среднемъ носовомъ ходѣ видно небольшое количество слизисто-гнойнаго отдѣляемаго, покрывающаго слизистую оболочку. Послѣдняя нѣсколько покраснѣла, припухла; полиповъ въ носовомъ ходѣ не обнаружено. На правой сторонѣ слизистая тоже красна, мѣстами припухла, тѣмъ не менѣе отдѣленія гноя здѣсь не замѣтно. Выдѣляющійся въ среднемъ носовомъ ходѣ лѣвой половины гной вытекаетъ изъ-подъ средней раковины. При просвѣчиваніи Гайморовой полости на лѣвой сторонѣ обнаруживается полное затемненіе.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori sinistri chronica.

²/xi 1902 года подъ кокаиномъ удаленъ корень второго малаго коренного верхняго лѣваго. Назначено борное полосканіе. Больная приглашена явиться черезъ день.

⁴/xi 1902 года приступлено къ трепанаци Гайморовой полости. Края альвеолы къ этому времени нѣсколько спались; полость выполнена кровянымъ сверткомъ. Въ альвеолу вставленъ копьевидный боръ вплоть до дна ея, и нѣсколькими оборотами колеса бормашины полость вскрыта безъ особой болѣзненности и какой либо реакции со стороны больной. Вслѣдъ за вскрытіемъ полости гной изъ продѣланнаго канала не показался. Вставленъ серебряный дренажъ, черезъ который полость промыта теплымъ борнымъ растворомъ. Выдѣлилось значительное количество зловоннаго густого гноя, плавающаго въ промывныхъ водахъ въ видѣ нитей. Просвѣтъ канюли закрытъ ватой, и больной снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora.

⁵/xi 1902 года промываніе Гайморовой полости дало небольшое количество гноя съ нѣкоторымъ запахомъ.

⁶/xi. Новое промывание Гайморовой полости; вставленъ обтураторъ. Гноя въ промывныхъ водахъ немного; небольшое количество слизи. Изъ разспросовъ больной выясняется, что со дня операции головныя боли ея не повторялись, вотъ уже два дня, выделения изъ носа совершенно прекратились. Послѣ операции больная чувствуетъ значительное облегчение.

⁴/xii 1902 года. Больная явилась для осмотра. При промывании изъ Гайморовой полости выдѣлилось небольшое количество гноя. Данъ совѣтъ не спѣшить съ заживленіемъ канала и показаться мнѣ еще разъ черезъ нѣкоторое время.

¹⁰/i 1903 года. Больная пришла съ жалобой на значительное ухудшеніе процесса. Она нѣсколько дней тому назадъ заболѣла насморкомъ, вслѣдъ за которымъ количество выдѣленій изъ Гайморовой полости значительно увеличилось, и вновь возобновились головныя боли. Къ тому же промыванія, которыя до сихъ поръ проходили совершенно легко, безъ всякаго затрудненія, теперь затруднились, и при накачиваніи борнаго раствора въ полость ощущается въ послѣдней какое-то какъ-бы механическое препятствіе, задерживающее проходъ жидкости въ носъ. При промываніи, произведенномъ мною, дѣйствительно первая порція промывныхъ водъ съ трудомъ проходитъ черезъ Гайморову полость въ носъ, но, спустя нѣкоторое время, промываніе начинаетъ идти гладко. Я посовѣтовалъ больной дѣлать промыванія два раза въ день, успокоивъ ее, что явленія обостренія процесса у нея скоро пройдутъ, вмѣстѣ съ уменьшеніемъ насморка.

Черезъ недѣлю, ¹⁷/i 1903 года, больная опять явилась ко мнѣ, при чемъ выяснилось, что дѣйствительно ухудшеніе въ состояніи Гайморовой полости прошло, и затрудненія промываній миновали, какъ только она стала дѣлать эти промыванія чаще. Теперь гноя выдѣляется немного, и состояніе полости больную нисколько не беспокоить.

²⁰/ii 1903 года. Больная явилась ко мнѣ съ просьбой заживить полость, такъ какъ вотъ уже въ теченіе нѣсколькихъ недѣль у нея въ промывныхъ водахъ совершенно нѣтъ гноя. Я промылъ полость самъ и дѣйствительно убѣдился, что промывная вода выходитъ совершенно чистыми безъ всякой примѣси гноя или слизи. Удаливши канюлю и ожививъ края свища, я, путемъ перевязокъ, въ теченіе ¹¹/₂ недѣль добился полного закрытія полости.

LXXIII.

(№ У.). Г-жа Е. П., 26 лѣтъ, дѣвица, жительница Петербурга, ⁵/ii 1903 года явилась ко мнѣ съ жалобой на выдѣленіе изъ лѣвой ноздри въ большомъ количествѣ гноя и на постоянно сопровождающее это заболѣваніе ощущеніе тупой боли въ лѣвой поло-

винѣ лица, въ области глазницы. Больная точно не помнитъ, когда началось у нея это страданіе, такъ какъ развивалось оно очень медленно, исподволь, и даже трудно опредѣлить моментъ, когда оно усилилось настолько, что стало обращать на себя ея вниманіе. Одно только она можетъ сказать, что запахъ, который она стала замѣчать, появился сравнительно недавно и раньше его не было. Что касается болѣе въ лицѣ, то эти послѣднія тоже стали появляться недавно, почти одновременно съ тѣмъ, какъ къ гною сталъ примѣшиваться непріятный запахъ. Она часто страдала насморками, но обыкновенно они проходятъ у нея очень быстро, и только теперь насморкъ сдѣлался упорнымъ, и, что еще удивляетъ больную, строго одностороннимъ.

⁵/ii 1903 года. Status praesens. Больная средняго роста, прекраснаго питанія и тѣлосложенія, никакими особенными болѣзнями не страдала; наоборотъ, помнитъ себя всегда здоровой. Опухоли на лицѣ никакой нѣтъ; подъ arcus zygomaticus мягкія части не инфильтрированы. При постукиваніи по выдающимся частямъ скуловыхъ костей боли не обнаружено. Она не обнаруживается даже и при давленіи на эту область. Въ полости рта большинство зубовъ здорово, виденъ тщательный уходъ за ними. Зубы почти совершенно не обложены камнемъ. Первый большой коренной на лѣвой сторонѣ отсутствуетъ, всѣ остальные налицо, хотя многіе изъ нихъ и заломбированы. Что касается перваго большого коренного, то больная точно помнитъ, что онъ удаленъ недавно и во всякомъ случаѣ незадолго до начала заболѣванія носа. При изслѣдованіи носа, въ правой половинѣ носовой полости замѣтно довольно рѣзкое измѣненіе со стороны слизистой оболочки, выражающееся въ ея припухлости и покраснѣніи. Раковины гипертрофированы. Въ среднемъ носовомъ ходѣ виденъ полипъ, исходящій изъ области hiatus semilunaris; поверхность послѣдняго, а равно и поверхность слизистой оболочки раковинъ покрыта гноемъ довольно жидкой консистенціи. Послѣ стиранія гноя (мѣсто выхода котораго опредѣляется довольно трудно) и наклонъ головы больной впередъ и внизъ можно видѣть, какъ гной выходитъ изъ области средней раковины. При просвѣчиваніи Гайморовой полости помощью электрической лампочки, вставленной въ ротъ, картина получается слѣдующая: на правой сторонѣ всѣ кости, въ томъ числѣ даже и arcus zygomaticus, просвѣчиваютъ розовымъ свѣтомъ; на лѣвой сторонѣ имѣется затемненіе сейчасъ-же книзу подъ глазницей. Зрачекъ на лѣвой сторонѣ также почти не освѣщенъ, тогда какъ на правой онъ рѣзко-краснаго цвѣта. Когда больная закрываетъ вѣки, она ясно, при зажиганіи лампочки, ощущаетъ свѣтъ въ правомъ глазу и совсѣмъ не ясно въ лѣвомъ.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori sinistri chronica.

Въ тотъ же день, 5/II 1903 года, въ виду согласія больной, приступлено къ трепанціи Гайморовой полости. Канюлю она заготовила заранее, по совѣту пользовавшаго ее зубного врача. Операция произведена обычнымъ путемъ, при чемъ мѣстомъ трепанціи выбрана граница между внутреннимъ и среднимъ участкомъ альвеолярнаго отростка; боръ проникъ въ Гайморову полость безъ особаго труда и болѣзненности. При промываніи изъ Гайморовой полости выдѣлилось значительное количество сильно вонючаго гноя. Гной довольно густой и осѣдаетъ въ видѣ сплошного слоя на днѣ чашки. Въ дальнѣйшемъ промыванія дѣлались пользовавшимъ больную зубнымъ врачомъ, которымъ и изготовленъ былъ obturatorъ для Гайморовой полости.

По его же совѣту, больная явилась ко мнѣ 15/XI 1903 г. съ заживленнымъ къ этому времени свищомъ Гайморовой полости, съ просьбой установить, нѣтъ ли у нея рецидива, такъ какъ ей кажется, что будто у нея вновь появился запахъ изъ носу. При изслѣдованіи носовой полости, выдѣленій не найдено, и при просвѣчиваніи полученъ отрицательный результатъ: обѣ стороны просвѣчиваютъ совершенно одинаково.

LXXIV.

(К. С. Дн. № 322). Г-жа К. С., 23 лѣтъ, учительница, жительница Петербурга, 26/II 1903 года явилась ко мнѣ съ жалобой на запахъ изъ носу, который она стала ощущать лишь нѣсколько дней тому назадъ. Одновременно съ этимъ у нея появились отдѣленія изъ носу, на правой сторонѣ. Отдѣленія эти гнойнаго характера съ небольшою примѣсью слизи, чѣмъ, по словамъ больной, они рѣзко разнятся отъ обыкновеннаго насморка, которымъ она страдала не разъ. Головныхъ болей у нея нѣтъ, но зато она постоянно испытываетъ боли, которыя начинаются какъ-бы отъ праваго зуба и распространяются по костямъ правой стороны. Зубы у нея сильно испорчены. Она много пломбировала и удаляла ихъ.

26/II 1903 года. Status praesens. Больная анемичная, очень нервная, боится вида инструментовъ. На лицѣ припухлости никакой не обнаружено. Кости верхней челюсти къ давленію и постукиванію не чувствительны. Въ полости рта всѣ верхніе зубы, исключая рѣзцовъ и клыковъ, сильно разрушены кариесомъ. Въ малыхъ коренныхъ видны остатки пломбъ. Большіе же коренные совершенно разрушены, и отъ нихъ остались лишь раздѣлившіеся корни. При изслѣдованіи носа, на правой половинѣ замѣтна слизистогнойная капля, выдѣляющаяся изъ подъ края средней раковины. Слизистая оболочка носовой полости измѣнена мало, какъ на правой, такъ и на лѣвой сторонѣ. При просвѣчиваніи на правой сторонѣ рѣзко выраженное затемнѣніе.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori dextri.

26/II 1902 года подъ кокаиномъ удалены корни перваго большого коренного верхняго справа. Назначено борное полосканіе.

1/III 1902 года. Сдѣлана трепанція Гайморовой полости изъ небной альвеолы перваго большого коренного. При промываніи выдѣлилось значительное количество гноя съ рѣзкимъ неприємнымъ запахомъ. Въ теченіе 3-хъ дней съ 1-го по 4-ое марта произведены промыванія, изготовленъ и вставленъ obturatorъ для Гайморовой полости. За всѣ эти дни субъективное состояніе больной значительно улучшилось, и ощущенія запаха, наиболѣе ее беспокоившія, а равно выдѣленія гноя изъ носу, совершенно прекратились. Уже черезъ мѣсяцъ, въ началѣ апрѣля 1902 года, процессъ до такой степени стихъ, что явилось возможнымъ заживить полость, что и было произведено тогда же. Въ теченіе второй половины 1902 года я нѣсколько разъ видѣлъ больную, посѣщавшую меня для удаленія и исправленія остальныхъ зубовъ, и явленія Гайморита у нея со времени заживленія свища не возобновлялись.

LXXV.

(К. С. Дн. № 570). Г-жа Е. П., 36 лѣтъ, замужняя, жительница Петербурга, явилась ко мнѣ 2/IV 1903 года съ жалобой на боли головы въ области глазницы, главнымъ образомъ надъ нею, и на тяжелый запахъ изъ носу, сопровождающійся къ тому же постояннымъ выдѣленіемъ гноя изъ правой ноздри. Носъ по временамъ совершенно закладываетъ на одной сторонѣ и онъ становится непроходимымъ для воздуха. Выдѣленія изъ носу обильны, приходится часто вытирать носъ, и всякій разъ при этомъ ощущается какой-то неприємный запахъ. Количество выдѣленія не увеличивается въ разные часы дня, и больная не можетъ сказать, чтобы утромъ эти выдѣленія были обильнѣе, чѣмъ днемъ. Что же касается отхаркиванія, то дѣйствительно она замѣчала, что по утрамъ ей приходится выхаркивать значительное количество мокроты изъ носо-глоточнаго пространства. Если больной придется поднять что-либо или наклониться внизъ, то выдѣленія усиливаются (по словамъ больной „вдругъ потечетъ“ изъ носу).

2/IV 1902 года. Status praesens. Больная довольно тучная, хорошаго тѣлосложенія. Опухли лица нѣтъ. При изслѣдованіи носа, въ среднемъ носовомъ ходѣ на правой сторонѣ обнаружено присутствіе жидкаго гноя, покрывающаго слизистую оболочку. Последняя мѣстами покраснѣла, хотя и нельзя сказать, чтобы она представлялась припухшей. Полиповъ на правой сторонѣ нѣтъ. На лѣвой сторонѣ слизистая совершенно нормальна. Гноя ни въ среднемъ, ни въ нижнемъ ходѣ не видно. Въ полости рта первый

большой коренной на правой сторонѣ имѣетъ глубокую каріозную полость, не чувствителенъ къ температурнымъ колебаніямъ. Зондъ, введенный въ пульпарную полость, болѣзненности не вызываетъ. Поверхность его по извлеченіи оказывается покрытой грязнымъ распадомъ, издающимъ зловонный запахъ. Другіе зубы здоровы, коронки ихъ сильно стерты (прямой прикусъ). При просвѣчиваніи Гайморовой полости, на правой сторонѣ получается значительное затемнѣніе подъ нижнимъ краемъ глазницы. Зрачокъ на правой сторонѣ не освѣщенъ. Субъективныя ощущенія свѣта тоже не одинаковы на обѣихъ сторонахъ. На правой боковая совсѣмъ почти свѣта не ощущаетъ.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori dextri chronica.

2/iv 1903 года удаленъ первый большой коренной на правой сторонѣ. Больной назначено явиться черезъ три дня для операціи.

Болезная явилась лишь 14/iv 1903 года, такъ какъ случайное заболѣваніе заставило ее отложить операцію. Въ этотъ день больной произведена трепанакція помощью бормашины, и при промываніи получено значительное количество рѣзко зловоннаго гноя.

16/iv 1903 года новое промываніе Гайморовой полости. Въ промывныхъ водахъ гноя еще много, и онъ имѣетъ непріятный запахъ. Болезная рассказываетъ, что субъективныя ощущенія ея значительно улучшились. Запаха она теперь почти совсѣмъ не чувствуетъ. Выдѣленія изъ правой ноздри продолжаются, но значительно уменьшились въ своемъ количествѣ.

19/iv больной надѣтъ obturatorъ и предоставлено дѣлать промыванія самой.

10/ix 1903 года болезная явилась вновь ко мнѣ съ заявленіемъ, что бывшія у нея прежде ощущенія совершенно исчезли, и она чувствуетъ себя совершенно здоровой. При промываніи и до сихъ поръ выдѣляется еще небольшое количество гноя изъ Гайморовой полости, но послѣдній совершенно не содержитъ запаха. При промываніи, произведенномъ мною, дѣйствительно получилось небольшое количество гноя безъ всякаго запаха. Болезная промываетъ въ послѣднее время не чаще раза въ недѣлю и въ болѣе частыхъ промываніяхъ не чувствуетъ никакой надобности. Въ дальнѣйшемъ получить свѣдѣнія отъ данной больной мнѣ не удалось.

LXXVI.

(К. С. Дн. № 626). Г-нъ Г. О., 27 лѣтъ, офицеръ, житель Петербурга, 1/vi 1903 года явился ко мнѣ для трепанакціи Гайморовой полости въ виду того, что пользовавшимся его ринологомъ у него установленъ гнойный Гайморитъ правой стороны. Изъ разспросовъ оказывается, что у больного уже нѣсколько мѣсяцевъ

имѣется правосторонній насморкъ съ значительнымъ отдѣленіемъ гноя, въ особенности по утрамъ. Гной имѣетъ непріятный запахъ, выдѣленіе его усиливается при наклонѣ головы внизъ, а по временамъ и при лежаніи на здоровой сторонѣ. Головными болями, да и вообще болями въ области глазницы или надъ глазницей, больной совсѣмъ почти не страдаетъ. Зубы у него сильно разрушены каріезомъ, много ему пришлось страдать отъ зубной боли, хотя онъ и не можетъ сказать, чтобы по воспоминаніямъ появившееся у него заболѣваніе носа началось послѣ болѣзни какого нибудь зуба. Флюсы дѣйствительно у него бывали на правой сторонѣ, соотвѣтственно правымъ верхнимъ зубамъ, но въ послѣднее время, именно когда у него появилось заболѣваніе носа какъ разъ у него флюсовъ не было.

14/iv 1903 года. Status praesens. Больной прекраснаго тѣлосложенія и питанія. Кости лица къ постукиванію и давленію не чувствительны. Какой либо опухоли костей верхней челюсти или инфильтраціи мягкихъ частей ни на одной сторонѣ не замѣчается.

Въ полости рта многіе зубы запломбированы. Второй малый коренной на правой сторонѣ сильно разрушенъ каріезомъ, отъ него остался одинъ лишь корень. Также глубокимъ каріезомъ пораженъ второй большой коренной на правой сторонѣ, а за нимъ и третій большой коренной. Всѣ три зуба при изслѣдованіи даютъ характерную картину гангрены мякоти. Они не чувствительны къ температурнымъ колебаніямъ, и полость пульпы, равно какъ и полость корневого канала, у нихъ наполнена гнилымъ распадомъ, издающимъ непріятный гангренозный запахъ. При изслѣдованіи полости носа, въ послѣдней на правой сторонѣ обнаруженъ одинъ большой полипъ, выполняющій почти весь средний носовой ходъ и совершенно затемняющій картину при изслѣдованіи. Этотъ полипъ былъ уже замѣченъ изслѣдовавшимъ больного ринологомъ, и онъ обѣщалъ больному удалить его послѣ того, какъ произведена будетъ трепанакція Гайморовой полости. При просвѣчиваніи, на правой сторонѣ получилось довольно значительной степени затемнѣніе. Въ тотъ же день я удалилъ больному корень второго премолара и посоветовалъ попросить удалить ему имѣющійся полипъ, такъ какъ боялся, какъ бы присутствіе столь значительнаго полипа не мѣшало бы правильному промыванію. Я советовалъ это съ тѣмъ болѣе легкимъ сердцемъ, что рассчитывалъ за это время удалить больному второй и третій большой коренной на правой сторонѣ, которые тоже могли оказаться не безъ вліянія на страданіе Гайморовой полости.

Спустя недѣли 11/2, 22/iv, я приступилъ къ трепанакціи Гайморовой полости (къ этому времени полипъ былъ удаленъ, а равно были удалены коренные зубы верхней челюсти на правой сторонѣ). Трепанакцію я произвелъ сквозь альвеолу второго малаго корен-

ного зуба, и она прошла безъ всякаго затрудненія. При промываніи, черезъ носъ выдѣлилось довольно значительное количество гноя съ рѣзкимъ противнымъ запахомъ. Въ тотъ же день снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora. Дальнѣйшія промыванія дѣлались мною ежедневно въ теченіе 3—4 дней, а потомъ вставленъ obturatorъ. За это время ощущенія больного значительно улучшились; бывшій запахъ прошелъ, и выдѣленія изъ носа прекратились почти совершенно. Въ промывныхъ водахъ все время оказывалось небольшое количество слизисто-гнояного отдѣляемаго почти безъ запаха.

Больной явился ко мнѣ черезъ мѣсяцъ, ²⁵/v; къ этому времени всѣ явленія Гайморита у него стихли, почему я рѣшилъ произвести заживленіе полости, что и исполнилъ къ концу мая.

Послѣ лѣта, въ сентябрѣ, 21-го числа, больной явился ко мнѣ для осмотра. Никакихъ явленій раздраженія Гайморовой полости у него не было. Я просилъ его показаться еще разъ въ январѣ 1904 года, что имъ было исполнено, и при этомъ еще разъ могъ убѣдиться, что процессъ у больного не рецидивировалъ.

LXXVII.

(№ У.). Г-жа О. Б., 38 лѣтъ, вдова, жительница Петербурга, явилась ко мнѣ съ жалобой на старыя страданія Гайморитомъ, которыя тянутся у нея уже слишкомъ два года.

Ей была сдѣлана операція въ Петербургѣ въ одной изъ лечебницъ и до сихъ поръ промыванія шли очень хорошо. Гноя выдѣлялось очень мало, заживлять же полость она сама не хотѣла, такъ какъ боялась рецидива.

