

4) Экзематозные явления, отмеченные у ватерщиц мокрого цеха, являются результатом постоянного раздражения рук горячей или теплой водой.

5) Наличие фурункулеза объясняется внедрением инфекции через трещины и порезы.

Для предупреждения изменений кожи у льнопрядильщиц целесообразно изменить станки таким образом, чтобы они механически останавливались. Это уничтожит оmozололость и ранимость рук. Для улучшения санитарно-гигиенических условий следует снабдить цеха мылом, умывальниками и полотенцами, организовать душ, улучшить вентиляцию.

Работа здрав. и венпунктов должна быть углублена, следует уделить больше внимания общим санитарно-гигиеническим условиям производства и вести учет кожной заболеваемости с более точной диагностикой их. На венпункте вести учет таким образом, чтобы кожная заболеваемость по фабрике им. Ленина была специально выделена, кроме того, при осмотре больных, следует обратить особое внимание на изучение проф-дерматозов.

---

Из О. Р. Л. Клиники К. М. И.—директор проф. А. М. Пучковский.

## Остеомиелиты верхней челюсти<sup>1)</sup>

Ассистент клиники д-р И. С. Френкель.

Остеомиелиты преимущественно развиваются в длинных трубчатых костях, в коротких же и плоских костях наблюдаются редко. Особенно редко встречаются остеомиелиты верхней челюсти. Cadenati и Cola говорят, что остеомиелиты верхней челюсти в статистических таблицах занимают последний ряд. Trendel на 1279 случаев остеомиелита нашел только 4 случая остеомиелита верхней челюсти, т. е. 0,3%. Panzel отмечает 7 случаев остеомиелита верхней челюсти на 15 тысяч больных. Maуer до 1901 года собрал в литературе 10 случаев, Francois в 1914 году собрал 32 случая, а Terracol в 1926 году приводит в своей работе уже 50 случаев остеомиелита верхней челюсти.

В виду относительной редкости остеомиелитов верхней челюсти я позволю себе привести здесь наблюдавшиеся нами за последнее два года три случая.

*Случай 1.* Больной К., рабочий, 40 лет, явился в о.-р.-л. клинику с жалобами на беспокоившее его истечение гноя из левой щеки. Месяцев 6—7 тому назад заболел левый верхний первый моляр, а затем боль ощущалась во всех верхних зубах и сразу же опухла левая щека, а через день-два отекали веки. Глаз был закрыт. Самочувствие скверное. Температура все время была очень высокая—39°—40°. Применялось только тепло. Через несколько дней опухоль щеки немного уменьшилась и самочувствие улучшилось. Через 3 недели ему удалили несколько зубов. Опухоль щеки все же совсем не исчезла, а вскоре появилось сперва одно, а потом и второе отверстие на щеке, из которых выделяется все время гной. В момент прибытия в клинику у больного на левой щеке имеются две фистулы—одна под наружным углом левого глаза, а вторая несколько ниже в области скуловой дуги.

<sup>1)</sup> Доклад зачитан в заседании Киевской Ото-рино-ларингологической секции 23/II-1932.

В глубине фистул виднеются бледные грануляции и все время оттуда сочится гной. Ткань в окружности фистул довольно плотна; передняя стенка верхней челюсти кажется совершенно подвижной. При передней риноскопии справа имеется только увеличение раковин, слева же из под средней раковины вытекают гнойные массы. Зев и гортань в норме.

Во время операции, после разреза слизистой оболочки в области альвеолярного края верхней челюсти и после отодвигания мягких частей, обнаружилось, что передняя стенка верхней челюсти лежала свободно в мягких тканях. По удалении передней стенки в виде секвестра выделялась также почти вся скуловая кость. Рана осталась открытой. Через несколько дней выделение гноя из фистул постепенно стало уменьшаться. Самочувствие хорошее. Через 3 недели после операции больному ложечкой удалены грануляции из фистул, края освежены и отверстия защищены. Из носа выделений нет. Выписан совершенно здоровым.

*Случай 2.* Больной М., инженер, 25 лет, заболел внезапно 5/X-1931. Температура 39°, сразу появилась опухоль левой щеки, зубы как будто не болели, но было ощущение при надавливании, особенно во время жевания. Состояние было тяжелое. Из носа никаких выделений. Применял тепло и приблизительно к 12 дню под губой образовалось отверстие и сразу стало легче. Температура к этому времени уже понизилась почти до нормы. Из отверстия под губой несколько дней просачивалась какая то, по словам больного, жидкость, а затем выделение прекратилось. Чувствовал себя хорошо. Через 7 недель простудился и заметил, что левая щека постепенно припухает. Температура была в пределах до 38°. Опять знакомые ноющие боли в области зубов и появилось через 6—7 дней отверстие уже на лице, из которого просачивалась такая же жидкость в течение нескольких дней.

