

в сторону несчастья, хотя в полной мере отвергнуть элемент ошибки также не считаем возможным.

В заключение позволим себе напомнить о необходимости подумать о возможности развития столбняка после ожогов и поэтому посоветуем более часто прибегать в соответствующих случаях к профилактическому впрыскиванию противостолбнячной сыворотки (напр., в случаях подобных нашему, где пострадавшие прикрывают обожженные поверхности тряпками, лоскутами, оторванными от белья и т. п., не говоря уже о попадании на раневые поверхности земли, песка и т. п.).

Быть может, это простое и довольно невинное мероприятие избавит какого-нибудь больного от грозных последствий, и тогда наше сообщение найдет свое оправдание.

Из клиники болезней носа, горла и уха Гос. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани (Заведующий — проф. В. К. Трутнев).

Случай первичной рожи глотки и гортани¹⁾.

Ассистента Б. С. Голанд.

В виду редкости заболевания глотки и гортани первичной рожей постановка диагноза первичной рожи гортани и глотки довольно затруднительна, почему считаем нужным сообщить о случае, наблюдавшемся в нашей клинике.

2 января 1928 г. на амбулаторный прием в клинику обратилась крестьянка с. Коргузи, Свияжского кантона, М., 30 лет, с жалобами на сильную боль в горле, невозможность глотать, на сильную боль при движении нижней челюсти, на сильный голос и сильный насморк. Боли в горле начались 31 декабря 1927 г., на другой день утром немного стихли. Затем появился озноб, боли в глотке и гортани усилились, и больная потеряла абсолютно голос, раскрыть рта не может, глотание абсолютно невозможно, дыхание носом затруднено. Указать на какие-нибудь моменты, вызвавшие данное заболевание, больная не может.

При осмотре найдено: дыхание затруднено, но явлений кислородного голодания не замечается, говорит шепотом; больная производит впечатление человека, перенесшего тяжелую болезнь; имеется припухлость и болезненность подчелюстных желез и желез по ш. *sterno-cleido-mastoidens* с обеих сторон; ощупывание гортани болезненно, изо рта неприятный запах. В носовых полостях много корок, легко снимающихся, и гнойные выделения.

В глотке — резкая, ограниченная гиперемия мягкого неба, язычка, передних и задних дужек и небных миндалин; левый миндалик гиперемирован больше правого. Слизистая носоглотки вишнево-красного цвета. Резкая отечность надгортанника; надгортанник сильно деформирован, в зеркале представляется в виде груши; черпаловидные хрящи и ложные голосовые связки отечно припухшие. Истинные голосовые связки не видны; подвязочное пространство не удается осмотреть. Цвет слизистой всей гортани вишнево-красного цвета.

Больная немедленно была помещена в стационарное отделение клиники, где было установлено строгое наблюдение. Все необходимое для трахеотомии было приготовлено. Большой назначили лед на шею, ингаляции, *codein* внутрь и 5% *salicylovyj* натр в нос. Вечером 2 января состояние плохое, бессонница. T° — 38,6. назначено впрыскивание *ol. camphorae*. 3 января 1928. Утром T° 37,3. Сильная слабость, больная двигается с помощью сиделки; в глотке краснота немного уменьшилась. Назначения те же. 3—I. Вечером T° 38,9. Общее состояние плохое. 4—I. Утром T° 38,9; вечером T° 39,9. Отечность ложных голосовых связок и черпаловидных хрящей уменьшилась; начинают появляться покрасневшие истинные голосовые связки, плохо смыкающиеся при фонации; голос переходит из абсолютного шепота в шепот. Жалуются на боль и колотье в правом боку. Самочувствие больной плохое. Состояние тяжелое. Назначения те же.

¹⁾ Доложено в Рино-ларинго-отоларингической секции О-ва врачей при Каз. университете 7/III 1928 г.

5. I. Утром $^{\circ}$ 39,0, вечером 39,8 $^{\circ}$; отечность зева, ложных голосовых связок и черпаловидных хрящей стала значительно меньше. Видны слегка гиперэмированные истинные голосовые связки, хорошо смыкающиеся при фонации, голос нормальный. Продолжает жаловаться на сильный кашель и колотье в правом боку.

6—I. Утром $^{\circ}$ 38,7, вечером 38,6. Гиперемия и отечность зева, носоглотки, черпаловидных хрящей и ложных голосовых связок резко упали; истинные голосовые связки принимают нормальный вид и смыкаются хорошо при фонации; подвязочное пространство нормально. Обрисовывается ограниченный, припухлый, грушевидной формы, багрово-красного цвета надгортанник с тремя пузырьками желтой окраски на краю надгортанника: два маленьких пузырька в середине и один, сравнительно большой пузырек, на краю надгортанника справа. После двукратного смазывания 2% раствором кокаина с карболовой кислотой вскрывается пузырек, расположенный справа на надгортаннике. Из разреза выделялся гной. Назначения те же.