Теперь она явилась ко мнѣ вслѣдствіе того, что ободокъ вставленной въ альвеолярный отростокъ серебряной канюли у нея отпалъ, и канюля проскользнула въ Гайморову полость.

¹⁹/v 1903 года. Изслѣдованіе полости рта даетъ слѣдующее: на мѣстѣ расположенія перваго большого коренного на правой сторонѣ имѣется свищъ, сквозъ который зондъ свободно проникаетъ въ Гайморову полость. На пути зондъ нигдѣ не ощущаетъ твердаго тѣла, какимъ могла бы быть трубка, если бы она осталась въ просвѣтѣ канала. Внутри Гайморовой полости помощью зонда тоже трубки ощутить не удастся. Промываніе полости, произведенное мною тотчасъ же дало нѣкоторое количество гноя безъ особаго запаха. Больная заявляетъ, что этотъ гной въ промывныхъ водахъ у нея сталъ появляться лишь за послѣднее время, прежде же его не было совсѣмъ. Я предложилъ больной произвести Рентгеновскій снимокъ, что ею и было исполнено, причемъ ²⁵/v я имѣлъ возможность видѣть этотъ снимокъ и убѣдился, что

канюля находится внутри Гайморовой полости и лежитъ тамъ въ горизонтальномъ положеніи. Я предложилъ больной произвести вскрытіе полости черезъ fossa canina, такъ какъ не полагалъ возможнымъ удаленіе трубки черезъ небольшой свищъ альвеолярнаго отростка. По моему совѣту больная легла въ больницу, гдѣ ей и было произведено вскрытіе Гайморовой полости черезъ fossa canina, при этомъ трубка была удалена, и полость выскоблена острой ложкой. Я видѣлъ больную, спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи ⁵/x 1903 года. Свищъ, бывшій у нея въ нижнемъ краѣ альвеолярнаго отростка, совершенно закрылся, а имѣлось лишь сообщеніе съ полостью въ верхней части альвеолярнаго отростка, у мѣста перехода слизистой оболочки изъ десны въ слизистую щеки. Сквозъ этотъ свищъ больная изрѣдка промываетъ полость. Выдѣленій у нея почти никакихъ нѣтъ, дѣлала она нѣкоторое время вдунанія іодоформа, но послѣдній сильно раздражалъ ее и вызывалъ головныя боли, почему она оставила его примѣненіе и продолжаетъ пользоваться промываніями борной кислотой, которыя не дѣлаетъ чаще, чѣмъ разъ въ недѣлю.

LXXVIII.

(К. С. Дн. № 974). Г-нъ С. П., 42 лѣтъ, торговецъ, житель Петербурга, явился ко мнѣ ²⁸/v 1903 года съ жалобами на длящееся уже нѣсколько мѣсяцевъ гноетеченіе изъ лѣвой ноздри, которое сопровождается болями въ надглазничной области. Никакими особыми болѣзнями до сихъ поръ не хворалъ. Зубы имѣетъ здоровые, лишь два, три разрушены каріезомъ.

²⁸/v 1903 года. Status praesens. Припухлости на лѣвой сторонѣ лица не замѣтно. Чувствительности къ давленію или постукиванію кости верхней челюсти не обнаруживаютъ. При изслѣдованіи носа, на лѣвой сторонѣ въ среднемъ носовомъ ходѣ замѣтна слизистогнойная капля, находящаяся подъ средней раковиной. Слизистая носовой полости представляетъ мало измѣненій, полиповъ нѣтъ. Изъ носа чувствуется рѣзкій противный запахъ. Въ полости рта первый большой коренной на лѣвой сторонѣ совершенно разрушенъ каріезомъ; на мѣстѣ его видны лишь отдѣльно сидящіе корни. Припухлости альвеолярнаго отростка въ этомъ мѣстѣ или покрасненія десны нѣтъ. При просвѣчиваніи, на лѣвой сторонѣ получается значительное затемнѣніе.

Діагнозъ: Highmoritis sinistra.

²⁸/v 1903 года. Удалены корни перваго моляра и сейчасъ же просверлена перегородка, отдѣлявшая дно альвеолы отъ Гайморовой полости. Произведенное промываніе дало значительное количество гноя съ довольно рѣзкимъ запахомъ. Снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora.

^{29/v} произведено промывание полости, причем гноя выдѣлилось очень немного. Гной имѣетъ запахъ.

^{30/v} надѣтъ obturatorъ. Промыванія поручено больному дѣлать на дому. Черезъ недѣлю, въ началѣ іюня, больной явился ко мнѣ съ жалобой на то, что промываніе полости у него въ значительной степени затрудняется. Первые дни послѣ операціи они шли совершенно гладко, теперь же жидкость вытекаетъ изъ носа лишь по каплямъ, причемъ первая капля обыкновенно содержитъ большое количество гноя, дальше идетъ чистая вода. Накачиваніе жидкости въ полость сопряжено съ значительнымъ затрудненіемъ не только въ началѣ промыванія, но и во все время. Я попробовалъ промыть полость и дѣйствительно убѣдился, что промываніе идетъ очень туго, и жидкость проходитъ въ носъ лишь въ небольшомъ количествѣ. Прозондировавши свищъ, я убѣдился, что въ его просвѣтѣ нѣтъ никакого механическаго препятствія для тока жидкости. Изслѣдовавъ носъ я не замѣтилъ нигдѣ значительной припухлости слизистой. Я просилъ больного придти ко мнѣ нѣсколько дней подрядъ для производства промываній и всякій разъ убѣждался, что промываніе сильно затрудняется. Пришлось остановиться на мысли, что препятствіе току жидкости должно находиться внутри самой Гайморовой полости, почему для выясненія этого и для облегченія промыванія я предложилъ больному сдѣлать вскрытіе полости черезъ fossa canina. Къ сожалѣнію, больной на эту операцію не согласился и продолжалъ промывать полость по старому.

Въ сентябрѣ я вновь видѣлъ больного, и онъ мнѣ разсказалъ, что, хотя промыванія всегда болѣе или менѣе затрудняются, но все-таки бываютъ свѣтлые промежутки, когда въ теченіе недѣли или полторы они идутъ совершенно свободно, а потомъ вновь начинаютъ затрудняться. Тѣмъ не менѣе, прежнее ощущеніе выдѣленія гноя у него не повторяется, разъ только онъ дѣлаетъ промыванія аккуратно.

Въ январѣ 1904 года я опять видѣлъ больного. Онъ продолжаетъ промывать Гайморову полость черезъ альвеолу, и периодически промыванія идутъ то гладко, то вновь затрудняются. Гноя въ промывныхъ водахъ почти совсѣмъ нѣтъ, но если больной не промываетъ полости въ теченіе недѣли, онъ появляется въ нѣкоторомъ количествѣ. Тогда же замѣтенъ въ гноѣ и нѣкоторый запахъ.

LXXIX.

(К. С. Дн. № 1050). Г-жа Е. К., 30 лѣтъ, дѣвица, жительница Вознесенска, явилась ко мнѣ ^{12/vi} 1903 года съ жалобой на постоянный насморкъ съ довольно противнымъ запахомъ и на частыя головныя боли, придерживающіяся по преимуществу лѣвой

половины. Гной тоже выдѣляется больше изъ лѣвой ноздри. Изслѣдовавшій ринологъ опредѣлилъ лѣвосторонній Гайморитъ и направилъ ее ко мнѣ для операціи.

^{12/vi} 1903 года. Status praesens. Больная довольно слабого тѣлосложенія, анемичная, нервная. Опухоли на лицѣ никакой нѣтъ. Кости челюсти къ постукиванію и давленію не чувствительны. Надъ глазницей, у инцизуры supraorbitalis, имѣется болѣзненная точка. Припухлости лобной кости нѣтъ. Къ постукиванію лобная кость ни на одной сторонѣ не чувствительна. При изслѣдованіи носа, на лѣвой сторонѣ замѣтно значительное количество гноя, въ среднемъ носовомъ ходѣ, вытекающаго повидимому изъ подъ средней раковины. Слизистая повсюду рѣзко красна, гиперемирована и припухла.

Въ полости рта сильно разрушенъ второй большой коренной на лѣвой сторонѣ; имѣется наличность гангрены мякоти. Другіе зубы совершенно здоровы. При просвѣчиваніи Гайморовой полости на лѣвой сторонѣ никакого затемненія нѣтъ. Зрачки на обѣихъ сторонахъ просвѣчиваютъ совершенно равномерно и одинаковы получаютъ субъективныя ощущенія свѣта какъ въ правомъ, такъ и въ лѣвомъ глазу; тѣмъ не менѣе, зажигая нѣсколько разъ лампочку, можно видѣть, что лѣвый нижній край глазницы просвѣчивается слабѣе, чѣмъ правый. Предположенъ лѣвосторонній Гайморитъ и, вслѣдъ за удаленіемъ ^{14/vi} второго большого коренного лѣваго верхняго, ^{18/vi} произведена трепанация Гайморовой полости. При промываніи гноя въ промывныхъ водахъ не оказалось; послѣднія выходятъ лишь слегка окрашенными кровью. Въ виду этого, рѣшено заживить полость, что и было достигнуто къ ^{26/vi} того же года.

LXXX.

(№ У.). Г-нъ М. Х., 39 лѣтъ, чиновникъ, житель Вытегры, ^{29/ix} 1903 года пріѣхалъ ко мнѣ съ жалобой на правосторонній гнилостный насморкъ, тянущійся у него уже нѣсколько мѣсяцевъ и причиняющій ему много безпокойствъ. Выдѣленія очень обильны, заставляютъ его постоянно прибѣгать къ носовому платку и имѣютъ очень рѣзкій запахъ, слегка ощущаемый и самимъ больнымъ. По утрамъ въ носоглоточномъ пространствѣ у него скопляется громадное количество мокроты съ отвратительнымъ вкусомъ, присутствіе которой дѣйствуетъ на него крайне непрятно. Особенно рѣзкими головными болями не страдаетъ; пожалуй, нѣкоторая болѣзненность на правой сторонѣ въ области глазницы появляется изрѣдка, но не имѣетъ постоянного характера. Что касается состоянія его зубовъ, то большинство изъ нихъ здоровы. За нѣкоторое время до заболѣванія насморкомъ онъ удалил у себя пер-

вый большой коренной на правой сторонѣ, причинявшій ему довольно сильныя боли. Появился ли насморкъ вслѣдъ за заболѣваніемъ зуба или, въ особенности, за его удаленіемъ, больной точно не помнитъ; во всякомъ случаѣ онъ флюсами раньше не страдалъ.

²⁹/ix 1903 года. Status praesens. Больной прекраснаго тѣлосложенія; ни опухоли, ни болѣзненности костей челюсти не отмѣчается. При изслѣдованіи носа, на правой сторонѣ въ среднемъ носовомъ ходѣ видно значительное количество жидковатаго гноя, покрывающаго въ видѣ полосокъ поверхность раковинъ. Полиповъ нѣтъ. Послѣ стиранія гноя можно видѣть, какъ, спустя нѣкоторое время, онъ появляется въ среднемъ носовомъ ходѣ на правой сторонѣ, выдѣляясь изъ-подъ края средней раковины. Въ полости рта всѣ зубы въ хорошемъ состояніи; кое-гдѣ они замплембированы. Первый большой коренной на правой сторонѣ отсутствуетъ. При просвѣчиваніи полости, на правой сторонѣ получается сильное затемненіе; полукругъ, находящійся подъ правой глазницей, рѣзко темный, тогда какъ на лѣвой сторонѣ онъ просвѣчиваетъ розовымъ свѣтомъ. Со стороны зрачковъ тоже замѣтно потемненіе на правой сторонѣ. Наконецъ, и субъективныя ощущенія свѣта подтверждаютъ данныя просвѣчиванія: въ правомъ глазу больной свѣта не ощущаетъ.

Того же ²⁹/ix 1903 года произведена трепанція Гайморовой полости помощью копьевиднаго бора, приспособленнаго къ бормашинѣ. Операция прошла легко и совершенно безболѣзненно. Послѣ трепанціи вставленъ серебряный дренажъ, и полость промыта теплымъ борнымъ растворомъ. Послѣ трепанціи гной въ полость рта не выдѣлился. При промываніи же получилось значительное количество рѣзко зловоннаго гноя. Гной густой. Снять слѣпокъ для изготовленія obturatora.

³⁰/ix и ¹/x произведены промыванія Гайморовой полости, давшія небольшое количество гноя. Больному надѣтъ obturatorъ. Изъ разспросовъ выяснилось, что больной со дня операции сразу почувствовалъ себя гораздо лучше. Выдѣленія изъ носу прекратились совершенно, такъ же, какъ прекратилось и отдѣленіе мокроты по утрамъ. Запахъ, который онъ прежде ощущалъ, совершенно прошелъ, и прошелъ дурной вкусъ во рту. Больному даны наставленія, какъ слѣдуетъ дѣлать промыванія дома, и затѣмъ онъ уѣхалъ на родину. Больной далъ мнѣ обѣщаніе при отъѣздѣ вернуться ко мнѣ, какъ только ему позволятъ обстоятельства, но, къ сожалѣнію, до сихъ поръ онъ еще не былъ у меня.

LXXXI.

(К. С. Дн. № 1252). Г-жа Я. Д., 52 лѣтъ, дѣвица, жительница Петербурга, прислана хирургомъ ¹⁵/x 1903 года для просвѣчиванія Гайморовой полости. Больная жалуется на боли въ надглазничной

области, которыя тянутся у нея довольно давно и соединены съ нѣкоторымъ выдѣленіемъ изъ носа гнойнаго характера. Гной вытекаетъ по преимуществу изъ правой ноздри и имѣетъ непріятный запахъ. Что же касается его количества, то больная замѣчаетъ, что выдѣленія сравнительно не обильны и не очень беспокоятъ ее. Гораздо болѣе роль въ ея болѣзни играютъ боли, отъ которыхъ она не можетъ избавиться. Примѣненіе фенаcetина и салипирина успокаиваетъ боль на непродолжительное время; къ этимъ средствамъ больная быстро привыкаетъ. Зубы свои лечила всегда; много имѣетъ пломбированныхъ; особенно сильныхъ зубныхъ болей не запомнить.

¹⁵/x 1903 года. Status praesens. Припухлости костей лица, равно какъ и мягкихъ частей щекъ, нѣтъ. Въ полости рта передніе зубы, какъ рѣзцы, такъ и клыки, совершенно здоровы, не пломбированы. Въ малыхъ коренныхъ имѣются небольшія цементныя пломбы; также цементомъ запломбированы и большіе коренные зубы. Первый большой коренной на правой сторонѣ отсутствуетъ, удаленъ недавно; альвеола на его мѣстѣ совершенно спалась, атрофировалась и зарубцевалась.

При изслѣдованіи носа, на правой сторонѣ въ среднемъ носовомъ ходѣ замѣчается небольшое количество слизисто-гнойнаго отдѣляемаго, причемъ ясно видно, что это отдѣляемое находится подъ нижнимъ краемъ средней раковины. Полиповъ или особыхъ измѣненій слизистой оболочки не найдено. На лѣвой сторонѣ все нормально. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, на правой сторонѣ получается довольно значительное затемненіе какъ нижняго края глазницы, такъ и зрачка. Субъективныя ощущенія свѣта имѣются на лѣвой сторонѣ, на правой же они не ясны. Диагнозъ: Empyema antri Highmori dextri chronica. Больной предложена операция.

¹⁷/x 1900 года на мѣстѣ отсутствующаго перваго большого кореннаго зуба съ правой стороны произведена трепанція Гайморовой полости при помощи бормашинны.

Трепанція прошла очень быстро и была совершенно безболѣзненной. При промываніи получено небольшое количество рѣзко зловоннаго гноя. Вставлена дренажная трубка, и снять слѣпокъ для изготовленія obturatora.

Съ 17-го по 21-ое ежедневно производились мною промыванія. Въ промывныхъ водахъ было небольшое количество слизистогнойныхъ комковъ безъ особаго запаха. Вставленъ obturatorъ. Больной поручено дѣлать промыванія самой.

Черезъ мѣсяцъ, ¹⁷/xi 1903 года, больная явилась ко мнѣ съ заявленіемъ, что прежнія боли совершенно у нея исчезли и выдѣленія изъ носу прекратились. При промываніи, которое она послѣднее время стала дѣлать черезъ два дня на третій, гной изъ

Гайморовой полости почти совсѣмъ не выдѣляется, и она желала бы заживить свищъ. Я промылъ Гайморову полость, и дѣйствительно въ ней гноя не оказалось. Я предложилъ больной подождать еще недѣли двѣ и придти ко мнѣ. Въ это слѣдующее посѣщеніе больной, такъ какъ гноя все-таки за это время не было, я удалилъ дренажъ и приступилъ къ заживленію полости. Спустя недѣли двѣ, сообщеніе между ротовой и Гайморовой полостью совершенно закрылось. Послѣ этого черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, именно въ мартѣ 1904 года, я получилъ извѣстіе отъ больной, что она чувствуетъ себя совершенно хорошо, и прежнее страданіе у нея не возобновлялось, несмотря на то, что она нѣсколько разъ въ эту зиму перенесла острый насморкъ.

LXXXII.

(К. С. Дн. № 1366). Г-жа М. С., 30 лѣтъ, гувернантка, жительница Петербурга, 6/х^і 1903 года прислана ко мнѣ ринологомъ съ диагнозомъ правосторонняго Гайморита и съ просьбой произвести трепанацию Гайморовой полости. Больная жалуется на односторонній насморкъ (правой половины), продолжающійся у нея уже 4 года и не поддающійся совершенно мѣстному леченію. Выдѣленія изъ носу не очень обильны, но зато крайне непріятны, такъ какъ содержатъ противный запахъ. Боли головныя у нея бываютъ по временамъ, но она не можетъ сказать, чтобы онѣ точно локализовались надъ глазомъ. Что касается зубовъ, то ими она хворала мало, хотя нѣсколько зубовъ у нея запломбировано, а одинъ давно уже разрушенъ, и зубные врачи нѣсколько разъ даже предлагали его удалить, отъ чего она отказывалась, боясь боли.

6/х^і 1903 года, осмотрѣвъ ротъ пациентки, я увидѣлъ, что этотъ разрушенный зубъ какъ разъ и есть первый большой коренной на правой сторонѣ. Онъ уже утерять коронку, остатки которой, однако, еще достаточно крѣпки. Связь между корнями не утеряна. Полость коронковой пульпы выполнена гнилымъ распадомъ. Другіе зубы какъ на правой, такъ и на лѣвой сторонѣ здоровы или поражены поверхностными степенями каріеса и подлежатъ пломбированію. При изслѣдованіи носа, въ среднемъ носовомъ ходѣ на правой сторонѣ найдено гнойное отдѣляемое въ видѣ полосокъ, покрывающихъ мѣстами слизистую оболочку. Особеннаго запаха изъ носу не ощущается. Слизистая мало измѣнена.

При просвѣчиваніи Гайморовой полости, на правой сторонѣ очень рѣзкое затемнѣніе.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori dextri chronica.

6/х^і 1903 года удаленъ первый большой коренной верхній правый.

10/х^і 1903 года произведена трепанациа Гайморовой полости. При промываніи получено небольшое количество гноя съ довольно рѣзкимъ непріятнымъ запахомъ. Вставленъ дренажъ и снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora.

Съ 10-го по 13-ое промыванія Гайморовой полости, дававшія каждый разъ небольшое количество гноя.

18/х^і вставленъ obturatorъ.

Послѣ этого больная явилась ко мнѣ 22/х^і 1903 года, заявивъ, что выдѣленія изъ носу у нея совсѣмъ прекратились, и насморкъ, продолжавшійся такъ долго, прошелъ. Запаха она также не ощущаетъ. Въ промывныхъ водахъ всякій разъ имѣется небольшое количество гноя. Я посоветовалъ больной продолжать промыванія и показаться мнѣ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ. Къ сожалѣнію, больной я больше не видѣлъ и лишь только по моему письму 15/iv 1904 года она отвѣтила, что чувствуетъ себя совсѣмъ хорошо и промыванія Гайморовой полости продолжаетъ. Что же касается заживленія, то она, въ виду того, что насморкъ у нея длился очень долго и причинялъ ей массу безпокойствъ, предпочитаетъ оставаться съ obturatorомъ и канюлей и этимъ быть гарантированной отъ рецидива.

LXXXIII.

(К. С. Дн. № 1550). Г-жа О. С., 35 лѣтъ, жительница Новгорода, явилась ко мнѣ по поводу выдѣленій изъ носу, появившихся у нея вскорѣ за заболѣваніемъ зуба. Она сама думаетъ, что бывшій у нея флюсъ вскрылся въ носъ, такъ какъ вслѣдъ за тѣмъ, какъ прошла у нея опухоль, бывшая у лѣваго коренного зуба, появилось выдѣленіе гноя изъ лѣвой ноздри. Больная до того связываетъ эти два заболѣванія, что даже полагаетъ, что если бы флюсъ вскрылся наружно, на деснѣ, какъ это бывало у нея раньше, заболѣваніе носа у нея не появилось бы. Изъ разспросовъ оказывается, что у нея на лѣвой сторонѣ имѣется давно уже разрушенный каріезомъ второй большой коренной зубъ, который не разъ давалъ флюсы, проходившіе благополучно. Извлечь этотъ зубъ больная все не рѣшалась, несмотря на то, что ей много разъ указывали на необходимость этого. Въ послѣдній разъ этотъ зубъ заболѣлъ у нея недѣли три тому назадъ; появился флюсъ, послѣ котораго боли прекратились. Этотъ послѣдній по-немногу исчезъ, и вотъ недѣлю тому назадъ началось выдѣленіе изъ носу. Выдѣленіе это имѣетъ нѣкоторый запахъ. Заболѣваніе никакими болями въ области головы или глазницы не сопровождается.