При поступлении в Одонтологическую клинику у данного больного при наружном осмотре обращают на себя внимание неодинаковые размеры глаз—правый больше левого. У внутреннего угла левого глаза имеется небольшая фистула, из которой выделяется немного серозной жидкости. Левая щека, по сравнению с правой, тверда, как будто все мягкие части лица стали плотны, как кость. Нос абсолютно в норме—никаких отклонений и никаких клинических указаний на заболевания придаточных полостей. Имеется кариес первого моляра слева и торчит корешок бокового резца. Рентген не дал никаких указаний на заболевание придаточных полостей, имелась только незначительная пристеночная киста в обоих Гайморовых полостях. Первый моляр слева и этот корешок удалены. После экстракции температура была нормальна. Самочувствие хорошее и больной, по его словам, стал опять работоспособным.

*Случай 3.* Студент Ш., 20 лет, которого долгое время беспокоили верхние зубы слева. После удаления 2 зубов—первого моляра и последнего премоляра—показался из луночек гной, как будто вытекавший из Гайморовой полости. Больной был направлен ко мне. При исследовании носа после кокаинизации показалось не много гноя изпод левой средней раковины. Зонд, введенный в луночку первого моляра, уходит далеко вверх на расстояние, не соответствующее высоте альвеолярного края; естественно, что зонд попадает в Гайморову полость. Справа только искривление носовой перегородки. Мягкие части левой щеки довольно плотны. Рентген показал резкое затемнение левой Гайморовой полости. Пробный прокол подтвердил наличие гноя в Гайморовой полости—часть жидкости во время промывания попала в рот, повидимому через отверстие в луночке. Диагноз был сперва: Гайморит. Операция типичная по Luc—Caldwell'ю. После разреза мягких тканей, при отделении их распатором, последний провалился в Гайморову полость. При тщательном осмотре оказалось, что передняя стенка верхней челюсти и часть альвеолярного края секвестрировались и держались на своем месте благодаря мягким тканям, по отделении которых секвестры эти провалились в Гайморову полость. Секвестры были удалены, ложкой вычищена также слизистая Гайморовой полости и сделано отверстие в нос. Рана на десне с трудом была защищена, так как не было подлежащей твердой опоры. Послеоперационное течение протекало совершенно гладко, без температуры. Рана на десне заживала дольше обычного. Я наблюдал больного довольно долго—в течение 7 месяцев. Выделений из носа не было, но все же остался ход в Гайморову полость со стороны десны, правда, небольшой—туда свободно входит только пугочатый зонд. Здесь, как и в первом случае, мы имели комбинацию остеомиелита и гайморита, который явился, вероятно, как осложнение остеомиелита.

Наши 3 случая относятся к взрослым больным, но, главным образом, остеомиелиты верхней челюсти, как и вообще острые остеомиелиты, поражают детей грудного возраста и первых лет жизни. Delucq наблюдал остеомиелит верхней челюсти у ребенка 13 дней. Возможно, что остеомиелит у грудных детей и в первые годы жизни бывает чаще, но остается нераспознанным, так как описывается как гайморит. Но достаточно вспомнить анатомию верхне-челюстной пазухи у детей и тогда будет ясно, что в раннем возрасте чаще бывают остеомиелиты, чем гаймориты. Хотя некоторыми авторами оспаривается наличие *sinus maxillaris* в момент рождения (Lamin и др.), все же большинство исследователей могли констатировать присутствие маленькой полости у новорожденных.

В конце 2 или в первые дни 3 месяца утробной жизни на уровне будущего среднего носового хода отделяется от слизистой латеральный отросток, а хрящевая калкула, окружающая средний ход, отступает перед разрастанием эпителия; здесь образуются *processus uncinatus* и получается щель, которая представляет собою зачаток верхнечелюстной полости. Щель эта превращается в ход, а ход в мешочек и к 7 месяцу внутриутробной жизни, а по некоторым к 6 месяцу, хрящ обизвещается и примитивный дивертикул превращается в маленькую полость длиной от 5 до 7 мм., а в диаметре 2 мм. (Della Kedowa). У новорожденных полость эта очень мала и по Terraso! она наполнена слизью и тонет в массе спонгиозной кости. Длина ее от 10 до 11 мм. и можно даже различить три стенки: носовую, глазичную и очень важную нижнюю.

Узкий проход длиной в 4 мм. и шириной в 1 мм. соединяет эту крошечную щель со средним ходом. Таким образом синус у новорожденных очень мал.