7. I. Утром $^{\circ}$ 37,7, вечером $^{\circ}$ 39,2. Боль в горле уменьшается. Краснота и припухлость зева, носоглотки, черпаловидных хрящей и голосовых связок почти прошла; припухлость надгортанника резко уменьшилась, колотье в боку и кашель уменьшаются.

8. I. Утром $^{\circ}$ 37,0, вечером $^{\circ}$ 36,0. Краснота в глотке и гортани прошла; надгортанник принимает нормальную окраску и форму и имеется подвижность его при фонации. Самочувствие больной улучшается, глотание безболезненно. Жалуются только на некоторую боль в правой половине груди. Все назначения, за исключением inf. gal. прес. отменены.

9. I. Утром $^{\circ}$ 36,0, вечером $^{\circ}$ 36,1. Самочувствие больной хорошее. Боль в глотке и гортани нет. Имеется только легкий кашель. 11. I. Выздоровление, выписывается.

На мазках из глотки, надгортанника и гортани—стрептококки.

На основании вышеуказанных данных ясно, что мы имеем перед собой острое инфекционное заболевание глотки и гортани. Заболевания глотки и гортани невоспалительного характера, которые бывают при болезнях сердца, почек, в результате приема лекарственных веществ, а также субмуккозный фарингит и ларингит, которые часто бывают после контузий, прижиганий, переломов гортанного скелета,—отпадают благодаря данным анамнеза и истории болезни. Таким образом могут быть только два предположения: перед нами или рожистое поражение, или глубокое флегмонозное воспаление глотки и гортани. Оба эти заболевания имеют очень много общего между собой и довольно трудно провести дифференциальный диагноз. Как флегмона, так и рожа глотки и гортани начинаются сильным ознобом, высокой температурой, лихорадкой, резкой дисфагией; как при том, так и другом заболевании голос становится глухим или исчезает совсем, гортань сама по себе и при дотрагивании до нее сильно болезненна. Все же можно провести дифференциальный диагноз между этими двумя заболеваниями. При роже гортани развивается очень быстро отек, могущий привести больного к асфиксии, при флегмоне же отек развивается медленно, и больной обыкновенно умирает раньше, чем отек примет угрожающие размеры. При роже краснота слизистой оболочки резко ограничена и края слизистой несколько возвышены в сравнении с нормальной слизистой; при флегмоне же краснота никогда не имеет резких возвышенных краев, бывает разлитой и постепенно переходит в нормальную окраску слизистой оболочки. При роже надгортанник напряжен, блестящ, красен и отечен, черпалонадгортанные складки и ложные голосовые связки отечны и красны; при флегмоне слизистая оболочка без блеска, тусклая, и отсутствует напряженность. Различие между флегмоной и рожой также имеется и в течении болезни. Главная опасность при роже—асфиксия, которая наступает очень быстро, вследствие быстро развивающегося отека голосовых связок (смертность при стенозах гортани достигает, судя по статистике, 83%); в случаях Потапова, Яхонтова и др. асфиксия так быстро наступила, что не успели сделать трахеотомию; при флегмоне же опасность состоит в миокардите или отеке легких. Рецидивы на слизистой оболочке, переход на кожу, распространение вглубь по дыхательному тракту (пневмония) и септицемия ухудшают прогноз.

Итак, вся клиническая картина нашего случая—быстрое начало с ознобом, резко ограниченной краснотой слизистой оболочки, сильная дисфагия, полное отсутствие голоса—скорее говорят за рожу, чем за флегмону глотки и гортани.

Что касается лечения рожи верхнего дыхательного тракта, то оно бывает симптоматическим и причинным. Обильное количество рекомендуемых методов ле-

чения уже доказывает, что ни один из них не оказывает существенного влияния на болезненный процесс. Симптоматическое лечение ограничивается назначением льда снаружи и внутрь, отвлекающих средств на кишечник и на кожу; для некоторых больных хорошее действие оказывают Присницевские компрессы снаружи и теплое питье внутрь. Также применяются пульверизации и ингаляции антисептических жидкостей. При усилении отека гортани необходима трахеотомия, почему трахеотомический набор должен быть в таких случаях всегда готов. Также рекомендуется 1⁰/₀ collargol'овые клизмы, клизмы из физиологического раствора и втирание ung. Crede. При появлении абсцессов, гнойных пузырьков требуется немедленное вскрытие их. При появлении осложнений, само собою понятно, приходится обратить на них особое внимание.

В тяжелых случаях рожки главная забота должна быть устремлена на то, чтобы соответствующим питанием и надлежащим уходом по возможности поддерживать силы организма. В 1895 г. Denys предложил для лечения рожки поливалентную сыворотку. Применяется также вакциноterapia. Обыкновенно считают, что индивидуальная вакцина хорошо действует на рожистый процесс, обрывая его. В нашем случае мы пользовались, благодаря благоприятному течению болезни, только симптоматическим лечением.