* 10/xii 1903 года. Status praesens. Опухоли лица и щеки нѣтъ въ полости рта на лѣвой сторонѣ верхней челюсти цѣлый рядъ

зубовъ совершенно здоровыхъ. Второй большой коренной сильно разрушенъ каріезомъ и при изслѣдованіи даетъ вполне характерные симптомы гангрены мякоти. Соответственно ему, альвеолярный отростокъ нѣсколько припухъ; десна надъ нимъ значительно болѣе красна, чѣмъ у близъ лежащихъ зубовъ, при давленіи безболѣзненна. Самъ зубъ къ постукиванію и давленію тоже не чувствителенъ. Въ этомъ случаѣ я прибѣгъ только къ просвѣчиванію полости, чтобы быстрѣе подойти къ рѣшенію вопроса, и, дѣйствительно, эффектъ просвѣчиванія былъ вполне убѣдительнымъ. Лѣвая сторона была сильно затемнѣна, почему я даже и не прибѣгъ къ изслѣдованію носа.

¹⁰/xii 1903 года больная позволила произвести экстракцію зуба подъ кокаиномъ. Экстракція, довольно трудная, окончилась благополучно удаленіемъ всѣхъ трехъ корней. Назначено борное полоканіе; явиться черезъ три дня для операціи.

¹⁴/xii 1903 года произведена трепанція Гайморовой полости, при чемъ со дна альвеолы второго большого коренного зуба удалось очень легко проникнуть въ Гайморову полость; на своемъ пути боръ почти не ощущалъ препятствія, какъ будто полость уже была вскрыта однимъ удаленіемъ зуба. Сейчас же произведено промываніе, давшее значительное количество жидковатаго гноя съ рѣзкимъ запахомъ. Вставлена канюля, и снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora. Въ теченіе послѣдующихъ нѣсколькихъ дней промыванія давали еще значительное количество гноя безъ особаго запаха. Потомъ ей вставленъ былъ obturatorъ, и больная отпущена на родину съ порученіемъ производить въ дальнѣйшемъ эти же промыванія. Къ сожалѣнію, я не могъ больше получить свѣдѣній о состояніи здоровья этой больной.

LXXXIV.

(Ж. М. И. 1903 г. № 43). Г-нъ П. О., 18 лѣтъ, студентъ, житель Петербурга, ¹²/i 1903 года явился ко мнѣ, по совѣту пользовавшаго его ринолога, съ просьбой произвести ему трепанцію Гайморовой полости на лѣвой сторонѣ. Больной жалуется на странное выдѣленіе изъ носу, имѣющее противный запахъ и, вопреки тому, какъ онъ привыкъ у себя наблюдать обыкновенно, выдѣляющееся изъ одной только лѣвой ноздри. По временамъ выдѣленія бываютъ и изъ правой ноздри, но послѣднія рѣзко разнятся отъ выдѣленій съ лѣвой стороны какъ своей консистенціей (они болѣе жидки), такъ и отсутствіемъ запаха. Меня удивило, что больной можетъ различать выдѣленія той и другой ноздри, и въ объясненіе онъ мнѣ сказалъ, что всякій разъ онъ старается очищать одну только ноздрю и потомъ просматриваетъ

выдѣленіе на платкѣ, почему свои наблюденія онъ считаетъ вполне достоверными. Головныхъ болей у него никакихъ нѣтъ. Что же касается подглазничныхъ невралгій, то таковыя онъ отрицаетъ, говоря, что если онъ и есть, то во всякомъ случаѣ незначительной силы. Зубами особенно никогда не страдалъ, вниманія имъ удѣлялъ мало, и на верхней челюсти съ лѣвой стороны у него имѣется одинъ скверный зубъ, про который пользовавшій его врачъ говорилъ, что его слѣдуетъ удалить и на мѣстѣ его произвести операцію.

¹²/i 1903 года. Изслѣдованіе даетъ слѣдующее: въ полости рта на лѣвой сторонѣ сверху дѣйствительно имѣется сильно разрушенный каріезомъ первый большой коренной съ типическими явленіями гангрены мякоти. Другіе зубы особыхъ измѣненій не представляютъ. Нижніе шестилѣтніе отсутствуютъ. При изслѣдованіи носа, получается довольно характерная картина нахожденія гнойнаго отдѣляемаго подъ средней раковиной. Слизистая очень мало измѣнена. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, на лѣвой сторонѣ получается рѣзкое затемнѣніе.

Диагнозъ: Empyema antri Highmori sinistri chronica.

¹²/i произведена экстракція корней первого большого коренного на лѣвой сторонѣ, 14-го же произведена трепанція, вполне подтвердившая діагнозъ. Изъ Гайморовой полости при промываніи черезъ носъ выдѣлилось значительное количество гноя съ неприятнымъ запахомъ. Гной смѣшанъ въ значительномъ количествѣ со слизью и плаваетъ въ промывныхъ водахъ въ видѣ нитей. Въ теченіе послѣдующихъ четырехъ дней больному изготовленъ obturatorъ и поручено дѣлать промыванія на-дому, съ просьбой показаться черезъ нѣкоторое время.

Съ этихъ поръ больной аккуратно посѣщалъ меня каждый мѣсяцъ, при чемъ я могъ убѣдиться, что всѣ бывшія у него раньше явленія Гайморита прошли совершенно. Промыванія шли гладко, безъ затрудненій. Гной выдѣлялся вначалѣ мало, а въ послѣднее время онъ совсѣмъ исчезъ.

Спустя три мѣсяца послѣ операціи, я рѣшилъ заживить полость, что и произвелъ ему. Послѣ этого я видѣлъ больного черезъ годъ, именно въ январѣ 1904 года, и у него не обнаружилось никакихъ явленій возврата болѣзни или ухудшенія состоянія пришедшей въ норму Гайморовой полости.

LXXXV.

(Ж. М. И. 1903 г. № 479). Г-жа О. Л., 29 лѣтъ, жена чиновника, жительница Петербурга, явилась ко мнѣ ⁷/iv 1903 года съ жалобой на своеобразное ощущеніе, развившееся у нея вслѣдъ

за экстракцией зуба (недѣли двѣ тому назадъ). Ей былъ удаленъ лѣвый второй малый коренной наверху, при чемъ альвеола послѣ удаленія зуба не спадалась и не выполнялась какъ обыкновенно (ей удаляли раньше нѣсколько зубовъ), но продолжала болѣть и была чувствительна при давленіи, что продолжается и до сихъ поръ, а затѣмъ изъ альвеолы у нея стало выдѣляться нѣчто вродѣ гноя, имѣющаго непріятный запахъ и противный вкусъ. Одновременно съ этимъ эти выдѣленія начали появляться и изъ лѣвой ноздри. Зубной врачъ, осмотрѣвъ ее, спустя нѣсколько дней послѣ экстракціи, обнадежилъ, что эти явленія пройдутъ, а затѣмъ, когда она недавно пришла къ нему, посовѣтовалъ ей обратиться ко мнѣ, такъ какъ, по его мнѣнію, у нея началось воспаленіе верхней челюсти.

7/iv 1903 года. Изслѣдовавши полость рта, я убѣдился, что зондъ, введенный въ альвеолу второго малаго коренного, проникаетъ на значительную глубину въ Гайморову полость. Расширивъ лишь нѣсколько это сообщеніе, я сейчасъ же промылъ пазуху теплымъ борнымъ растворомъ, при чемъ при промываніи черезъ носъ выдѣлилось значительное количество рѣзко зловоннаго гноя. Я вставилъ дренажъ и снялъ слѣпокъ для изготовленія obturatora. Въ теченіе нѣсколькихъ дней произведены были промыванія полости, давшія быстрое улучшеніе въ состояніи здоровья больной, и болѣзненность альвеолярнаго отростка, на которую она жаловалась, и непріятное ощущеніе выдѣленія гноя совершенно прекратились. Объективно въ промывныхъ водахъ количество гноя также въ теченіе этихъ нѣсколькихъ дней значительно уменьшилось, и я далъ совѣтъ больной производить эти промыванія недѣли двѣ-три, а затѣмъ вновь явиться ко мнѣ для осмотра. Больная пришла черезъ 5 недѣль, въ половинѣ мая 1903 года, при чемъ, промывъ полость, я убѣдился, что гноя въ послѣдней совсѣмъ нѣтъ. Явленія, беспокоившія больную, давно уже прошли совершенно и болѣе не возобновлялись. Въ виду этихъ данныхъ, въ особенности въ виду того, что, какъ я уже не разъ убѣдился, травматическіе Гаймориты протекаютъ особенно легко, я предложилъ больной произвести заживленіе Гайморовой полости, чего и удалось добиться въ 2-хнедѣльный промежутокъ времени. Я просилъ больную зайти ко мнѣ черезъ полгода, что она и исполнила, и въ это посѣщеніе я убѣдился, что Гайморова полость ея пришла въ совершенно нормальное состояніе.

LXXXVI.

(К. С. Дн. № 1807). Г-нъ Н. Б., 36 лѣтъ, художникъ, житель Петербурга, 8/vi 1903 года явился ко мнѣ съ жалобой на противное выдѣленіе изъ носу, продолжающееся у него уже нѣсколько

мѣсяцевъ и появившееся безъ всякой видимой причины. Начало его онъ не можетъ связать съ болѣзнью носа, ни, тѣмъ паче, съ болѣзнями зубовъ, которые вообще его очень мало беспокоили. На разспросы о томъ, не перенесъ ли больной инфлуэнцы, послѣ которой, быть можетъ, развилось это страданіе, онъ отвѣчаетъ отрицательно, зато вполне точные отвѣты онъ даетъ на вопросы о томъ, не усиливаются ли эти отдѣленія при извѣстномъ положеніи головы. Онъ самъ отмѣтилъ это обстоятельство, что выдѣленія изъ носу увеличиваются при нагибѣ и усилии поднять что-либо, а равно при лежаніи на здоровой сторонѣ. Выдѣленія изъ носу, главнымъ образомъ, захватываютъ правую ноздрю; изъ лѣвой же выдѣляется очень мало или даже совсѣмъ ничего. Головные боли бываютъ изрѣдка и, дѣйствительно, больше на правой сторонѣ, хотя онъ не можетъ сказать, чтобы онѣ сосредоточивались вокругъ глаза или надъ глазомъ.

8/iv 1903 года. При изслѣдованіи никакихъ измѣненій въ видѣ опухоли или растягиванія костей верхней челюсти не обнаружено. Кости къ давленію и постукиванію не чувствительны. Въ полости рта первый большой коренной на правой сторонѣ сильно разрушенъ каріезомъ; отъ него остались лишь корни. Зубы обложены камнемъ. Отложеніе камня замѣтно на обѣихъ сторонахъ. Передніе зубы покрыты зеленымъ пристлеевскимъ налетомъ. При изслѣдованіи носа, въ правомъ среднемъ носовомъ ходѣ обнаружено присутствіе жидковатаго гноя. Гной, повидимому, вытекаетъ изъ-подъ средней раковины; стертый ваткой, онъ издаетъ непріятный запахъ. При наклонѣ головы больного внизъ, вполне ясно видно новое появленіе гнойной капли изъ-подъ средней раковины. Просвѣчиваніе даетъ полное затемнѣніе на правой сторонѣ, выражающееся какъ затемнѣніемъ нижняго края глазницы, такъ и затемнѣніемъ зрачка.

Диагнозъ: Empyema antri Highmori dextri chronica.

8/iv 1903 года. Корни перваго большого коренного праваго верхняго удалены подъ кокаиномъ. Больному назначено борное полосканіе.

12/iv произведена трепанация Гайморовой полости сквозь небную альвеолу перваго большого коренного зуба. Въ трепанационный каналъ вставленъ серебряный дренажъ, и произведено промываніе полости, давшее значительное количество зловоннаго гноя. Въ теченіе нѣсколькихъ послѣдующихъ дней изготовленъ былъ obturatorъ, и промыванія поручены самому больному. Вскорѣ, лишь спустя недѣлю, больной вернулся ко мнѣ съ жалобой на затрудненія при промываніи Гайморовой полости: воду можно впрыснуть въ полость лишь съ большимъ трудомъ, выдѣляется она изъ правой ноздри по каплямъ. Первая капля содержитъ значительное количество гноя, а затѣмъ промывная вода выходитъ

чистой. Затруднения эти, главным образом, бывают в началѣ промыванія; в серединѣ же и подѣ конецъ вода идетъ свободно, хотя все-таки не такъ свободно, какъ в первые дни послѣ операции. Я прошелъ зондомъ по каналу дренажа, при чемъ зондъ свободно проникъ въ Гайморову полость, не встрѣтивъ на своемъ пути никакого механическаго препятствія. Приступивъ къ промыванію полости, я дѣйствительно убѣдился, что вода проходитъ съ трудомъ. Гной, однако, выдѣляется въ небольшомъ количествѣ. Я назначилъ больному дѣлать промыванія два раза въ день, предполагая, что эти затруднения обусловлены набуханіемъ слизистой у *hiatus semilunaris* и что подѣ вліяніемъ болѣе частыхъ промываній эта припухлость пройдетъ. Я просилъ больного явиться опять черезъ недѣлю и въ этотъ разъ долженъ былъ опять убѣдиться, что промыванія все-таки происходятъ съ трудомъ. Я опять назначилъ больному дѣлать промыванія не болѣе раза въ день, и черезъ мѣсяцъ, когда онъ ко мнѣ явился, я узналъ, что промыванія, хотя и затруднены, все-таки въ значительной мѣрѣ облегчаютъ больного; если только онъ не промываетъ полости въ течение нѣсколькихъ дней, какъ это онъ иногда дѣлалъ, сейчасъ же изъ носу начинаетъ появляться запахъ и выдѣленіе усиливается, а стоитъ промыть, какъ все это сейчасъ же стихаетъ. Въ виду этихъ явленій я назначилъ больному не оставлять промываній. Что-же касается заживленія полости, то, въ виду постоянно существовавшего у него затрудненія въ промываніи, которое, вѣроятно, представляетъ собой результатъ продолжающагося, хотя и хронически протекающаго, воспалительнаго процесса, намѣреніе о немъ отложить.

Черезъ полгода послѣ этого я видѣлъ больного. Промыванія у него стали легче; дѣлаетъ онъ ихъ не болѣе одного-двухъ разъ въ недѣлю, и самъ склоняется въ пользу того, чтобы не заживлять полости.

LXXXVII.

(Ж. М. И. 1903 г. № 2115). Г-нъ Г. К., 28 лѣтъ, купецъ, житель Петербурга, явился ко мнѣ по поводу зловоннаго насморка, которымъ онъ страдаетъ уже въ теченіе 6—7 мѣсяцевъ и который, какъ ему сказали, зависитъ отъ состоянія его зубовъ. Зубы, дѣйствительно, у него сильно разрушены, и онъ изъ боязни боли не рѣшался ни на ихъ удаленіе, ни на пломбированіе. Появленію насморка не предшествовало, однако, какое нибудь заболѣваніе зуба, замѣтное для него. Насморкъ развился понемногу, безъ всякихъ острыхъ явленій и быстро сталъ одностороннимъ, а именно: сталъ придерживаться лѣвой стороны и почти, можно сказать, съ самаго начала имѣлъ уже непріятный запахъ; теперь запахъ этотъ

еще болѣе усилился, и хотя онъ мало замѣтенъ для самого больного (больной болѣе замѣчаетъ его по утрамъ), но зато всѣ его родные и окружающіе постоянно обращаютъ вниманіе на то, что у него пахнетъ изъ носу.

¹⁰/ix 1903 года. Status praesens. Больной прекраснаго тѣлосложенія и питанія. Ни болѣзненности, ни опухоли верхнечелюстныхъ костей не обнаруживается. Въ полости рта всѣ зубы сплошь разрушены каріезомъ, такъ что, при самомъ тщательномъ изслѣдованіи, можно остановиться лишь на двухъ нижнихъ премолярахъ, годныхъ еще для пломбированія. Коронки всѣхъ остальныхъ зубовъ до такой степени разрушены, что о пломбированіи ихъ не можетъ быть и рѣчи. Отъ заднихъ зубовъ остались лишь раздѣлившіеся корни, передніе же хотя и сохранили частично коронки, но эмаль на послѣднихъ совершенно отсутствуетъ. На видъ онъ черны, дентинъ ихъ твердъ. Не только изъ носу, но и изо рта чувствуется крайне непріятный гнилостный запахъ. При изслѣдованіи носа, на лѣвой сторонѣ въ среднемъ носовомъ ходѣ обнаружено присутствіе гноя, выдѣляющагося изъ-подъ средней раковины. Слизистая носа мало измѣнена, мѣстами она покраснѣла и припухла. Полиповъ нѣтъ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, получается очень рѣзкое затемнѣніе на лѣвой сторонѣ.

Я обратилъ вниманіе больного на необходимость не только заняться леченіемъ пораженной Гайморовой полости, но и всѣхъ его зубовъ, такъ какъ однимъ производствомъ операции трудно рассчитывать устранить заболѣваніе, если оно постоянно будетъ поддерживаться присутствіемъ зловонныхъ разлагающихся и отъ времени до времени воспаляющихся корней большихъ коренныхъ зубовъ верхней челюсти. Я указалъ также на возможность заболѣванія и на другой сторонѣ, такъ какъ и въ правой половинѣ челюсти имѣлись сплошь разрушенные корни большихъ коренныхъ зубовъ. Больной внялъ моему совѣту, и прежде всего я занялся удаленіемъ корней верхнихъ коренныхъ зубовъ какъ на одной, такъ и на другой сторонѣ и леченіемъ однокорневыхъ зубовъ верхней челюсти. Я долженъ былъ произвести это раньше трепанации Гайморовой полости, такъ какъ при наличности тѣхъ условій, которыя имѣлись въ полости рта даннаго больного, нельзя было даже укрѣпить obturatora. Въ теченіе почти мѣсяца больному приходилось мириться съ явленіями гноетеченія изъ носу, такъ какъ въ это время я подготавливалъ корни переднихъ зубовъ путемъ пломбированія ихъ для вставленія штифтовыхъ коронокъ. Лишь когда послѣднія были вставлены, альвеолярный же отростокъ на мѣстѣ удаленныхъ зубовъ почти зарубцевался, я приступилъ къ трепанации Гайморовой полости помощью бормашины, и Гайморова полость ²⁴/x 1903 года была вскрыта, при чемъ, при промываніи, черезъ носъ выдѣлилось громадное количество густого

сильно зловонного гноя. Въ трепанационный каналъ вставленъ былъ серебряный дренажъ, и больному снятъ слѣпокъ для изготовленія пластинки съ искусственными зубами, которая бы въ то же время служила obturatorомъ для свища, ведущаго въ пазуху.

Въ теченіе недѣли, потребовавшейся для изготовленія протеза, я производилъ промыванія полости больного, при чемъ съ каждымъ днемъ количество гноя рѣзко уменьшалось, и къ концу недѣли въ промывныхъ водахъ было лишь небольшое количество слизи. Въ дальнѣйшемъ, въ теченіе ноября и декабря, я занялся приведеніемъ въ порядокъ нижнихъ зубовъ больного, изготовленіемъ штифтовыхъ коронокъ и вставленіемъ протеза.

За это время, на моихъ глазахъ, всѣ явленія бывшаго Гайморита у больного совершенно прошли, и, закончивъ приведеніе его рта въ порядокъ, въ половинѣ декабря 1903 года, я рѣшилъ заживить полость, что мною и было исполнено. Больной теперь аккуратно посѣщаетъ меня два раза въ годъ для осмотра состоянія его жевательнаго аппарата, и всякій разъ я имѣю возможность убѣдиться, что бывшее у него страданіе Гайморовой полости прошло безслѣдно. Для проверки я нѣсколько разъ просвѣчивалъ полость и убѣдился, что эффектъ просвѣчивания все болѣе и болѣе улучшается. Вначалѣ, послѣ вскрытія полости, затемнѣніе на лѣвой сторонѣ оставалось, потомъ оно свѣтлѣло все болѣе и болѣе, и въ послѣднее время при просвѣчиваніи лѣвая сторона ничѣмъ не отличается отъ правой.

LXXXVIII.

(Ж. М. И. 1902 г. № 2910). Г-нъ Т. Ц., 44 лѣтъ, чиновникъ, житель Петербурга, жалуется на выдѣленія изъ носу, продолжающіяся у него уже около двухъ лѣтъ и сопровождающіяся болями въ подглазничной области. Боли въ сущности стали ощутительными лишь въ теченіе послѣднихъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ; до того же существовало лишь одно отдѣленіе изъ носу, имѣвшее запахъ, но болѣе никакихъ не было. Какъ началось заболѣваніе, больной теперь не помнитъ, во всякомъ случаѣ онъ знаетъ, что ему не предшествовало какое острое страданіе; вѣроятно, что дѣло началось съ насморка, который мало-по-малу сталъ хроническимъ. Что касается зубовъ, то связать свое заболѣваніе съ ихъ состояніемъ онъ не можетъ, такъ какъ никакихъ данныхъ въ пользу этого у него не имѣется. Зубы у него дѣйствительно испорчены, въ особенности лѣвые верхніе, и хотя выдѣленія изъ носу тоже по преимуществу происходятъ изъ лѣвой ноздри, но онъ не помнитъ, чтобы заболѣваніе носа началось вслѣдъ за какимъ либо страданіемъ зубовъ. Флюсовъ у него на этой сторонѣ не было.

19/xii 1902 года. Status praesens. Больной слабого тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія, очень нервный, легко раздражается, крайне чувствителенъ къ болевымъ ощущеніямъ. Въ полости рта на лѣвой сторонѣ какъ второй малый коренной, такъ и первый большой коренной сильно разрушены каріезомъ. Въ обоихъ опредѣляется наличность гангрены мякоти. Альвеолярный отростокъ, соотвѣтственно этимъ зубамъ, никакихъ измѣненій не представляетъ. Сосѣдніе зубы здоровы. На правой сторонѣ верхней челюсти также сильно разрушенъ каріезомъ зубъ мудрости. Къ постукиванію и давленію ни второй малый коренной, ни первый большой коренной на лѣвой сторонѣ не чувствительны. При изслѣдованіи носа, особыхъ измѣненій слизистой оболочки ни на одной сторонѣ не обнаружено, хотя все-таки на лѣвой сторонѣ слизистая болѣе красна. Раковины, по сравненію съ правой, нѣсколько гипертрофированы. Полипозныхъ образований ни на одной, ни на другой сторонѣ не замѣчается. Въ лѣвой половинѣ въ среднемъ носовомъ ходѣ имѣется замѣтное количество гноя, покрывающее всюду въ видѣ нитей и полосъ слизистую оболочку носовой полости. При стираніи гноя и наклоненіи головы, гной вновь появляется, выдѣляясь изъ-подъ средней раковины. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, обнаруживается затемнѣніе на лѣвой сторонѣ.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori sinistri.

19/xii удаленъ первый большой коренной на лѣвой сторонѣ.

20/xii удаленъ второй малый коренной на лѣвой сторонѣ.

Назначено борное полосканіе.

21/xii произведена трепанация Гайморовой полости, и при промываніи получено значительное количество густого зловоннаго гноя. Тотчасъ же снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora, который и вставленъ на другой день.

22/xii. Больному съ этого же дня, вслѣдствіе наступившихъ праздниковъ, поручено дѣлать промыванія самому, и я увидѣлъ его лишь 10/i 1903 года, къ которому числу всѣ бывшія у него непріятныя ощущенія совершенно прошли. Въ промывныхъ водахъ выдѣлялось небольшое количество гноя. Я назначилъ больному промыванія черезъ день и пригласилъ его придти ко мнѣ черезъ нѣсколько недѣль для осмотра. Больной явился ко мнѣ лишь въ апрѣлѣ мѣсяцѣ 1903 года и заявилъ, что нынѣ у него состояніе Гайморовой полости почти совсѣмъ нормально; никакихъ выдѣленій и запаха не имѣется, при чемъ рассказалъ, что въ мартѣ мѣсяцѣ у него было значительное обостреніе въ теченіи заболѣванія, напомнившее ему прежнія ощущенія, которое развилось вслѣдъ за полученнымъ больнымъ острымъ насморкомъ. Я посоветовалъ больному не заживлять полости, въ виду возможности у него обостренія и нынѣ.

Мартъ 1904 года. Больной продолжаетъ носить канюлю, которую два-три раза въ годъ онъ мѣняетъ. Промыванія дѣлаетъ разъ въ недѣлю, разъ въ двѣ недѣли. Выдѣленія изъ Гайморовой полости у него небольшія, присутствіе же obturatora и канюли не причиняетъ ему никакихъ особыхъ безпокойствъ.

LXXXIX.

(Ж. М. И. 1903 г. № 2116). Г-жа А. С., 38 лѣтъ, 11/ix 1903 года явилась ко мнѣ съ жалобой на истечение изъ лѣвой половины носа, имѣющее непріятный запахъ и сопровождающееся болями въ надглазничной области, часто захватывающими всю половину головы. Опухли лица и щекъ у нея не было раньше и теперь не бываетъ. Зубы въ исправности; она всегда ихъ пломбируетъ периодически и не можетъ сказать, чтобы развившееся у нея заболѣваніе носа было въ какой-либо связи съ состояніемъ ея зубовъ.

11/ix 1903 года. Status praesens. При изслѣдованіи обнаружено: на лѣвой сторонѣ въ полости рта первый большой коренной запломбированъ амальгамой, изъ которой восстановлена почти треть его коронки; рядомъ второй премоляръ и моляръ здоровы; оба они на дистальныхъ поверхностяхъ имѣютъ небольшія пломбы моляръ—гуттаперчевую и премоляръ—цементную. Первый большой коренной къ постукиванію и давленію не чувствителенъ, реакціи на впрыскиваніе холодной воды никакой не обнаруживаетъ; по удаленіи изъ него пломбы, пульпарная полость его оказывается наполненной желтоватымъ порошкомъ съ сильнымъ запахомъ іодоформа, по удаленіи котораго и зондированіи корневыхъ каналовъ какой-либо чувствительности въ послѣднихъ не обнаружено; извлеченная же изъ корня корневая игла издаетъ непріятный гнилостный запахъ.

Несомнѣнно, имѣется дѣло съ зубомъ, леченнымъ по ампутаціонному методу, гдѣ въ корневыхъ каналахъ произошла влажная гангрена пульповыхъ остатковъ. При изслѣдованіи носа, на лѣвой сторонѣ обнаружено характерное выдѣленіе гноя изъ-подъ средней раковины. Слизистая безъ особыхъ измѣненій. На правой сторонѣ ничего ненормальнаго. При просвѣчиваніи лѣвая сторона рѣзко затемнѣла.

Диагнозъ. Empyema antri Highmori sinistri chronica.

Больной предложено удаленіе зуба, что и было исполнено 11/ix 1903 г.

15/ix 1903 года изъ небной альвеолы перваго большого коренного зуба на лѣвой сторонѣ произведена трепанация Гайморовой полости, прошедшая, какъ обыкновенно, очень быстро и безболѣзненно.

При промываніи выдѣлилось небольшое количество очень густого, творожистаго и сильно зловоннаго гноя. Вставленъ дренажъ и снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora. Въ теченіе послѣдующихъ четырехъ дней произведены были промыванія полости, давшія небольшія количества гноя, а спустя шесть недѣль отъ начала заболѣванія произведено заживленіе свища, такъ какъ всѣ явленія Гайморита прошли и въ промывныхъ водахъ въ теченіе продолжительнаго промежутка времени гноя совсѣмъ не было. Въ Мартъ 1904 года я освѣдомился о состояніи здоровья этой больной и узналъ изъ ея словъ, что бывшее у нея заболѣваніе болѣе не возобновлялось.

XC.

(Ж. М. И. 1903 г. № 2238). Г-нъ С. Н., 30 лѣтъ, приказчикъ, житель Петербурга, съ начала мая 1903 года сталъ замѣчать сильное правостороннее выдѣленіе изъ носу гноя съ рѣзкимъ запахомъ. Выдѣленія эти никакими особыми болевыми ощущеніями въ области головы или глаза не сопровождались. Появленію выдѣленій не предшествовали зубныя боли, а равно не было флюсовъ. Что касается усиленія выдѣленій при различныхъ положеніяхъ головы, то больной замѣтилъ, что при наклоненіи внизъ выдѣленія усиливаются, хотя зато мало измѣняется количество выдѣленій при лежаніи на здоровой сторонѣ. По утрамъ ему приходится отхаркивать мокроту изъ носоглоточнаго пространства, скопляющуюся тамъ въ довольно значительномъ количествѣ, тогда какъ въ теченіе дня и вечеромъ ничего подобнаго ему не приходится дѣлать.

10/x 1903 года. Status praesens. Больной прекраснаго тѣлосложенія и питанія. Въ полости рта зубы вполне сохранились, и кариесъ нигдѣ не замѣтенъ. Прикусъ у больного прямой. Передніе зубы сильно стертые. Первый большой коренной на правой сторонѣ отсутствуетъ, и путемъ разспросовъ удастся выяснитъ, что зубъ этотъ болѣлъ, хотя дупла въ немъ не было. Зубъ этотъ удаленъ однимъ зубнымъ врачомъ по поводу бывшаго у больного флюса. На разспросы мои, не былъ ли этотъ зубъ распиленъ или же разрѣзанъ, больной точнаго отвѣта не даетъ. Зуба этого онъ не сохранилъ. При изслѣдованіи носа, на правой сторонѣ въ среднемъ носовомъ ходѣ замѣчается значительное количество жидковатаго гноя, покрывающаго слизистую оболочку и въ видѣ свернувшихся комковъ находящагося въ нижнемъ носовомъ ходѣ. При просвѣчиваніи, на правой сторонѣ получается затемнѣніе, выраженное вполне ясно. Зрачки просвѣчиваютъ неравномерно: въ то время, какъ лѣвый освѣщенъ краснымъ свѣтомъ, правый остается темнымъ. Что-же касается субъективныхъ ощущеній свѣта,

то, къ сожалѣнію, отъ больного, мало интеллигентнаго, нельзя было получить толковаго отвѣта; одинъ разъ онъ ощущалъ свѣтъ въ обоихъ глазахъ, другой разъ въ одномъ лѣвомъ, потомъ опять не чувствовалъ свѣта ни въ одномъ глазу.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori dextri.

Въ тотъ же день, 10-го октября 1903 года, больному произведено вскрытіе Гайморовой полости. Боръ установленъ на границѣ средняго и внутренняго отрѣзка альвеолярнаго отростка, и толщина послѣдняго пройдена послѣ нѣсколькихъ оборотовъ колеса бормашины. При промываніи черезъ носъ вышло значительное количество рѣзко зловоннаго гноя.

12/х 1903 года произведено промываніе Гайморовой полости, вставленъ обтураторъ. Ощущенія больного значительно улучшились; количество гноя, выдѣляющагося изъ носу, сильно уменьшилось, запахъ почти совсѣмъ исчезъ. Послѣ этого больной исчезъ изъ-подъ моего наблюденія и вернулся лишь въ февралѣ 1904 года съ просьбой вставить ему канюлю, такъ какъ послѣдняя, послѣ промыванія, была случайно имъ вынута изъ трепанационнаго канала; попытки же съ его стороны вставить ее обратно не увѣнчались успѣхомъ.

Я простереличиворвалъ и вставилъ канюлю и промылъ Гайморову полость, причемъ убѣдился, что изъ нея выдѣляется нѣкоторое количество гноя почти безъ запаха. На мои разспросы больной отвѣчалъ, что промыванія онъ дѣлаетъ рѣдко, за недосугомъ, и всякій разъ изъ полости выдѣляется небольшое количество гноя; тѣмъ не менѣе прежнихъ ощущеній у него совсѣмъ нѣтъ. Больше я больного не видѣлъ.

ХСІ.

(Ж. М. И. 1903 г. № 2703). Г-нъ Б. С., 32 лѣтъ, офицеръ, житель Петербурга, явился ко мнѣ съ жалобами на истечение гноя изъ правой ноздри, появившееся у него вскорѣ послѣ пломбированія верхняго лѣваго 2-го малаго кореннаго зуба. Передъ пломбированіемъ зубъ у него болѣлъ, давалъ своеобразное ощущение выростанія, выстоянія изъ альвеолы и былъ очень чувствителенъ къ давленію. Не только нажимъ на этотъ зубъ во время жеванія, но даже простое закрываніе рта или прикосновеніе языкомъ къ зубу вызывало очень сильную боль. Онъ обратился къ зубному врачу съ просьбой удалить зубъ, противъ чего послѣдній возсталъ и посовѣтовалъ сохранить его пломбированіемъ, послѣ предварительнаго леченія. Леченіе и очистка зуба тянулись около мѣсяца, при чемъ, дѣйствительно, всѣ бывшія болевые ощущенія исчезли съ первыхъ же дней леченія. Опухоли, соотвѣтственно данному зубу, никакой не было, и зубъ былъ запломбированъ. Съ

тѣхъ поръ зубъ служить вполне хорошо; больной пользуется имъ при жеваніи; окружающія части не распухаютъ, а лишь, спустя недѣли 2 послѣ пломбированія, появилась гнойная течь изъ лѣвой ноздри. Выдѣленія изъ носу совсѣмъ такого характера, какъ при обыкновенномъ насморкѣ, съ той только разницей, что они болѣе густы и обладаютъ по временамъ непріятнымъ запахомъ. Головныхъ болей никакихъ нѣтъ. По поводу развившихся явленій больной совѣтовался съ пользовавшимся его зубнымъ врачомъ, и послѣдній, предполагая скопленіе гноя въ верхнечелюстной кости, направилъ его ко мнѣ для операціи.

17/хп 1903 года. Status praesens. Пациентъ высокаго роста, прекраснаго тѣлосложенія. Никакими особыми болѣзнями не страдалъ. Сифилисъ отрицаетъ. На наружныхъ покровахъ щекъ и лица не замѣчается никакой опухоли. Кости верхней челюсти къ постукиванію и давленію не чувствительны. При изслѣдованіи полости рта, обнаружено: всѣ зубы на лицо, за исключеніемъ зубовъ мудрости (послѣдніе, по словамъ больного, удалены въ количествѣ 4-хъ, вскорѣ послѣ прорѣзыванія). Нижніе большіе коренные запломбированы амальгамными пломбами. Изъ верхнихъ, пломбы имѣются въ большихъ коренныхъ правыхъ (амальгамныя), и большая цементная пломба находится въ лѣвомъ второмъ маломъ коренномъ зубѣ. При изслѣдованіи носа, на лѣвой сторонѣ получается типическая картина, сопровождающая собою поражение верхнечелюстной пазухи. Средній носовой ходъ выполненъ вытекающимъ изъ-подъ средней раковины гноемъ, который въ видѣ полосокъ покрываетъ повсюду слизистую оболочку. Послѣдняя нѣсколько гиперемирована, мѣстами припухла, хотя и не въ большой степени. Послѣ протиранія гноя и удаленія его ватнымъ тампономъ (гной на ватѣ издаетъ непріятный запахъ), спустя непродолжительное время, удается получить, при наклонѣ головы больного внизъ и впередъ, новую гнойную каплю, выдѣляющуюся изъ-подъ средней раковины. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, получается слѣдующая картина: на правой сторонѣ щеки и подглазничный полукругъ рѣзко розоваго цвѣта. Зрачекъ весь красный. На лѣвой сторонѣ подглазничный полукругъ совсѣмъ темный, и также неосвѣщеннымъ остается лѣвый зрачекъ.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori sinistri.

12/хп. Больному удаленъ второй малый коренной зубъ верхней челюсти на правой сторонѣ. Зубъ распиленъ, при чемъ оказалось, что одиночный его корень содержитъ два корневыхъ канала, начинающихся дѣлиться лишь на небольшомъ разстояніи отъ верхушки: одинъ почти вертикаленъ и запломбированъ тонкимъ волоконцемъ ваты, пропитанной и обволокнутой бѣлымъ искусственнымъ дентиномъ; другой нѣсколько отклоняется отъ вертикальнаго направленія къ щечной поверхности, и въ полости его содер-

жится гнилостный распадъ, издающій довольно рѣзкій, непріятный запахъ. Больному назначено борное полосканіе и данъ совѣтъ явиться черезъ 3 дня для операціи.

15/xii 1903 года. Изъ лунки второго верхняго лѣваго малаго коренного зуба, копьевиднымъ боромъ, при помощи бормашины безъ всякаго труда удалось проникнуть въ Гайморову полость. При операціи получило ощущение, какъ будто дно альвеолы отсутствовало, и полость была уже вскрыта однимъ удаленіемъ зуба; при трепанации же пришлось лишь расширить существовавшее сообщеніе. До производства трепанации гной у больного въ полость рта не выделялся, а также не выделялся и послѣ трепанации. Лишь при промываніи полости теплымъ борнымъ растворомъ выделилось черезъ носъ значительное количество сильно зловоннаго гноя. Гной густой, осѣдаетъ, въ видѣ довольно толстаго слоя, на дно чашки. Послѣ промыванія, просвѣтъ вставленнаго серебрянаго дренажа закрыть ватой, и больному снять слѣпокъ для изготовленія obturatora.

16/xii 1903 года. Промываніе Гайморовой полости дало небольшое количество гноя въ первыхъ порціяхъ промывныхъ водъ. Запаха гной почти не содержитъ. Что же касается субъективныхъ ощущеній больного, то послѣднія, по словамъ его, рѣзко улучшились. Гноетеченіе изъ носу съ момента операціи „какъ обрѣзало ножомъ“ (выраженіе больного).

17/xii 1903 года. Промываніе полости. Гноя мало. Запаха не содержитъ. Надѣтъ obturatorъ. Промыванія поручены самому больному.

5/iii 1904 года. Осмотръ больного. Промыванія приходится дѣлать не болѣе 2—3 разъ въ недѣлю. Гноя всякій разъ хотя выделяется и очень мало, тѣмъ не менѣе онъ всегда есть. Прежнія ощущенія прошли совершенно, и больной считаетъ себя здоровымъ; что же касается присутствія дренажа и obturatora, то они совсѣмъ его не беспокоятъ, и онъ болѣе предпочитаетъ носить ихъ, чѣмъ испытать хотя бы только возможность рецидива.

ХСII.

(Ж. М. И. 1904 г. № 16). Г-нъ Л. П., 29-ти лѣтъ, купецъ, житель Петербурга, жалуется на постоянныя боли въ области лѣвой глазницы и надъ ней, тянущіяся нѣсколько недѣль. Вмѣстѣ съ тѣмъ у него имѣется односторонній насморкъ съ выделеніями гнойнаго характера, имѣющими непріятный запахъ. Выделенія такъ же, какъ и боли, сосредоточиваются исключительно на лѣвой сторонѣ. Боли по временамъ имѣютъ тупой характеръ, сопровождаются ощущеніями полноты или давленія въ челюсти.

14/i 1904 года. Status praesens. Изслѣдованіе и ощупываніе костей челюсти никакой опухоли на лѣвой сторонѣ не обнаруживаетъ. Въ полости рта замѣтенъ тщательный уходъ за зубами. Всѣ зубы налицо. Многіе изъ нихъ пломбированы золотомъ. Второй малый коренной внизу справа и первый большой коренной наверху слѣва покрыты золотыми коронками. Первый большой коренной къ постукиванію и давленію не чувствителенъ. Изъ разспросовъ выясняется, что передъ наложеніемъ коронки зубъ тоже не болѣлъ; онъ весь только какъ бы былъ лишенъ эмали и сильно почернѣлъ. Передъ наложеніемъ коронки леченію зубъ не подвергали, а лишь нѣсколько спилили и вставили коронку. Коронку больной носитъ на этомъ зубѣ около 2-хъ лѣтъ и очень дорожитъ ею, такъ какъ она прекрасно функционируетъ во время жеванія. При изслѣдованіи носа, обнаружено присутствіе гнойной капли подъ средней раковиной на лѣвой сторонѣ. Слизистая средняго носового хода мало измѣнена. Полиповъ нѣтъ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, получается очень значительное затемненіе на лѣвой сторонѣ (затемненіе подглазничнаго края, зрачка и отсутствіе субъективнаго ощущенія свѣта въ лѣвомъ глазу). Предполагая эмпиему лѣвой Гайморовой полости, я прежде, чѣмъ рѣшиться предложить больному оперативное вмѣшательство, пожелалъ убѣдиться, играетъ ли какую либо роль въ возбужденіи заболѣванія первый лѣвый верхній большой коренной зубъ, удалять который, безъ ясно выраженной необходимости, было нежелательно въ виду того вниманія, съ которымъ больной относился къ своимъ зубамъ. Я предложилъ больному просверлить золотую коронку и зубъ со стороны жевательной поверхности, дабы посмотреть, въ какомъ состояніи находится мякоть зуба, успокоивъ его, что, въ случаѣ обнаруженія какой либо чувствительности (которая говорила бы за сохраненіе жизненности пульпы), я запломбирую дефектъ золотомъ и попытаюсь вскрыть Гайморову полость черезъ fossa canina, чтобы не нарушать цѣлости зубного ряда.

14/i 1904 года. Со стороны жевательной поверхности просверленъ первый лѣвый верхній большой коренной зубъ. Сверленіе на всемъ протяженіи безболѣзненно, впрыскиваніе холодной воды нечувствительно. Дентинъ чрезвычайно твердый, много тверже нормальнаго дентина. Предполагая, на основаніи отсутствія чувствительности, гангрену мякоти, я рѣшилъ сверлить вплоть до пульпарной полости, по вскрытіи которой, въ дѣйствительности, убѣдился въ полномъ омертвѣніи мякоти. Въ виду этого я настоялъ на удаленіи зуба, что и исполнилъ въ тотъ же день. При экстракціи коронка обломилась и корни пришлось удалить отдѣльно. Осмотрѣвъ коронку, я нашелъ на ней большое кариозное дупло, помѣщавшееся ниже края золотого колпачка на щечной поверхности зуба и проникшее въ глубину мякоти. Боль-

ному было назначено борное полоскание и через 3 дня назначена операция.

18/1 1904 года. Края альвеолы на мѣстѣ удаленнаго зуба спаслись; просвѣтъ отдѣльныхъ корневыхъ альвеолъ выполненъ кровянымъ сверткомъ. Въ срединѣ альвеолы выступаетъ толстая костная межкорневая перегородка, отдѣляющая небную альвеолу отъ щечныхъ. Приступлено къ трепанаци Гайморовой полости. Боръ вставленъ въ небную альвеолу съ наклономъ кнаружи, и помощью бормашины полость вскрыта безъ особаго труда и безъ всякой болѣзненности. По словамъ больного, операция совершенно пустячна, по сравненію съ удаленіемъ зуба. Послѣ введенія металлическаго дренажа, полость промыта теплымъ борнымъ растворомъ, при чемъ черезъ носъ выдѣлилось громадное количество комковатаго зловоннаго гноя. Снять слѣпокъ для изготовленія obturatora.

19, 20 и 21 января 1904 года. Произведены промыванія полости, давшія небольшое количество гноя каждый разъ. По словамъ больного, онъ совершенно пересталъ ощущать теперь боли, беспокоившія его раньше; что же касается выдѣленій изъ носа, то послѣднія совсѣмъ прекратились. Больному даны наставленія промывать полость дома самому, съ просьбой показаться черезъ мѣсяць.

3/iii 1904 года. Больной явился ко мнѣ для осмотра. Изъ разспросовъ выяснилось, что прежнія ощущенія прошли у него безслѣдно; при промываніяхъ, которыя онъ дѣлаетъ все рѣже и рѣже, гноя совсѣмъ нѣтъ, и если бы не потеря зуба, о которой онъ очень сожалѣетъ, то у него давно бы изгладились воспоминанія о бывшемъ заболѣваніи. Въ это посѣщеніе я промылъ самъ полость и убѣдился, что промывныя воды совершенно чисты и не содержатъ даже слизи. Въ виду этого, я рѣшилъ приступить къ заживленію свища, что мнѣ и удалось исполнить въ теченіе около 2-хъ недѣль.

Я видѣлъ больного 28/iv 1904 года; состояніе его было совершенно нормально, и, по его просьбѣ, я сдѣлалъ ему небольшой протезъ изъ одного зуба, припаяннаго къ золотой коронкѣ, для втораго моляра. Послѣдняя была зацементирована на 2-мъ молярѣ и несла на себѣ недостающій 1-ый моляръ, чѣмъ дефектъ зубнаго ряда былъ восстановленъ.

XCIII.

Г-жа М. С., 24 лѣтъ, дѣвица, жительница Петербурга, явилась ко мнѣ 10/xi 1903 года съ жалобой на постоянныя выдѣленія изъ носа зловоннаго гноя и боли головы въ надглазничныхъ обла-

стяхъ. Явленія эти тянутся у нея уже нѣсколько мѣсяцевъ, несмотря на то, что она самымъ тщательнымъ образомъ производитъ промыванія носа щелочами. Зубами почти никогда не страдала.

10/xi 1903 года. Status praesens. Больная цвѣтущаго вида, хорошо упитанная, прекраснаго тѣлосложенія. Опухотей никакой на лицѣ нѣтъ. При изслѣдованіи рта всѣ зубы найдены въ прекрасномъ состояніи, нѣтъ ни одного сколько нибудь разрушеннаго костоѣдой. Изслѣдованіе носа даетъ слѣдующую картину: на правой сторонѣ въ среднемъ носовомъ ходѣ слизистая повсюду сильно красная, мѣстами припухла; на поверхности ея замѣчается гной въ не очень обильномъ количествѣ. Гнойныхъ корокъ не замѣчается. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, затемненіе на правой сторонѣ не рѣзкое; все-таки эта сторона темнѣе, чѣмъ лѣвая; зрачки просвѣчиваютъ на обѣихъ сторонахъ одинаково. Предположена Empyema antri Highmori dextri, хотя, въ виду отсутствія значительнаго затемненія и прекраснаго состоянія зубовъ, я не высказался вполне опредѣленно, предупредивъ больную, что только промываніе полости (пробное) можетъ рѣшить этотъ вопросъ съ достовѣрностью. Больная согласилась подвергнуться пробному вскрытію полости и рѣшила пожертвовать для этого зубомъ, такъ какъ она предпочитала все-таки знать навѣрное, не поражена ли у нея верхнечелюстная полость. Въ этотъ же день произведено удаленіе перваго верхняго большаго кореннаго зуба на правой сторонѣ. Назначено борное полоскание, явиться черезъ 4 дня для операции.

18/xi 1903 года. Произведена трепанация Гайморовой полости, давшая отрицательный результатъ; гноя въ промывныхъ водахъ не оказалось. Произведено заживленіе полости.

XCIV.

(Ж. М. И. 1903 г. № 2708). Г-жа Е. С., 40 лѣтъ, замужняя, приѣзжая, явилась ко мнѣ 14/xii 1903 года съ жалобой на своеобразныя боли головы, появляющіяся у нея довольно часто и начинающіяся всякій разъ надъ лѣвымъ глазомъ, откуда затѣмъ они начинаютъ отдаваться въ високъ и всю лѣвую половину головы. Кромѣ того, она страдаетъ выдѣленіями изъ лѣвой ноздри гнойнаго характера; послѣднія не очень обильны, имѣютъ запахъ. Смотрѣвшіе ее врачи сказали ей, что у нея имѣется лѣвосторонній Гайморитъ.

14/xii 1903 года. Status praesens. Больная на видъ значительно старше своихъ лѣтъ, исхудалая, очень нервная. Въ полости рта первый большой коренной на лѣвой сторонѣ совершенно разру-

шенъ каріезомъ, имѣются лишь раздѣлившіеся его корни. Второй и третій большой коренной здоровы, не каріозны. Второй пре-моляръ также сильно разрушенъ, коронка отсутствуетъ, полость корневого канала содержитъ гнилостный распадъ. Въ полости носа на лѣвой сторонѣ средній носовой ходъ выполненъ гноемъ, слизистая красна, припухла, въ области hiatus semilunaris имѣется одинъ значительныхъ размѣровъ полипъ. Точно мѣсто выхода гноя не опредѣляется. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, затемнѣніе на лѣвой сторонѣ незначительное, зрачки оба просвѣчиваютъ одинаково, субъективное ощущеніе свѣта одинаково въ обоихъ глазахъ. На этотъ разъ я придалъ значеніе просвѣчиванію и высказался противъ наличности у больной эмпиемы, несмотря на наличность другихъ данныхъ. Тѣмъ не менѣе и въ этомъ случаѣ я оперировалъ Гайморову полость, такъ какъ при разговорѣ съ больной, когда я выяснилъ ей, что точное распознаваніе можетъ быть поставлено лишь послѣ пробнаго прокола, она сама стала настаивать на операциі, тѣмъ болѣе, что, какъ это она знала изъ устъ другихъ больныхъ, операциа эта совсѣмъ безболѣзненна и приводитъ къ быстрому выздоровленію. Я тоже охотно склонился въ пользу операциі, такъ какъ еще разъ хотѣлъ выяснить, насколько просвѣчиваніе даетъ опредѣленные указанія. Въ этотъ же день удалены корни лѣваго верхняго перваго большого коренного зуба.

17/xii 1903 года. Сдѣлана трепанациа Гайморовой полости. При промываніи выдѣлилось небольшое количество рѣзко зловоннаго и густого гноя. Вставленъ дренажъ и снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora.

18/xii, 19/xii, 20/xii 1903 года. Произведены промыванія пазухи, давашія небольшія количества гноя съ нѣкоторымъ запахомъ. Вставленъ obturatorъ, промыванія поручены самой больной. Изъ разспросовъ выяснилось, что отдѣленія изъ носу у больной прекратились, а также уменьшились головныя боли.

28/iii 1904 года. Больная явилась для осмотра. Промываетъ ежедневно; небольшое количества гноя у нея постоянно замѣчается въ промывныхъ водахъ. Боли и выдѣленія изъ носу давно уже прошли совершенно. Заживленія свища больная не хочетъ. Присутствіе его, а равно присутствіе obturatora ее нисколько не беспокоитъ.

XCV.

(Ж. М. И. 1904 г. № 59). Г-нъ Н. П., 32 лѣтъ, чиновникъ, житель Петербурга, явился ко мнѣ 28/i 1904 года съ жалобой на постоянное выдѣленіе гноя изъ правой ноздри съ рѣзкимъ, противнымъ запахомъ. Гной всегда выходитъ изъ одной только ноздри.

по утрамъ въ большомъ количествѣ, въ теченіе дня нѣсколько меньше. Выдѣленія гноя усиливаются при нагибѣ головы внизъ; при лежаніи на здоровой сторонѣ гной, случается тоже, вдругъ, какъ-будто, потечетъ изъ носу. Головными болями совсѣмъ не страдалъ и не страдаетъ. Нѣтъ равно болей и въ лѣвой половинѣ лица и надъ глазницей. За зубами особенно никогда не слѣдилъ, хотя они и много болѣли.

28/i 1904 года. Status praesens. Больной средняго роста, нѣсколько тучноватъ. Опухли на лицѣ никакой не замѣчается. Кости верхней челюсти къ постукиванію и давленію не чувствительны. Изъ носу, на нѣкоторомъ даже разстояніи, чувствуется непріятный запахъ. При изслѣдованіи носа, на правой сторонѣ раковины значительно гипертрофированы, слизистая красна, въ среднемъ носовомъ ходѣ много жидкаго гноя, вытекающаго изъ-подъ средней раковины. Гной, стертый ваткой, издаетъ непріятный запахъ. Послѣ стиранія его, при нагибаніи головы больного внизъ, гной вновь появляется въ среднемъ носовомъ ходѣ. Въ полости рта многіе зубы разрушены каріезомъ. На правой сторонѣ въ верхней челюсти премоляры оба уцѣлѣли, первый и второй моляры разрушены каріезомъ; тѣмъ не менѣе, второй моляръ чувствителенъ къ впрыскиванію холодной воды и послѣ экскавированія оказывается, что въ немъ мы имѣемъ дѣло съ caries media protracta. Первый моляръ, наоборотъ, къ впрыскиванію холодной воды совершенно не чувствителенъ; при выскабливаніи размягченнаго дентина экскаваторъ проникаетъ въ полость мякоти безъ всякой боли. Въ полости пульпы обнаруживаются жидковатая массы съ пронзительнымъ гангренознымъ запахомъ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, на правой сторонѣ замѣчается столь рѣзкое затемнѣніе, что не оставляетъ сомнѣнія въ наличности въ Гайморовой полости среды, не пропускающей лучей свѣта. Затемнѣнъ и нижній край глазницы и зрачекъ на правой сторонѣ. Еще раньше, чѣмъ я о томъ спросилъ больного, онъ самъ, крайне внимательно относясь къ процессу изслѣдованія, обратилъ мое вниманіе на то обстоятельство, что онъ чувствуетъ свѣтъ, при зажиганіи лампочки, въ лѣвомъ глазу, въ правомъ же его совсѣмъ не ощущаетъ.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori dextri chronica.

26/i 1904 года. Произведено подъ хлоръ-этиломъ удаленіе перваго большого коренного верхней челюсти съ правой стороны. Зубъ, съ сильно разрушенной коронкой, вопреки ожиданіямъ, удаленъ былъ безъ перелома. Назначено борное полосканіе.

8/ii 1904 года. Больной явился для трепанациа Гайморовой полости, которая съ помощью бормашины и произведена ему безъ всякаго труда. При промываніи выдѣлилось большое количество густого гноя, осѣвшаго на дно чашки съ промывными водами.

Гной имѣетъ очень сильный запахъ. Вставлена канюля и снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora.

4/II, 5/II, 6/II. Промыванія Гайморовой полости давали небольшое количество гноя съ запахомъ, уменьшавшимся изо дня въ день въ своей силѣ. Субъективныя ощущенія больного, по его разсказу, несравнимы съ тѣми, которыя были до операции. Изъ носу никакихъ выдѣлений нѣтъ. Запахъ, бывший раньше, тоже исчезъ. Вставленъ obturatorъ, промыванія поручены самому больному.

15/IV. Больной, по моей просьбѣ, посѣтилъ меня. Промыванія онъ дѣлалъ черезъ день. Гноя выдѣляется очень мало. Никакихъ неприятныхъ ощущеній нынѣшнее его состояніе ему не причиняетъ.

XCVI.

(N. I.). Г-жа А. Я., 31 года, конторщица, жительница Петербурга, прислана ко мнѣ по поводу жалобъ на закладываніе носа на правой сторонѣ и зловонныя выдѣленія изъ правой ноздри. При разспросѣ оказывается, что больная, кромѣ того, страдаетъ головными болями на правой сторонѣ надъ глазомъ. Зубы много лечила и пломбировала, хотя это и не давало стойкаго результата: пломбы часто выпадали и зубы болѣли.

15/III 1903 года. Status praesens. Больная блѣдная, анемичная. Припухлости костей верхней челюсти, а равно и болѣзненности ихъ не обнаружено. При изслѣдованіи полости рта, найдены многіе зубы запломбированными. Въ верхней челюсти на правой сторонѣ оба премоляра запломбированы цементомъ на апроксимальныхъ поверхностяхъ. Пломбы невелики, отчасти заходятъ на жевательную поверхность. На шейкахъ зубовъ имѣются небольшіе дефекты твердыхъ частей зуба каріознаго происхожденія; къ зондированію это мѣста крайне чувствительны. Первый большой коренной на правой сторонѣ тоже запломбированъ цементомъ. Пломба выполняетъ всю его жевательную поверхность. Шейка зуба, при проведеніи по ней зондомъ, никакой чувствительности не обнаруживаетъ, несмотря на то, что корни нѣсколько обнажены. Къ орошенію холодной водой зубъ не чувствителенъ. Заподозривъ, на основаніи приведенныхъ данныхъ, омертвѣніе мякоти первого большого коренного, я высверлилъ пломбу и тогда убѣдился, что пульпа подъ пломбой омертвѣла и представляется въ видѣ распада, выполняющаго и коронковую и корневую полость. Въ полости носа на правой сторонѣ въ среднемъ носовомъ ходѣ обнаруживаются значительныхъ размѣровъ слизистый полипъ, выполняющій ходъ. На поверхности его, а равно и на поверхности раковины видно гнойное отдѣляемое, точный источникъ котораго не поддается опредѣленію. При просвѣчиваніи Гайморовой поло-

сти, на правой сторонѣ получается значительное затемнѣніе нижняго края глазницы и зрачка. Изслѣдованіе субъективнаго ощущенія свѣта тоже даетъ положительный результатъ: на правой сторонѣ свѣтъ не ощущается.

Диагнозъ: Empyema antri Highmori dextri chronica.

15/III 1903 года. Удаленъ подъ кокаиномъ первый правый большой коренной зубъ. Назначено борное полосканіе.

19/III 1903 года. Произведена трепанакія Гайморовой полости. Боръ еле былъ введенъ въ лунку, какъ уже самъ, при первомъ же нажимѣ, проскользнулъ въ полость. Каналъ нѣсколько расширенъ двумя-тремя оборотами сверла. Введенъ серебряный дренажъ, и полость промыта теплымъ борнымъ растворомъ. Выдѣлилось черезъ носъ значительное количество зловоннаго гноя. Снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora.

19/III, 20/III дѣлались мною промыванія полости. Гноя почти совсѣмъ нѣтъ. Въ первый день онъ выдѣлился въ небольшомъ количествѣ; на другой же день въ промывныхъ водахъ обнаружено лишь присутствіе слизисто-гнойныхъ комковъ. По словамъ больной, прежнія ощущенія у нея прошли совершенно. Носъ на правой сторонѣ свободенъ, проходимъ для воздуха, выдѣлений гноя нѣтъ, запахъ исчезъ. Надѣтъ obturatorъ.

Черезъ мѣсяцъ больная посѣтила меня въ томъ же хорошемъ состояніи. За истекшее время она первые 2 недѣли дѣлала промыванія ежедневно, а затѣмъ стала ихъ дѣлать черезъ день; за все время гной совершенно не выдѣлялся, и прежнія ощущенія не возвращались.

Въ виду такого хорошаго состоянія, я въ половинѣ апрѣля заживилъ свищъ, и, какъ могъ убѣдиться изъ словъ больной, до марта 1904 года у нея страданія не возобновлялись. За это время она дважды хворала насморкомъ, который, однако, имѣлъ нормальное теченіе и на состояніе Гайморовой полости вліянія не оказалъ.

XCVII.

(Ж. М. И. 1904 г. № 236). Г-нъ С. П., 24 лѣтъ, занимается сельскимъ хозяйствомъ, пріѣзжій, явился 10/III 1904 года съ жалобами на истеченіе вонючаго гноя изъ правой ноздри, появившееся у него недѣли 2 спустя послѣ экстракціи зуба. Зубъ болѣлъ у него, пошатывался, былъ чувствителенъ къ давленію и постукиванію. Экстракція прошла безъ всякаго затрудненія. Мѣсто удаленнаго зуба не болѣло, заживало совершенно нормально и закрылось вотъ уже 2 мѣсяца. Появившееся же выдѣленіе изъ носу не прекращалось и заставило его пріѣхать въ Петербургъ.

10/III 1904 года. Status praesens. Никакой опухоли на лицѣ не имѣется. Въ среднемъ носовомъ ходѣ на правой сторонѣ замѣчается выдѣленіе гноя, соответственно нижнему краю средней раковины. Гной имѣетъ непріятный запахъ. Слизистая оболочка безъ особенно рѣзкихъ измѣненій, нѣсколько красна. Въ полости рта на правой сторонѣ верхней челюсти первый большой коренной отсутствуетъ, на мѣстѣ его альвеола совершенно зажила, рядомъ стоящіе зубы здоровы. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, на правой сторонѣ обнаруживается рѣзко выраженное затемнѣніе. Подглазничный край совершенно не освѣщенъ, такъ же, какъ не освѣщенъ и правый зрачекъ. Субъективно: ощущенія свѣта на правой сторонѣ нѣтъ.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori dextri.

15/III 1904 года. Произведена трепанация Гайморовой полости сквозь альвеолярный отростокъ на мѣстѣ отсутствующаго перваго большого коренного зуба. Вслѣдъ за трепанацией вставленъ серебряный дренажъ; изъ послѣдняго, сейчасъ же по его вставленіи, сталъ вытекать въ полость рта зеленый густой гной съ довольно рѣзкимъ запахомъ. При промываніи выдѣлилось черезъ носъ большое количество такого же гноя. Просвѣтъ дренажа закрытъ ватой и снятъ слѣпокъ для изготовленія obturatora.

16/III, 17/III, 19/III. Промыванія Гайморовой полости. Obturatorъ надѣтъ. Въ послѣдній день при промываніи въ промывныхъ водахъ только полоски слизи, безъ гноя. Въ субъективномъ отношеніи эффектъ операціи великолѣпный: всѣ ощущенія, беспокоившія больного, прошли безслѣдно. Больному даны наставленія, какъ ему слѣдуетъ въ дальнѣйшемъ дѣлать эти промыванія самому, и съ этимъ онъ уѣхалъ на Дальній Востокъ.

XCVIII.

(Ж. М. И. 1903 г. № 2121). Г-нъ Л. Т., 44 лѣтъ, приказчикъ, житель Петербурга, явился ко мнѣ съ жалобами на постоянныя сильныя головныя боли въ лѣвой половинѣ надъ глазомъ, сопровождающіяся лѣвостороннимъ насморкомъ съ тяжелымъ запахомъ. За зубами никогда не слѣдилъ и обращался за зубо-врачебной помощью лишь въ случаѣ зубной боли. Зубы у него многіе испорчены и много болѣли.

14/IX 1903 года. Пациентъ прекраснаго тѣлосложенія и питанія. На лицѣ съ лѣвой стороны прощупывается подъ arcus zygomaticus нѣкоторая инфильтрація мягкихъ частей. При изслѣдованіи рта найдено: на верхней челюсти уцѣлѣли лишь передніе зубы и то не всѣ; имѣются съ правой стороны клыкъ, боковой и центральный рѣзецъ, съ лѣвой—центральный рѣзецъ и клыкъ; остальные зубы частью удалены, частью торчатъ въ альвеолар-

номъ отросткѣ въ видѣ совершенно разрушенныхъ корней. При изслѣдованіи носа, на лѣвой сторонѣ въ среднемъ носовомъ ходѣ обнаружено присутствіе гнойнаго выдѣленія, имѣющаго своимъ источникомъ мѣсто у нижняго края средней раковины. Слизистая носовой полости измѣнена мало. Полиповъ нѣтъ. При просвѣчиваніи Гайморовой полости, на лѣвой сторонѣ значительное затемнѣніе.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori sinistri.

14/IX 1903 года. Удалены корни перваго моляра, второго премоляра и боковаго рѣзца на лѣвой сторонѣ верхней челюсти. Послѣ удаленія этихъ корней вся лѣвая сторона представляется свободной отъ корней. Стремленіе достигнуть такого результата было вызвано желаніемъ изготовить впослѣдствіи obturatorъ для Гайморовой полости съ искусственными зубами. Назначено: борное полосканіе, трепанация черезъ 2 недѣли.

25/IX 1903 года. На мѣстѣ 1-го большого коренного на лѣвой сторонѣ произведена трепанация Гайморовой полости. Послѣ вскрытія полость промыта теплымъ борнымъ растворомъ. Выдѣлилось черезъ носъ громадное количество зловоннаго густого гноя. Вставленъ серебряный дренажъ. Снять слѣпокъ для изготовленія obturatora.

26/IX — 30/IX 1903 года. Ежедневно производились промыванія Гайморовой полости. Выдѣленія гноя наблюдались при каждомъ промываніи. Они были не обильны, значительно разнились по количеству отъ перваго промыванія и имѣли небольшой запахъ. Вставленъ obturatorъ съ искусственными зубами, и промыванія въ дальнѣйшемъ поручены самому больному. Изъ разспросовъ удалось выяснитъ, что самочувствіе пациента улучшилось несравнимо: боли прекратились, насморкъ стихъ.

29/III 1904 года. Больной, уѣзжая изъ Петербурга, посѣтилъ меня, чтобы посоветоваться относительно состоянія его Гайморовой полости. При промываніи выдѣлилось значительное количество слизисто-гнойныхъ комковъ, безъ особаго запаха. Изъ разспросовъ выяснилось, что больной не дѣлалъ промыванія уже около мѣсяца, при этомъ особыхъ ощущеній, напоминающихъ старое, у него не было. Я посоветовалъ дѣлать промыванія, по крайней мѣрѣ, 1 разъ въ недѣлю, и съ этимъ больной уѣхалъ изъ Петербурга.

XCIX.

(Н. I.). Г-жа Д. Н., 35 лѣтъ, замужняя, жительница Петербурга, была показана мнѣ лечившимъ ее зубнымъ врачомъ 8/II 1904 года по поводу развившихся у нея послѣ экстракціи зубовъ особыхъ явленій, заставляющихъ думать о пораженіи лѣвой Гайморовой полости. Для вставленія протеза больной подъ наркозомъ

произведено было 27/1 1904 года массовое удаление корней разрушенных зубов. На лѣвой сторонѣ альвеола второго малаго коренного заживала медленно, альвеолярный отростокъ въ этомъ мѣстѣ оставался чувствительнымъ, и, нѣсколько дней спустя послѣ экстракціи, появилось изъ лѣвой ноздри отдѣленіе съ неприятнымъ запахомъ. Головныхъ болей нѣтъ, скорѣй по временамъ бываютъ ощущенія какого-то тупого напряженія въ лѣвой половинѣ лица.

8/II 1903 года. Status praesens. Больная хорошаго тѣлосложенія, нѣсколько тучная. Опухоли на лицѣ нѣтъ. Въ полости рта на верхней челюсти, много гранулирующихъ альвеолъ, видимо послѣ недавней экстракціи зубовъ. Альвеола второго малаго коренного выполнена плотнымъ кровянымъ сверткомъ, на поверхности своей имѣющимъ грязноватый цвѣтъ. Введенный въ альвеолу зондъ въ Гайморову полость не проникаетъ. При просвѣчиваніи, полное затемнѣніе на лѣвой сторонѣ какъ подглазничнаго края, такъ и зрачка. Изслѣдованіе носа обнаруживаетъ присутствіе скуднаго слизисто-гнойнаго отдѣленія подъ средней раковиной на лѣвой сторонѣ. Слизистая оболочка носовой полости особыхъ измѣненій не представляетъ. Изъ разспросовъ, къ тому же, выяснилось, что выдѣленія изъ носу раньше были болѣе обильны, теперь же немного уменьшились. Я рѣшилъ выждать нѣкоторое время съ тѣмъ или другимъ вмѣшательствомъ, такъ какъ, въ виду закрытія уже сообщенія между ротовой и Гайморовой полостью и отмѣченнаго по анамнезу уменьшенія и стиханія процесса, предполагалъ, что все можетъ пройти само собой.

Черезъ недѣлю 16/II 1904 года я снова осматривалъ больную. Выдѣленія, по ея словамъ, стали гораздо меньше и запахъ изъ нихъ исчезъ. При просвѣчиваніи, затемнѣніе на лѣвой сторонѣ меньше, подглазничный кругъ нѣсколько просвѣчиваетъ, тогда какъ ранѣе онъ оставался совершенно темнымъ. Назначено промываніе носа помощью носового душа щелочами; обращено вниманіе больной на то, чтобы промыванія она производила изъ здоровой ноздри въ больную.

25/II 1904 года. Выдѣленія изъ носу почти совсѣмъ прекратились. Альвеола верхняго лѣваго малаго коренного зуба почти зажила. При просвѣчиваніи, имѣется очень небольшое затемнѣніе на лѣвой сторонѣ.

10/III 1904 года. Всѣ явленія развивавшагося Гайморита прошли совершенно. При просвѣчиваніи, ничтожное затемнѣніе на лѣвой сторонѣ.

С.

(Ж. М. И. 1903 г. № 364). Г-нъ С. П., 42 лѣтъ, техникъ, житель Петербурга, явился ко мнѣ съ жалобой на боли въ правой половинѣ лица, развившіяся у него на второй день послѣ удаленія

зуба. На ряду съ болями, появилась опухоль лица, распространяющаяся и на глазъ. Зубъ удаленъ третьяго дня, а вчера развилась и лихорадка,—больного вечеромъ даже знобило. Наиболѣе тягостными для него являются боли. Изъ носу имѣется выдѣленіе, приобретающее какой-то неприятный запахъ.

18/III 1903 года. Status praesens. Больной прекраснаго тѣлосложенія и питанія. Температура тѣла на ощупь значительно повышена, термометръ показываетъ 38,2°. Пульсъ ускоренъ, полный, довольно твердый, числомъ 92. На правой сторонѣ лица наружные покровы припухли, соотвѣтственно скуловой дугѣ. Нижнее вѣко отечно. Опухоль къ давленію чувствительна. При изслѣдованіи полости рта, на мѣстѣ перваго большого коренного правой стороны обнаружена альвеола, выполненная кровянымъ сверткомъ, и свидѣтельствующая о недавнемъ, повидимому, удаленіи зуба. При зондированіи ея, пройти зондомъ въ Гайморову полость не удается. При изслѣдованіи носа, слизистая носовой полости найдена почти совершенно нормальной, безъ измѣненій. Въ среднемъ носовомъ ходѣ обнаружено небольшое количество слизисто-гнойнаго выдѣленія, хотя точно мѣсто выхода его не поддается опредѣленію, въ виду значительной узости средняго хода. При просвѣчиваніи, на правой сторонѣ полное затемнѣніе.

Діагнозъ: Empyema antri Highmori dextri acuta.

19/III 1903 года. Больной явился для трепанаци Гайморовой полости. Явленія, наблюдавшіяся вчера, значительно стихли. Боли уменьшились въ своей интенсивности. Опухоль нѣсколько спала. Выдѣленій изъ носу мало. Рѣшено выждать съ операціей нѣкоторое время.

26/III 1903 года. Опухоль и боли прошли совершенно. Выдѣленій изъ носу гораздо меньше, и онъ утратилъ свой запахъ.

Въ теченіе еще 4-хъ недѣль я наблюдалъ больного, пока всѣ явленія, наблюдавшіяся въ началѣ, не прошли и больной выздоровѣлъ.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Avellis. Das acute Kieferhöhlenempyem und die Frage der Selbstheilung desselben. Archiv. f. Laryngolog. Fränkel. Bd IV. H. 2.
2. Avellis. Der Ausgang des acuten Kieferhöhlenempyems in Verkäsung, seine klinische Würdigung und seine Chancen für die Heilung. Arch. f. Laryng. Fränkel. Bd X. H. 2.
3. Avellis. Ueber die Bedeutung des Schleimhautgeschwüres bei den acuten Nebenhöhleneiterungen Arch. f. Laryng. Fränkel Bd. XI.
4. Alsén. Zur Therapie der chronischen Kieferhöhlenempyeme nebst Angabe unserer Operationsmethode. Arch. f. Laryng Bd. XII 1901.
5. Braun W. und Classen F. E.—Die Nebenhöhlen der menschlichen Nase in ihrer Beziehung für den Mechanismus des Riechens. (Zeitschr. f. Anat. und Entwicklungsgesch. Bd. II Leipzig 1877).
6. Besser. Centr. f. Bact. etc. 1889 Bd. V, 1890 Bd. VII.
7. Baginsky. Berlin. med. Gesellschaft Discussion. Berlin. klin. Wochenschr. 1887.
8. Bayer. Ein Fall von Kieferhöhleneiterung. Oest. Ung. Vierteljahr. f. Zahnheilkunde 1886.
9. Baginsky. Demonstration eines Polypes des Antrum Highmori, der in die Nase hineingewaschen ist. Berl. klin. Wochenschr. 1886 № 17.
10. Baume. Lehrbuch der Zahnheilkunde. Berlin 1885.
11. Bardeleben. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Berlin 1867. Bd. III.
12. Bermond. Bull. med. de Bordeaux 1840; цит. по Killian'y.
13. Bayer. Beitrag zum Studium und zur Behandlung des Empyems der Highmorshöhle. Deutsche med. Wochenschr. № 10 1889
14. Bresgen. Zur Behandlung der Eiterung der Nebenhöhlen der Nase insbesondere der Oberkieferhöhle und deren Probeeröffnung (Berlin. klin. Wochenschrift 1889 № 4).
15. Bresgen. Instrumente für Nase und Kehlkopf. Therapeutische Monatschrift 1888.
16. Burger. Zur Diagnose der Kieferhöhleneiterung. Monatsschr. f. Ohrheilkunde 1893 № 11.

17. Billroth. Discussion über den Vortrag von Chiari. Gesellsch. deutscher Aertzte im Wien 1889.
18. Bertrandi. Цитир. по Mikulicz'y Langenbec. Arch. f. klein. Chirurg. Bd. XXXIV.
19. Bönninghaus. Die Resection der faciafen und der Nasalen Wand der Kieferhöhle u. s. w. Arch. f. Laryng. Bd. VI. 1897.
20. Columbus. (R)—De re anatomica (Paris 1572. Francofurdi 1590).
21. Casserius (I)—Nova Anatomia, continens accuratam organorum sensilium tam humanorum quam animalium (Francofurdi 1612).
22. Chiari. Rev. de laryngolog. 1888.
23. Croés. De Sinus et sinusites maxillaire Paris. 1902.
24. Czernicki. Quelques résultats fournis par l'auscultation des sinus dans un cas d'inflammation chronique de sinus frontaux suite de coryza (Réc. de mém. de méd. milit. Decembr 1869. Ref. in Jahrb. v. Virchow. Hirsch. 1870. Bd. II).
25. Czermak. Wien. medic. Wochenschrift. 1860 № 17.
26. Chiari. Wiener Klinische Wochenschrift. 1869 № 48.
27. Caldwell. Medical journal of. New-York, 1897.
28. Дмоховскій. Къ вопросу объ этиологии и патологической анатомии воспалительныхъ процессовъ въ полости Highmor'a Диссер. Варшава. 1898.
29. Dmochowsky. Entzündliche Processe des antrum Highmori. Archiv. f. Laryngologie Bd. III. 1895.
30. Демпель М. В.—О распознаваніи Гайморитовъ при помощи иглы Ф. Штейна—Медицинское Обозрѣніе 1902 № 8.
31. Davidsohn. Berliner klin Wochenschr. S. 665—1892.
32. Diefenbach. Цитир. по Mikulicz'y Lang. Arch. f. klin. chirurg. Bd. XXXIV.
33. Desault. Chirurgischer Nachlass (Bemerkungen über die Krankheiten der Oberkiefers. Göttingen 1799—1800) цит. по Repp'y.
34. Ewald. Discussion über Influenza. (Deutsche med. Wochenschr. 1890 № 4).
35. Emmenegger. Ueber die Operation der eitrigen sinuitis maxillaris mit besonderer Berücksichtigung der supratubinalen Resektion. Basel. 1900.
36. Fallopi (G.)—Observationes anatomicae (Venetiis 1562).
37. Fränkel E. Virchow's Archiv. f. pathologische Anatomie. 1896. Bd XLIII.
38. Fürst. Vereiterung des Antrum Highmori nach conjunctivis gonorrhoeica. Arch. f. Kinderheil. Bd. XV 1892.
39. Fraenkel. B. Ueber das Empyem der Oberkieferhöhle. Berl. klin. Wochens. 1887 № 16.
40. Friedländer. Zur Therapie des Empyems Antr. Highmori Berlin. Klinische Wochenschrift 1889 № 37.

41. Fein. Ein Pulverbläser für die Highmorshöhle und die Trocken—Behandlung des Empyems mit. Arg. nitric. pul. Arch. f. Laryngolog. Bd. IX 1899.
42. GiraIdès. Des maladies du sinus maxillaire (Thèse de concours pour la chaire de clinique chirurgicale 1851).
43. GiraIdès. Ueber die Schleimcysten der Oberkiefers. Virchow's Arch. Bd. IX.
44. Gruber.—Über Fälle von Teilung des sinus maxillaris durch ein septum osseum perfectum in 2 von einander völlig abgeschlossene sinus maxillares secundarii mit separaten Öffnungen in den Meatus narium medius (Virchow. Archiv. Bd. 113, 1888).
45. Goodwile. Die Highmorshöhle und einige Krankheiten derselben Ref. Centr. f. Laryng. 1885.
46. Grünwald. Die Lehre von den Naseneiterungen. München 1896.
47. Garretson. Med. a. surg. rep. Philadelph. 1861 Bd. VI, 1862 Bd. VII.
48. Garel. Ann. de Malad. de l'oreille et cet. 1893 № 2.
49. Gooch. Цитир. по Repp'y. Empyem. ant. Highmori. Darmst. 1892.
50. Gerber. Statistisches und Casuistisches zur Rhino-Laryngologie und Otologie. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1898.
51. Highmor. (Nath)—Corporis humani disquisitio anatomica 1651.
52. Hajek M.—Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Leipzig. Wien 1899.
53. Hyrtl. Angeborener Mangel der unteren Nasenmuschel et cet. (Sitzungsbericht der K. Acad. in Wien Bd. 38).
54. Heymann. P. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie Wien 1900.
55. Heryng. Die elektrische Durchleuchtung der Highmorshöhle bei Empyem. Berl. klinisch. Wochenschrift. 1889 № 35 и 36.
56. Heymann. Ueber gutartige Geschwülste der Highmorshöhle Virchow. Arch. 1892.
57. Hartmann. Ueber Empyem der Oberkieferhöhle. Deutsch med. Wochenschr. 1899 № 10.
58. Hansberg. Die Sondierung der Hebenhöhlen der. Nase Monatschr. f. Ohrhik. 1890 № 1 и 2.
59. Hajek. Laryngo-rhinologische Mittheilungen. 1892.
60. Hunter—Natürliche Geschichte der Zähne und Beschreibungen ihrer Krankheiten. Leipzig 1780.
61. Ingrassias.—Galenii librum de ossibus commentaria. (Messini 1603).
62. Jens. Цитирую по Onodi. Arch. f. Laryng. u. Rhin Bd. XIV H. 1. J. 1903.

63. Jansen. Zur Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chronischer Eiterung. Arch. f. Laryng. 1894. Bd. II.
64. Jeanty J. De l'empyème latent de l'antre d'Highmor. Bordeaux 1891.
65. Jourdain. Reflexion sur les dépôts du sinus maxillaire (Journ. de médecine Paris 1764 t. 21) цитирую по Heymann'y.
66. Jourdain. Recherches sur les différents moyens de traiter les maladies du sinus maxillaire et sur les avantages qu'il y a dans certains cas d'injecter ces sinus par le nez. Journal de médecine. Paris t. 27.
67. Jelenffy. Über Ausspülung der Oberkieferhöhle. Berl. klin. Wochenschr. 1889 № 11.
68. Jelenffy. Zur Frage der Ausspülung der Highmorshöhle Ber. klin. Wochens. 1889 № 35.
69. Killian. München. Medicinische Wochenschrift. 1892.
70. Krause. Berlin. med. Gesellsch. Discussion. Berlin. klin. Woch. 1887 № 13.
71. Killian. Beitrag zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle. Monats. für Ohrenheilk. 1887 № 10, 11.
72. Krieg. Ueber Empyem des Antrum Highmori. Medicin. Correspondenzblatt. Württemberg. ärztlich. Landesverein 1888 № 34 и 35.
73. König. Lehrbuch der speciellen Chirurgie. Berlin 1881.
74. Kaufmann. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1890.
75. Kuhnt. Über Erkrankungen der Nasenhöhle und des Auges. Ref. in Intern. Centrallb. f. Laryngolog. Juni 1891.
76. Kelly. Glasgow Med. Journ. February 1892.
77. Küster. Ueber d. Grundsätze d. Behandl. von Eiterungen et cet. Deutsche med. Wochenschrift. 1889 № 10, 11, 12.
78. Krantz. Über die verschiedenen Operationsmethoden bei Empyema antri Highmori. Inaug.—Diss., Berlin 1891.
79. Luschka. Ueber Schleimpolypen der Oberkieferhöhle (Virchow's Arch. Bd. 8).
80. Lindenthal O. Wiener klinische Wochenschrift. 1897 № 15.
81. Luc. Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore dû au streptocoque de l'Erysipèle. Arch. intern. de Laryngologie März—April 1891.
82. Luc. Des abcès du sinus maxillaire d'après les travaux récents publiés sur la question. Arch. de Laryngologie 1889 Juni.
83. Langenbeck. Archiv. f. klin. Chirurg. Bd. XI. 1869.
84. Luc. Contribution à l'étude et à l'histoire des sinusites maxillaires aiguës. Rev. hebdom. de Laryngol. et cet. 1899 № 28.
85. Lichwitz. Acute Osteomyelitis des Oberkiefers ein sogenanntes „klassisches“ Empyem der Highmorshöhle simulirend. Archiv. f. Laryngolog. u. Rhinol. Fränkel Bd. VII S. 439.
86. Link. Przyczynki kazuistyczne do operacyjnego leczenia nagromadzenia ropy w jamie Highmora według sposobu prof. Mikulicza (Przegląd lekarski 1888 № 5).

87. Lichwitz.—Du diagnostic de l'Empyème „latent“ de l'antre d'Highmore par le lavage explorateur. Bulletin médical 1890.
88. Lamorier. Memoire de l'Academie de Chirurgie 1743; цит. по Repp'y.
89. Luc. Archiv. internat. de Laryng. 1897 et 1898.
90. Luc. Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales. Paris 1900.
91. Meyer. Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 3 Auflage.
92. Müller I.—Physiologie des Menschen Bd. 2.
93. Merkel. Antropophonik. Leipzig 1863.
94. Moszkowski. Nachweis von Influenzabacillen im Eiter eines acuten Empyems der Highmorshöhle. Archiv. f. Laryngol. und Rhinolog. Fränkel. 1900 H. 2 B. X.
95. Magitot. Kystes du sinus maxillaire Soc. de chirur. de Paris 1887.
96. Moreau. Empyem des Antrum Highmori. Ref. Monat f. Ohrenheilk. 1891.
97. Minkiewicz. Болѣзни дыхательныхъ путей. Gazeta Lekarska 1885 № 12.
98. Moldenhauer; цитирую по M. Jeanty L'empyème latent.
99. Michel. Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenraumes. Berlin 1876.
100. Mair. Edinburgh. med. Journal. 1867 May.
101. Meibom. Discursus de abscessuum intern. natura. Dresden 1718 (цитирую по Heymann'y).
102. Mikulicz. Zur operativen Behandlung des Empyems der Highmorshöhle (Langenbeck's Archiv. f. klinische Chirurgie Bd. XXXIV стр. 626).
103. Molinetti—цитир. по Bardeleben'y. Lehrbuch. Chirurgie et cet. Bd III.
104. Netter. De la méningite dû au pueumocoque. Arch. générales de médecine. Paris 1887.
105. Никитинъ. Болѣзни придаточныхъ носовыхъ полостей. С.-Петербургъ. Издание Риккера 1897.
106. Nolténus. 37 Fälle von seröser Erkrankung der Oberkieferhöhle Monat f. Ohrheilkund. 1894 № 5.
107. Neumann. Kann Flüssigkeit beim Ausspülen der Nase auch in deren Nebenhöhlen geraten? (Vortr. geh. in der Budapester Kgl. Ges. der Ärzte. Ref. in Monatschrift f. Ohrheilk 1890 № 2).
108. Onodi. Die Eröffnung der Kieferhöhle im mittleren Nasengange. Arch. f. Laryngologie u. Rhinolog. Bd. XIV H. 1 1903.
109. Paulsen. Ueber die Schleimhaut besonders die Drüsen der Oberkieferhöhle (Arch. f. microscopisch. Anat. 1888 Bd. 32).
110. Paulsen.—Experimentelle Untersuchungen über die Strömung der Luft in der Nasenhöhle (Wiener Sitzungsber. 1882 Abt. III).

111. Paulsen. Ueber einen schleimbildenden Kapselbacillus bei atrophirenden Rhinitiden. Referat. Centr. f. Bact. 1893 Bd. XIV № 8.
112. Poëll. A case of foreign body in the nose and antrum. Refer. Cental. f. Laryngol. 1888.
113. Pedley. Suppuration of the Antrum secondary to caries of a temporary canine tooth (Lancet. 16. II. 1889).
114. Пироговъ. Топографическая анатомия. С.-Петербургъ 1852.
115. Parreidt. Deutsche Monats. f. Zahnheilkunde 1888.
116. Repp. Empyema antri Highmori. Darmstadt 1892.
117. Reimann Ueber Mickroorganismen in Nasensecret bei Ozaena. Dissert. Würzburg 1887.
118. Ritter. Beitrag zu den mit kranken Zähnen in Verbindung stehenden patholog. Veränderungen der Oberkiefer und Nasenhöhle. Corresp. Bl. f. Zahnärzte 1888. H. 4.
119. Rouge. Bull. de la soc. méd. de la Suisse Romande III. Jar. 1869.
120. Rouge. L'union 14. 1872. Ref. in Schmidt's Jahrb. Bd. 164.
121. Roser. Handb. d. an. Chirurgie 1864. 4. Auflag.
122. Runge. Die Nase in ihren Beziehungen zum übrigen Körper. Jena 1885.
123. Sappey. Traité d'anatomie descriptive. (Paris 1872. Bd. III).
124. Seidemann. Beitrag. zur Mikrophysiologie der Schleimdrüsen. Inter. Monatschr. f. Anatom. u. Phys. 1893. Bd. X H. 2.
125. Sandmann. Zur Physiologie der lufthältigen Räume des Schädels. Verhandl. d. laryng. Gesellschaft in Berlin 1889—1890 I Bd.
126. Scheff. Über das Empyem der Highmorshöhle und seinen dentalen Ursprung. Wien 1891.
127. Smiegelow. Der purulente Nasenausfluss, seine Bedeutung u. s. w. Peф. Centrallblatt f. Laryngologie 1889.
128. Schuetz. Beiträge zur Lehre vom Empyem der Highmorshöhle Monat. f. Ohrenheilkunde 1890 № 7 и 8.
129. Schiffers. Du traitement du catarrhe du sinus maxillaire. Soc. fr. d'ototholog. et laryng. 1887.
130. Speitzer. Empyem der Highmorshöhle veranlasst durch Hineinvachsen eines Milchzahnes in dieselbe. Wien. med. Woch. 1889. № 49.
131. Salter. Medico-chirurgical. Transactions 1862.
132. Spiess. Die Untersuchungsmethoden der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Handbuch. d. Laryngol. und Rhinolog. P. Heymann. Wien 1896.
133. Seifert. Du diagnostice et du traitement des affections des sinus. Rev. hebdomair. de Laryngol. 1899. № 50.
134. Schmidt. M. Krankheiten der oberen Luftwege 1896.
135. Schoeller.—Über die Anbohrung der Highmorshöhle bei Naseneiterungen (Inag. Diss. Bonn 1885).

136. Звѣржховскій. Лампочка для просвѣчиванія Гайморовой полости, приспособленная къ току въ 110 вольтъ. зубоврачебный Вѣстникъ 1900 г. № 3.
137. Störck. Behandlung d. Emp. d. Highmorshöhle. Wiener med. Wochenschr. 1886. № 43.
138. Siebenmann. Цитир. по Onodi Arch. f. Laryngol. Bd. XIV H. I. 1903 г.
139. Sprenger. Ein Katheter—Troikart zur Punction der Oberkieferhöhle. Arch. f. Laryng. und Rhin. Bd. IX.
140. Schneider. Entzündung des Antrum Highmori mit consecutiver Eiterung. Monats. f. Zahnheilkund. März 1887.
141. Schech. Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Leipzig und Wien 1902.
142. Turner L.—The accessory sinuses of the nose their surgical anatomy and the diagnosis and treatment of their inflammatory affections. Edinburg 1901.
143. Tornwald. Discussion über den Vortrag Störck, Guye, Bayer, Schlesinger; Int. Centrallb. f. Laryng. et cet 1886.
144. Фонъ-Штейнъ. Новая игла для прокалыванія Гайморовой полости. Ея діагностическое и терапевтическое значеніе. Хирургія 1899. т. V стр. 449.
145. Фонъ-Штейнъ. Къ технике вскрытія Гайморовой полости. Москва 1903. Отдѣльный оттискъ.
146. Vesals. (A.) De humani corporis fabrica libri septem. (Basileae 1542 Liber I).
147. Virchow R.—Untersuchungen über die Entwicklung des Schädelgrundes (Berlin, 1857).
148. Virchow. Geschwülste. Bd. 1.
149. Voltolini. Die Rhinoskopie u Pharyngoskopie 1. Auflage 1861.
150. Voltolini. Breslauer ärztliche Ztsch. 1888. № 22.
151. Wright. Centr. f. Back. etc. 1890. Bd. VII.
152. Weichselbaum. Die phlegmonöse Entzündung der Nebenhöhlen der Nase. Wiener med. Jahrbücher. 1881.
153. Wolf. M. Zeitschr. f. Hygiène Bd. XIX.
154. Wertheim E. Beiträge zur Pathologie und Klinik der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Arch. f. Laryng und Rhinol. Fränkel. 1900. Bd. XI. H. 2.
155. Wernher. Ueber die Auftreibung des sin. maxil. Längenbeck's Archiv 1876. Bd. 19.
156. Wroblewski. Das acute Kieferhöhlenempyem. Archiv. f. Laryngolog. Fränkel Bd. X. H. I.
157. Walb. Zur Aetiologie der Nasenblennorrhoea. Arch. f. Ohrheil. Bd. 17. H. 4.
158. Weinhold. Ideen über abnorme Metamorphosen der Highmorshöhle. Leipzig 1810.

159. Westermayer. Münchener med. Wochenschrift 1895.
160. Warnecke. Eine aseptische Durchleuchtungslampe. Arch. f. Laryng. u. Rhinolog. Fränkel. Bd. XII. H. 2.
161. Wagner. Valne of. antroscopy (Endoscopy of the antrum of Highmore. Jour. Am. Med. Assoc. 1894).
162. Weil. Wiener medicinische Wochenschrift.
163. Weinhold. Von den Krankheiten der Gesichtsknochen und ihrer Schleimhäute, Halle 1818.
164. Warnecke. 11 Fälle von chronischem Empyemes des antrum Highmori, geheilt durch Behandlung vom Methode Krause-Friedländer. Archiv. f. Laryng. Bd. X 1900.
165. Vohsen. Die Durchleuchtung der Oberkieferhöhle und Stirnhöhle und deren Erkrankung. Berl. Klin. Woch. 1890. № 46.
166. Zuckerkandl. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhängen. Wien. 1893.
167. Zuckerkandl. Anatomie der Oberkieferhöhle (Handbuch der Zahnheilkunde von J. Scheff. Wien. 1890).
168. Zuccarini. Wiener Medicinische Wochenschrift 1853.
169. Zarnico. Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums. Berlin 1894.
170. Ziem. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1885.
171. Ziem. Ueber Bedeutung und Behandlung der Naseneiterungen. Monatssch. f. Ohrhkl. 1886.
172. Ziem. Ueber Abscessbildung am unteren Augenlide bei Eiterung der Kieferhöhle. Allg. med. Centralblt 1887. № 48.
173. Ziem. Über Jritis bei Eiterung der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Centrallblatt f. prakt. Augenheilkunde. 1887. № 12.
174. Ziem. Über das zweckmässigste Verfahren zur Eröffnung der Kieferhöhle. (Therapeut. Monatshefte Ap. Mai 1888).
175. Ziem. Nochmals die Durchleuchtung der Kiefer und Stirnhöhle Monatschrif. Ohrheilkunde 1893. № 12.
176. Ziem. Nochmals die Ueberschätzung der Durchleuchtung der Kieferhöhle. Mon. f. Ohrheilkunde 1895. № 5.

Такъ какъ работа, по окончаніи ея, не могла быть вскорѣ напечатана, то въ текстѣ не помѣщены нѣкоторыя изъ новѣйшихъ работъ по вопросу о Гайморитахъ. Считаю необходимымъ пополнить этотъ пробѣлъ краткимъ разборомъ работъ послѣдняго времени, заслуживающихъ упоминанія:

177. D' Ajutolo. Di un sintoma poco noto di empiema mascellare acuto di influenza. Ref. Centrallbe. f. Laryngologie... 1903 г. стр. 447.

Симптомъ, описываемый авторомъ, состоитъ въ появленіи на слизистой полости рта сильно гиперемированнаго пояса, отвѣчающаго по мѣсту своего расположенія наружной стѣнкѣ заболѣвшей полости. Начинаясь отъ послѣдняго моляра, поясъ этотъ распространяется впередъ почти до клыка. Этотъ симптомъ, впервые указанный Hajek'омъ, по мнѣнію автора, заслуживаетъ упоминанія. Со своей стороны я полагаю, что симптомъ этотъ можетъ имѣть очень небольшое значеніе, такъ какъ покраснѣніе слизистой въ полости рта—явленіе слишкомъ заурядное и можетъ вызываться цѣлымъ рядомъ обстоятельствъ, не имѣющихъ ничего общаго съ эмпиемой Гайморовой полости.

178. Bourragué. Les sinusites maxillaires chez les enfants. Revue hebdomadaires de Laryngolog. et cet. 1903 № 8.

Авторъ касается вопроса Гайморитовъ у дѣтей. Онъ отмѣчаетъ, что въ силу анатомическихъ особенностей у нихъ они чаще бываютъ носового происхожденія, въ особенности, если принять во вниманіе частую заболѣваемость полости носа у дѣтей при различныхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ. Въ общемъ, теченіе и леченіе ничѣмъ почти не отличается отъ такового же у взрослыхъ.

179. Воскресенскій. О способахъ вскрытія Гайморовой полости. Русскій Хирургическій Архивъ 1903 г.

Остановливаясь на разборѣ существующихъ методовъ вскрытія Гайморовой полости, авторъ указываетъ, что единственно рациональнымъ долженъ быть признанъ лишь тотъ методъ, при которомъ полость вскрывается въ самой низкой точкѣ, такъ какъ этимъ обезпечивается стокъ содержимому. Въ виду изложеннаго, авторъ совершенно отвергаетъ другіе методы, кромѣ вскрытія сквозь альвеолярный отростокъ. Но и тутъ онъ полагаетъ недостаточнымъ малое отверстіе; дабы хирургическое вмѣшательство и обзоръ полости было легко выполнимо, слѣдуетъ дѣлать большое отверстіе—3—4 см. въ длину и не менѣе 1 см въ ширину—необходимымъ условіемъ является удаленіе всѣхъ зубовъ, отвѣчающихъ Гайморовой полости. О послѣдующемъ примѣненіи

протеза авторъ совершенно не упоминаетъ, инфекцію же Гайморовой полости со стороны полости рта, при существованіи большого отверстія, не считаетъ особенно важнымъ явленіемъ. Вполнѣ соглашаясь съ мнѣніемъ автора о значеніи вскрытія полости въ самой низкой ея точкѣ, я считаю мнѣніе его о необходимости нанесенія большого отверстія ошибочнымъ. Громадный 0/0 Гайморитовъ, какъ показываютъ мои случаи, даютъ прекрасный результатъ при нанесеніи сравнительно небольшого отверстія. Лишь немногіе изъ нихъ не поддаются при этомъ типѣ леченія и требуютъ болѣе серьезнаго и обширнаго хирургическаго вмѣшательства соединеннаго съ необходимостью хорошо видѣть всю внутреннюю поверхность полости. Между тѣмъ, возведя широкое вскрытіе полости въ принципъ, мы подвергаемъ большое количество больныхъ совершенно ненужнымъ, излишнимъ страданіямъ, да и въ будущемъ готовимъ имъ незавидное существованіе. Широкое сообщеніе между ротовой и Гайморовой полостью нельзя считать совершенно безразличнымъ. Попаданіе кусковъ пищи въ Гайморову полость, просачиваніе жидкихъ ея частей въ носовую полость— все это ближайшіе результаты широкаго сообщенія, не говоря уже о томъ, что для самого выполненія операціи требуется предварительное удаленіе всѣхъ коренныхъ зубовъ, органовъ, которые, помимо этого, могли бы нести еще свою службу. Конечно, послѣднія неудобства можно до извѣстной степени восполнить протезомъ, о которомъ авторъ, къ тому же, не упоминаетъ. Но и въ протезѣ, столь большомъ, не будетъ надобности, если не прибѣгать къ широкому вскрытію. Я уже упоминалъ, при разборѣ методовъ вскрытія Гайморовой полости, что слишкомъ большое оперативное вмѣшательство при ея эмпіахъ находится, въ большинствѣ случаевъ, въ несоотвѣтствіи съ тяжестью страданія, противъ котораго оно предпринимается. То же самое я могу повторить и по отношенію къ методу, предлагаемому въ разбираемой статьѣ Воскресенскимъ.

180. Gavello. Ein Instrument für die Radicaloperation chronischer Oberkieferhöhlenerkrankungen nach der Caldwell' Luc'schen Methode. Ref. Centrallblat. f. Laryng. 1903 г. стр. 71.

Предлагаемый авторомъ инструментъ служить для облегченія второй половины радикальной операціи при эмпіахъ Гайморовой полости, именно для производства отверстія изъ Гайморовой полости въ носовую. Онъ устроенъ на подобіе пинцета, одна бранша котораго вводится въ нижній носовой ходъ, а другая черезъ отверстіе, продѣланное сквозь fossa canina, въ Гайморову полость. На концахъ браншей устроено специальное приспособленіе, благодаря которому, при сжиманіи пинцета, введеннаго вышеописаннымъ образомъ, въ стѣнкѣ, отдѣляющей носовую полость отъ Гайморовой, вырѣзается отверстіе достаточной величины для по-

слѣдующаго леченія со стороны носа. Приспособленіе это, какъ значительно облегчающее операцію, по моему мнѣнію, заслуживаетъ полнаго вниманія.

181. Gomperz. Zur Kasuistik der Fremdkörper in der Kieferhöhle. Archiv. f. Laryngol. 1904 г. стр. 348.

Авторъ описываетъ собственный случай, гдѣ, при манипуляціяхъ надъ Гайморовой полостью, имъ случайно былъ оставленъ въ полости тампонъ ваты, прыгнувшій или соскользнувшій съ инструмента. Интересно, что автору удалось получить обратно этотъ тампонъ присасывательными движеніями шприца, введеннаго въ Гайморову полость: тампонъ застрялъ въ кончикѣ шприца и былъ извлеченъ.

182. Grant Dundas. Empyem der Kieferhöhle geheilt durch Irrigation von der Alveole aus nach versagen der intranasalen. Behandlung. Centr. f. Laryng. 1900 г. стр. 208.

Авторомъ описывается случай, гдѣ леченіе промываніями вскрытой изъ носу полости не давало стойкаго результата. Удаленіе же зубовъ и промываніе сквозь альвеолу быстро привело къ выздоровленію. Случай этотъ лишній разъ показываетъ, какое значеніе можетъ имѣть выясненіе состоянія жевательнаго аппарата, при леченіи эмпіемъ Гайморовой полости. Разъ, какъ вѣроятно въ данномъ случаѣ, причиной эмпіемы является заболѣваніе зубовъ, методы леченія, направленные ко вскрытію полости изъ носу или сквозь fossa canina, очевидно, будутъ безрезультатны до тѣхъ поръ, пока сама причина, больные зубы, не будетъ устранена. Я отмѣчаю этотъ фактъ въ противовѣсъ стремленію примѣнять извѣстный методъ операціи огульно ко всѣмъ заболѣваніямъ, — что, на примѣръ, проскальзываетъ у сторонниковъ радикальной операціи при эмпіахъ Гайморовой полости. Если я примѣняю наичаще вскрытіе черезъ альвеолу, то единственно потому, что этотъ методъ является наиболѣе легкимъ и для врача и для больного. Но разъ онъ не даетъ результата, въ моемъ распоряженіи остается еще радикальная операція, и, такимъ образомъ, оперативное вмѣшательство идетъ параллельно съ выясняющеюся тяжестью случая. Но примѣняя всякій разъ радикальную операцію, мы въ громадномъ большинствѣ случаевъ принуждены будемъ признать ее выполненной излишне, такъ какъ заболѣваніе прошло бы и при болѣе легкой операціи.

183. Harmer. Ueber die Chirurgische Behandlung der chronischen Kieferhöhlenerkrankung. Wien. klin. Rundschau. № 7. 1903 г.

Основываясь на своемъ клиническомъ опытѣ, авторъ приходитъ къ заключенію, что радикальная операція Caldwell-Luc'a съ тѣми измѣненіями, которыя внесены въ нее Hajek'омъ, имѣетъ всѣ преимущества передъ другими видами радикальныхъ операцій. Если радикальной операціи почему либо примѣнить нельзя, то

авторъ совѣтуетъ сдѣлать окно въ носовой стѣнкѣ, соответственно средней $\frac{1}{3}$ нижней раковины. Конечно, заключаетъ авторъ, всѣ эти методы слѣдуетъ примѣнять въ томъ случаѣ, если больной не желаетъ возиться съ протезомъ и долгими промываніями, этимъ самымъ какъ бы подчеркивая болѣе легкій исходъ—вскрытіе черезъ альвеолу.

184. Hirschmann. Ueber Endoskopie der Nase und deren Nebenhöhlen. Arch. f. Laryngol. 1903 г.

Авторъ предлагаетъ особый имъ устроенный инструментъ для эндоскопирования какъ носовой полости, такъ и смежныхъ съ нею полостей; онъ указываетъ на большія преимущества, какія имѣетъ непосредственный осмотръ внутреннихъ стѣнокъ полости передъ другими методами изслѣдованія. Инструментъ его имѣетъ діаметръ въ 5 mm., для введенія его въ Гайморову полость онъ просверливаетъ въ альвеолярномъ отросткѣ каналъ нѣсколько болѣе ширины, чѣмъ діаметръ инструмента, дабы имѣть возможность поворачивать его въ различныхъ направленіяхъ въ полости. Я полагаю, что съ развитіемъ эндоскопирования, послѣднее, несомнѣнно, будетъ имѣть большое значеніе; увидѣвъ состояніе внутренней стѣнки Гайморовой полости, мы будемъ располагать большими данными для прогноза и выбора метода леченія,—нынѣ же это совершается въ темноту.

185. Halle. Empyema of Highmore's Antrum. N. I. Medic. News. Sept. 1900.

Авторъ указываетъ на неудобства вскрытія Гайморовой полости со стороны рта, выражающіяся въ постоянной реинфекціи, а также создающія непріятныя для больныхъ ощущенія—вкусъ іодофора. Лучшимъ методомъ онъ считаетъ вскрытіе черезъ носовой ходъ. Замѣчаніе автора, по моему мнѣнію, имѣетъ лишь значеніе тогда, когда полость вскрывается на большомъ протяженіи. При небольшихъ отверстіяхъ, тщательно закрытыхъ протезомъ, и употребленіи металлическаго дренажа, указанные неудобства сводятся почти къ нулю.

186. Jurasz. Zur Radicaloperation bei chronischen Eiterungen der Kieferhöhle. Intern. Centralblatt f. Laryngol. und Rhinolog. 1905 г. № 2 s. 73.

Авторъ предлагаетъ вскрывать Гайморову полость со стороны альвеолярнаго отростка послѣ удаленія нѣсколькихъ зубовъ. Наносится большое отверстіе, дабы возможно было полное очищеніе полости. Показаніемъ къ примѣненію этой операціи авторъ считаетъ: выясненную зависимость заболѣванія Гайморовой полости отъ зубовъ, со стороны же анатомическихъ взаимоотношеній лишь тѣ случаи, гдѣ твердое небо не очень вдавлено. Преимуществами своей операціи онъ считаетъ—прямой ходъ въ полость, хорошее прикрытие помощью протеза и быстрое выздоровленіе. Методъ

этотъ ничѣмъ почти не отличается отъ метода Воскресенскаго, о которомъ я уже говорилъ (см. выше).

187. Kline. (L. C. Cline). Beobachtungen an 150 Fällen von Highmorshöhlenerkrankung. Cent. f. Laryng. 1901 г.

Наблюденія надъ большимъ количествомъ заболѣваній Гайморовой полости даютъ автору основанія высказаться относительно этиологіи Гайморитовъ. По его мнѣнію послѣдніе бываютъ: 1) зубного происхожденія, 2) носового происхожденія, 3) или развиваются, какъ послѣдствіе гриппозной инфекціи. Наилучшимъ методомъ операціи, по мнѣнію автора, является операція черезъ альвеолярный отростокъ,—она лучше всего удовлетворяетъ требованію хорошаго стока и дренажа. Такъ какъ наблюденія автора основаны на значительномъ матеріалѣ, то, конечно, они имѣютъ большую цѣнность, выводы его во всемъ согласны съ моими.

188. Knochenstiern. Zur Aetiologie des Kieferhöhlenempyems. Petersb. Medic. Wochens. 12. 1903.

Авторъ описываетъ случай, гдѣ зубное происхожденіе эмпиемы было очень ясно. Гайморова полость состояла изъ медиальнаго и латеральнаго отдѣленія. Обѣ половины были захвачены болѣзненнымъ процессомъ, но въ латеральной находились грануляціи и обнаружено измѣненіе кости. Эта половина какъ разъ отвѣчала каріозному зубу.

189. Lloyd Lavan. The antrum. London. Adam Brothers. 1903.

Небольшое компиляторіумъ, въ которомъ изложено описаніе анатоміи, патологіи, симптомовъ, діагноза и леченія всевозможныхъ заболѣваній смежныхъ съ носомъ полостей и, по преимуществу, Гайморовой полости. Авторъ даетъ обзоръ, въ которомъ онъ, повидимому, опирается на опытъ, добытый другими, и не даетъ ни собственнаго матеріала, ни личнаго освѣщенія фактовъ.

190. Luc. Lectures sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires du nez et sur leurs complications intracrâniennes. Paris. I. B. Ballière et fils. 1900.

Давая подробное описаніе существующихъ по поводу эмпиемы Гайморовой полости взглядовъ, авторъ останавливается на слѣдующихъ, по мнѣнію моему, важныхъ обстоятельствахъ. Въ главѣ о просвѣчиваніи авторъ указываетъ на зависимость затемненія отъ измѣненій слизистой, а не отъ простого скопленія гноя, и видитъ въ этомъ значеніе просвѣчиванія, какъ прогностическаго метода. Въ отдѣлѣ леченія, онъ самъ—авторъ радикальной операціи—говоритъ, что при легкихъ случаяхъ леченіе должно вестись сквозь альвеолу и лишь, если оно не даетъ результата, слѣдуетъ прибѣгать къ болѣе сложнымъ и болѣе тяжелымъ оперативнымъ методамъ.

191. Lenzmann. Zur Nachbehandlung operirter chronischer Stirn- und Kieferhöhlenerkrankungen. Münch. med. Woch. № 15. 1900.

Авторъ, послѣ вскрытія и промыванія полости, пропускаетъ черезъ нее струю водяного пара, t° 105—112 $^{\circ}$ С, въ продолженіи 10—12 секундъ. Благодаря этому, самая поверхностная, сильно патологически измѣненная, часть слизистой омертвѣваетъ и отдѣляется, спустя нѣскольکو дней. Образующаяся въ полости раневая поверхность быстро подживаетъ. Въ послѣдующемъ леченіи авторъ держитъ полость открытой и производитъ ежедневныя промыванія физиологическимъ солевымъ растворомъ. Выздоровленіе наступаетъ въ 2—3 недѣли.

192. Mahn. Ein diagnostisches Zeichen des wahren chronischen Oberkieferhöhlenempyem. Centr. f. Laryng. 1903 г. стр. 607.

Авторъ указываетъ на важное значеніе отличія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, съ чѣмъ имѣется дѣло—съ настоящей ли эмпиемой, явившейся результатомъ гнойнаго выдѣленія слизистой полости, или со скопленіемъ гноя, получившаго свое начало изъ другихъ источниковъ, напр., лобной пазухи. Въ своемъ діагностическомъ симптомѣ авторъ опирается на томъ соображеніи, что, если воспалена слизистая, то она со временемъ сильно утолщается, вслѣдствіе чего емкость полости уменьшается. Измѣряя такую емкость путемъ впрыскиванія и обратнаго высасыванія изъ полости жидкости, авторъ, на основаніи объема высасываемой жидкости, выводитъ свое заключеніе о состояніи слизистой, а отсюда и о томъ, съ дѣйствительной ли эмпиемой имѣется дѣло.

193. Réthi. Zur Radicaloperation hartnäckiger Kieferhöhlenempyem von der Nase her. Wien. med. Wochensch. № 12. 1903.

Авторъ, какъ радикальную операцію, предлагаетъ вскрытіе Гайморовой полости со стороны носовой стѣнки. Для этой цѣли онъ предлагаетъ удаленіе $\frac{2}{3}$ нижней раковины и нанесеніе отверстия помощью долота; это отверстие потомъ расширяется въ направленіи нижняго и средняго хода. Полость можно осмотрѣть маленькимъ зеркаломъ и тщательно выскабливать ее. Въ нѣсколькихъ тяжелыхъ случаяхъ авторъ получилъ этимъ путемъ полное выздоровленіе.

194. Ростовцевъ. Случай закрытія дефекта передней стѣнки Гайморовой полости кожнымъ лоскутомъ. Больничная газета Боткина 1896 г. № 28.

Авторъ описываетъ случай, гдѣ послѣ резекціи правыхъ височной, лобной и верхнечелюстной костей, образовавшійся дефектъ кости верхней челюсти, открывавшій Гайморову полость, былъ закрытъ кожнымъ лоскутомъ изъ правой щеки. Слизистая Гайморовой полости была выскаблена, и въ полость вставленъ тампонъ, конецъ котораго авторъ вывелъ въ ротъ черезъ ячейку праваго клыка. Лоскутъ прижилъ хорошо. Въ виду удовлетворительнаго результата, съ косметической точки зрѣнія, который полученъ былъ авторомъ, этотъ методъ можетъ найти себѣ примѣне-

ніе въ случаяхъ очень большого дефекта въ передней стѣнкѣ Гайморовой полости въ силу ли произведенной операціи или въ силу значительнаго омертвѣнія костей полости, какъ это описано напр. въ моемъ случаѣ № 4, чѣмъ можетъ быть устранена необходимость ношенія протеза.

195. Woodward. Empyema of the accessory sinuses of the nose. N. I. Med. News. 3 Jan. 1903.

Авторъ дѣлаетъ обзоръ патологій и симптоматологій различныхъ заболѣваній смежныхъ съ носомъ полостей. Выставляемые имъ методы леченія ничѣмъ не разнятся отъ обще-принятыхъ.

196. Strubell. Monat. f. Ohrenheilkunde № 6. 1904. Отношеніе сосудовъ челюстной полости къ зубамъ.

Авторъ говоритъ о самой тѣснѣйшей анатомической связи между сосудами Гайморовой полости и сосудами зубовъ, т. е. устанавливаетъ ту же связь между зубами и Гайморовой полостью, наличностью которой между носовой и Гайморовой полостью Zuckerkandl объясняетъ возникновеніе Гайморитовъ на почвѣ носовыхъ заболѣваній.

197. Mermoud. Revue méd. de la Suisse rom. № 4. 1903.

Авторъ приводитъ цѣлый рядъ хроническихъ эмпиевъ Гайморовой полости, леченныхъ по Luc'y. По его мнѣнію это—единственный способъ вѣрнаго излечиванія этой болѣзни. Однако, при эмпиѣмѣ *зубного происхожденія*, эта радикальная операція рѣдко можетъ быть необходима.

198. Tilley Herbert. Протоколы Британскаго Зубоврачебнаго Общества. Декабрь. 1903.

Авторъ останавливается на анатомическихъ отношеніяхъ между полостями Гайморовой и лобной. Указывая на анатомическое положеніе infundibulum, образующаго какъ бы сумку (карманъ), въ основаніи котораго лежитъ отверстие Гайморовой полости, онъ обращаетъ вниманіе на то, что ant. Highmori образуетъ резервуаръ, въ которомъ могутъ собираться выдѣленія изъ лобной полости или рѣшетчатой, при чемъ можетъ и не быть заболѣванія antrum'a.

Зубныя заболѣванія, по мнѣнію автора, представляютъ весьма важный факторъ въ происхожденіи нагноеній antrum'a. Изъ 300 случаевъ эмпиемы antrum'a докладчикъ только въ одномъ случаѣ—у 12 л. дѣвочки—наблюдаль совершенно здоровые зубы. По мнѣнію его, зубныя заболѣванія оказываютъ раздражающее вліяніе на слизистую оболочку antrum'a, находящуюся въ соосѣдствѣ съ этими зубами.

Если даже и установлена другая причина эмпиемы antrum'a, то все же нужно принять во вниманіе, что зубныя заболѣванія могутъ поддерживать патологическое состояніе слизистой оболочки

такъ, что никакія терапевтическія мѣропріятія не окажутся удовлетворительными.

Что касается промываній полости, то авторъ рекомендуетъ почаше мѣнять средства; онъ рекомендуетъ acid. boricum, kali chloricum, formalin. etc. Лечение должно продолжаться до тѣхъ поръ, пока совершенно не исчезнуть слѣды гноя; что можетъ продолжаться иногда весьма долго. Если же такимъ путемъ не получается желательнаго результата, то необходимо приступить къ болѣе радикальнымъ мѣропріятіямъ.

Вскрытіе со стороны альвеолы слѣдуетъ испробовать во всѣхъ случаяхъ недавняго происхожденія, а также, въ качествѣ перваго приѣма и въ хроническихъ случаяхъ, такъ какъ и въ этихъ случаяхъ подобный методъ приводилъ къ быстрому излеченію. Затѣмъ докладчикъ подробно описываетъ радикальную операцію со стороны fossa canina. Отверстіе должно быть въ 2—2,5 см.; слѣдуетъ при операціи избѣгать раненія nervi infraorbitalis; пораженія слизистой оболочки antrum'a выскабливаются острой ложкой. Въ носу должно продѣлать противоотверстіе. Если заболѣваніе слизистой оболочки ограничено преимущественно нижней частью полости, то достаточно въ нижнемъ носовомъ ходѣ наложить отверстіе въ 2 см.; если же вся слизистая оболочка полости поражена, то необходимо удалить всю внутреннюю стѣнку полости. Нѣтъ надобности плотно тампонировать, достаточно положить полоску марли рыхло.

199. A. Jousset. Le Nord. medic. 1 Янв. 1904 г. Хирургическое лечение Гайморовой полости.

Авторъ описываетъ случай двухсторонней эмпиемы верхней челюсти, пользованной по Caldwell-Luc'у съ такимъ измѣненіемъ, что дренажъ былъ оставленъ въ fossa canina. Мѣсяцъ спустя, у больного попалъ въ полость металлическій obturatorъ, который былъ извлеченъ послѣ произведенной широкой операціи. Авторъ отдаетъ предпочтеніе оперативному методу Cald.-Luc въ случаѣ заболѣванія одной верхнечелюстной полости; если же имѣются заболѣванія и другихъ сосѣднихъ полостей, то предпочтительнѣе другіе методы.

200. Herbert Tilley. The Laryngoscope. Февраль 1904. Нагноеніе верхнечелюстной полости, діагнозъ и лечение.

По автору, зубныя заболѣванія въ большинствѣ случаевъ представляютъ благоприятный моментъ для возникновенія нагноенія челюстной полости. Поэтому забота о зубахъ является весьма важной въ смыслѣ профилактики заболѣваній сосѣднихъ полостей. Лучшій приѣмъ діагностированія представляетъ пробная пункція. Терапія, въ начальныхъ періодахъ, состоитъ въ дренажированіи со стороны альвеолы. Широкое оперативно-хирургическое лечение слѣдуетъ примѣнять только въ тѣхъ случаяхъ, когда другія мѣропріятія остаются безрезультатными.

201. F. L. Friedrich. Deutsche medicin. Wochenschrift № 37. 1904. Къ леченію хронической эмпиемы Гайморовой полости.

Методъ автора состоитъ въ томъ, что, отдѣливъ носовое крыло и произведя разрѣзъ наружныхъ покрововъ, онъ старается освободить crista nasalis. Удаливъ ее, а равно и часть передней стѣнки Гайморовой полости, онъ дѣлаетъ доступнымъ самое дно Гайморовой полости. Послѣ удаленія части носовой стѣнки такимъ образомъ, чтобы изъ носу былъ обезпеченъ широкій доступъ въ полость, онъ тампонируетъ Гайморову полость со стороны носовой полости, разрѣзы же мягкихъ частей зашиваетъ.

202. B. de Nevrezé. Thèse de Paris 1904. Хроническія нагноенія верхнечелюстной полости.

Этіологія заболѣванія, носового или зубного оно происхожденія, не имѣетъ, по мнѣнію автора, никакого значенія, необходимо только обратить вниманіе на давность ея. Въ свѣжихъ случаяхъ примѣняется лишь терапія фармацевтическими средствами; въ застарѣлыхъ случаяхъ съ грануляціями авторъ предпочитаетъ оперативный методъ Sebileau, представляющій видоизмѣненіе метода Desault'a.

203. Buys. La Clinique № 19. 1904. Лечение хронического Sinusitis maxillaris.

Авторъ описываетъ происхожденіе Sinusit'овъ, дифференціальный діагнозъ между эмпиемами, при которыхъ слизистая оболочка совсѣмъ не измѣнена или слегка измѣнилась и излеченіе достигается нѣсколькими прополаскиваніями, и дѣйствительными хроническими sinusitis, при которыхъ слизистая оболочка претерпѣла глубокія измѣненія и излеченіе достигалось, только благодаря энергичному вмѣшательству, энергичному выскабливанію и т. д. Далѣе онъ описываетъ различные методы леченія, именно: 1) различные методы промываній и 2) различные методы оперативнаго вмѣшательства, нами уже упомянутые.

204. A. L. Whitehead. Arch. of Otology. Май 1904.

Случай правосторонней эмпиемы лобной полости, эмпиемы правой Keilbeinhöhle, обѣихъ верхнечелюстныхъ полостей и лабиринта рѣшетчатой кости. Полное излеченіе послѣ хирургической операціи. Авторъ обращаетъ вниманіе на важность, въ каждомъ случаѣ множественныхъ полиповъ, изслѣдованія, не имѣется ли эмпиемы Гайморовой полости.

205. Vaquier. Thèse de Toulouse 1903. О широкой трепанациі верхнечелюстной полости со стороны нижняго носового хода.

Предлагаемый авторомъ методъ широкаго вскрытія верхнечелюстной полости изъ средняго носового хода представляетъ рациональную переходную ступень между пункціей нижняго носового хода, примѣняемаго въ легкихъ случаяхъ, и радикальными мѣрами, необходимыми въ упорныхъ случаяхъ, съ образованіемъ грануляцій на слизистой оболочкѣ полости.

206. A. Brow Kelly. Glasgow Med. Journal. Октябрь-Ноябрь 1904. Къ патологии Гайморовой полости.

Авторомъ приводятся данныя патолого-анатомическихъ вскрытій Гайморовой полости въ 100 случаяхъ смерти отъ разныхъ причинъ. Въ половинѣ всѣхъ смертныхъ случаевъ (вслѣдствіе пнеймоніи) оказалось нагноеніе верхнечелюстной полости; авторъ совѣтуетъ тщательно клинически наблюдать за нагноеніями со-сѣднихъ полостей при пнеймоніи.

207. Herm. Cordes. Monatschr. f. Ohrenheilkunde etc. № 1. 1905. Къ леченію хроническихъ нагноеній челюстныхъ полостей.

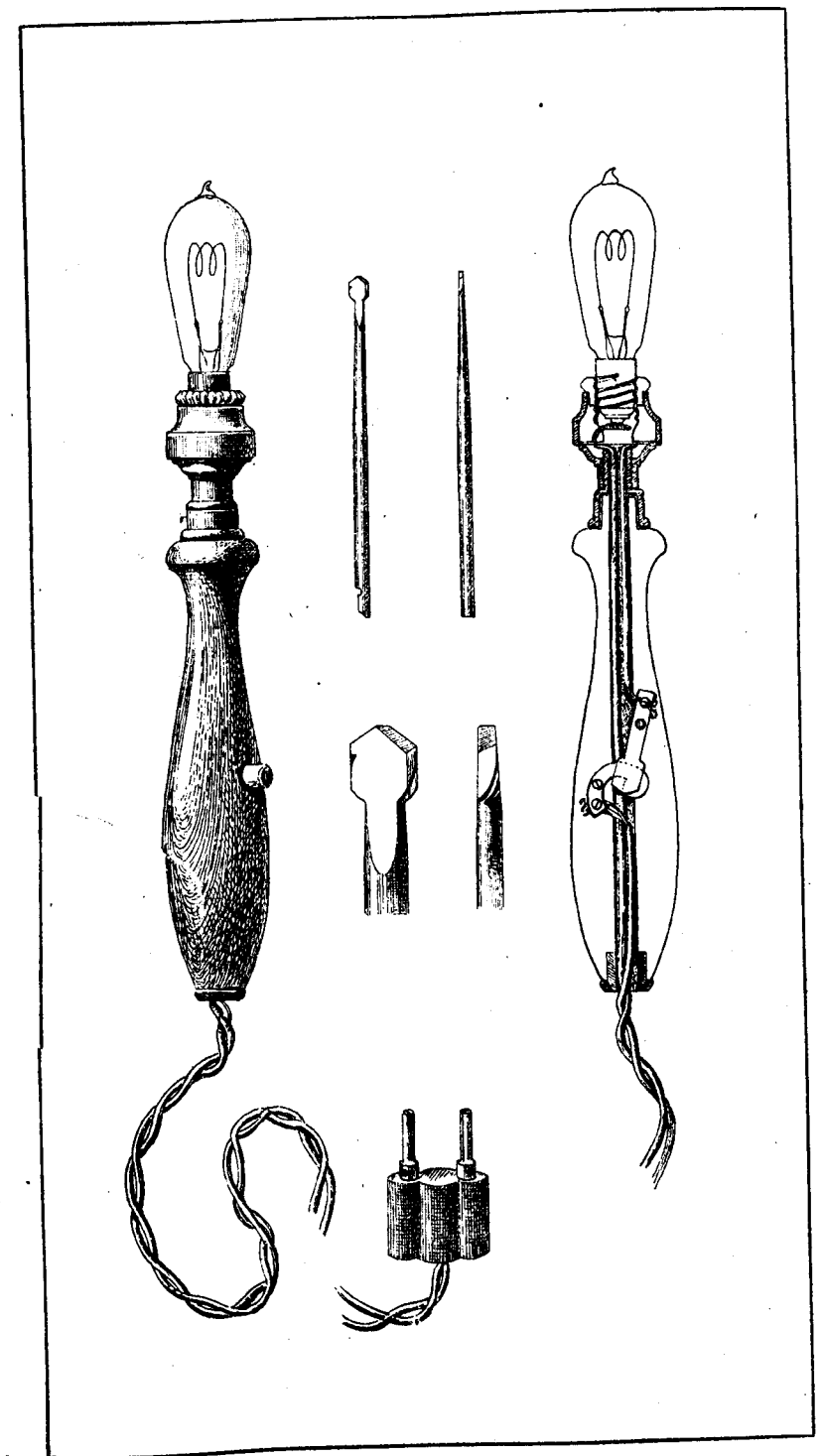
Cordes получилъ 83% благоприятныхъ результатовъ, примѣняя методъ Krause-Friedländer'a: вскрытіе antrum'a со стороны нижняго носового хода помощью троакара, съ послѣдующимъ однократнымъ промываніемъ и дальнѣйшимъ содержаніемъ полости въ сухомъ состояніи. Полость ежедневно продувается, и затѣмъ въ нее вдувается порошокъ, по преимуществу Iodoform. Прежде, чѣмъ приступить къ широкому вскрытію полости, авторъ рекомендуетъ примѣнять указанный методъ въ теченіе долгаго времени (mehrmonatlich). Широкое вскрытіе авторъ дѣлаетъ по Desault-Küster'y, производя троакаромъ противоотверстіе черезъ нижній носовой ходъ, послѣ чего онъ сшиваетъ первичное отверстіе во рту до передняго угла раны и поддерживаетъ противоотверстіе со стороны носа въ сухости.

208. Johannes Martin. Monatschr. f. Ohrenheilk. № 2. 1905. О значеніи закупорки ostium при хроническихъ воспаленіяхъ челюстныхъ полостей.

То обстоятельство, что цѣлый рядъ хроническихъ эмпиевъ челюстныхъ полостей быстро излечивается, при проходимости полости со стороны носа, безразлично, является ли это слѣдствіемъ расширенія естественнаго выводнаго отверстія или же вслѣдствіе прокола со стороны нижняго носового хода, авторъ объясняетъ возстановленіемъ вентиляціи полости и улучшеніемъ циркуляціи въ antrum'ѣ. Поэтому-то, по мнѣнію автора, вскрытіе со стороны альвеолы многими избѣгается.

209. I. Galezowsky. Société d'ophtalm. de Paris. Февраль 1905. Эмпиема верхней челюсти.

Пациентка заболѣла эмпиемой верхней челюсти. Появились тяжелыя осложненія со стороны глаза, напоминавшія орбитальную флегмону. Эмпиема, зубнаго происхожденія, была оперирована со стороны fossa canina, послѣ чего явленія со стороны глаза быстро исчезли.



Къ диссертациі лѣкаря Ф. А. Звѣрж-
ховскаго подъ заглавіемъ: „Къ вопросу
объ эмпіемъ Гайморовой полости“, пред-
ставленной имъ для соисканія степени
доктора медицины.

Положенія.

1. Отсутствие самостоятельныхъ зубо-врачебныхъ кафедръ въ университетахъ Россіи и Военно-Медицинской Академіи есть большой пробѣлъ, требующій своего пополненія.

2. Консервативный методъ леченія при значительныхъ травматическихъ размозженіяхъ конечностей долженъ быть безусловно предпочтенъ первичной ампутаціи.

3. Анестезія 1% растворомъ кокаина должна получить широкое распространеніе и во многихъ случаяхъ, гдѣ теперь примѣняется общій наркозъ, съ успѣхомъ можетъ его замѣнить.

4. Вставленіе соотвѣствующихъ протезовъ при резекціяхъ верхней челюсти, а равно немедленное протезированіе при резекціяхъ нижней челюсти должно быть обязательной принадлежностью леченія, такъ какъ этими протезами устраняются значительныя деформаціи лица, а равно предупреждается нарушеніе функций полости рта.

5. Мысль, что кератозы кожи (psoriasis, lichen rbr.) въ основѣ своей представляютъ заболѣванія центральной нервной системы, заслуживаетъ полного вниманія.

6. Лучшимъ методомъ борьбы съ сифилисомъ должна быть признана популяризація среди юношества мысли о необходимости полного воздержанія отъ вѣб-брачныхъ половыхъ сношеній.