По Свержевскому вопрос о времени и условиях развития Гайморовой полости недостаточно выяснен. Но Свержевский, на основании своих данных говорит, что у детей до 7 лет Гайморова полость обычно обнаруживается в форме узкой щели. Все же исключения возможны, т. е. что в раннем возрасте имеются уже развитые полости и некоторыми отмечаются заболевания уже в раннем детстве. Так, Свержевский приводит случай Foster'a, где у ребенка  $3\frac{1}{2}$  недель от роду на вскрытии найдена была двусторонняя эмпиэма Гайморовых полостей. Сам Свержевский при вскрытии ребенка 6 лет, скончавшегося от скарлатины, нашел гной в правой Гайморовой полости. Watson считает, что Гайморова полость вполне развивается к 3 годам и поэтому говорит, что до 3 лет гаймориты—явление довольно редкое. Cadenot и Cola указывают, что до 6-летнего возраста у детей бывают преимущественно остеомиелиты, а после 6 лет остеомиелиты уступают место воспалениям Гайморовой полости.

Остеомиелиты верхней челюсти могут быть острыми и хроническими. Demme делит их еще на 2 формы: *osteomyelitis circumscripta* и *osteomyelitis diffusa*. Возбудителями могут быть всякие гноеродные микроорганизмы.

Инфекция может попасть гематогенным путем или *per continuitatem*. Бывают случаи, когда никак не удастся установить причины заболевания; так Tesag описал два случая остеомиелита у грудных детей (6 недель и 7 месяцев) идиопатического происхождения; автор говорит, что можно с уверенностью в данных случаях исключить всякую иную этиологию. Herzog и Weil наблюдали случаи остеомиелитов верхней челюсти при совершенно здоровых зубах, т. е. вероятно здесь инфекция была гематогенная. Fischer указывает в одном своем случае на карбункул затылка, как на входные ворота для инфекции. Delucq у грудных детей считает, что остеомиелит мог развиваться в результате инфицированной пуповины. Очень важным моментом для развития гематогенного остеомиелита является травма. Terraso! считает, что роды, а особенно тяжелые, когда применялись акушерские мероприятия, могут быть причиной гематогенного

остеомиелита. На травму во время родов, как на этиологический момент, указывает также Uffenorde. В подтверждение Terrasol приводит классический случай Arcy Power, когда ребенка взяли щипцами и придавили правую сторону лица и вскоре развился остеомиелит правой верхней челюсти. Baranger описывает случай острого тяжелого остеомиелита верхней челюсти у ребенка 5 лет; за два месяца до заболевания теленок ударил этого ребенка в левую щеку. Laurian для описываемого своего случая остеомиелита не мог найти другой причины, кроме травмы. Предрасположение детей к остеомиелитам верхней челюсти гематогенного происхождения Perthes объясняет усиленным ростом зубов, как этим объясняют вообще преимущественное заболевание остеомиелитом в период усиленного роста костей. Остеомиелиты верхней челюсти гематогенного происхождения бывают, особенно у детей, еще в результате инфекционных болезней—это будет, по Lexer'y, вторичный гнойный остеомиелит. Эти случаи, как и вообще остеомиелиты верхней челюсти, являются редкими и поэтому служат еще материалом для казуистических описаний. Layton, например, описывает, как редкую комбинацию, скарлатину и остеомиелит верхней челюсти у ребенка 4 лет. Perthes собрал в литературе всего 16 случаев остеомиелита после скарлатины и 11 после кори. При других инфекционных болезнях описаны единичные случаи присоединения остеомиелита верхней челюсти. Salter указывает, что при инфекционных болезнях естественно было бы, если бы одновременно заболели обе верхние челюсти. Partsch считает возможным при скарлатине и кори проникновение инфекции непосредственно со стороны рта. Perthes оспаривает это предположение и в подтверждение своих воззрений он указывает на случаи одновременного остеомиелитического процесса в различных, независимых друг от друга, частях челюсти амболического происхождения и на еще более яркий пример одновременного с верхней челюстью типичного остеомиелита какой-нибудь трубчатой кости. Такие случаи одновременного процесса в верхней челюсти и в трубчатых костях описаны Kocher'ом, Metnitz'ом, Schlatter'ом и другими. Все же, вероятно, нельзя исключить возможность перехода инфекции со стороны рта—ведь при инфекционных болезнях бывают стоматиты и довольно тяжелые.

Помимо гематогенной, не менее важна инфекция *per continuitatem*. Terrasol говорит, что как только околоплодный пузырь разорвался, ребенок уже подвержен инфекции. Balters указывает, что инфекция может произойти при долго длящихся родах, от неопытности акушерки, от грязного соска, от игрушек. Terrasol приводит случаи, когда во время родов было ягодичное предлежание и акушер вынужден был применить способ Mauriceau—в результате вскоре появился остеомиелит верхней челюсти. Rees описывает два случая остеомиелита верхней челюсти у грудных детей, которые во время родов шли лицом. Инфекция в грудном возрасте может зависеть от инфицированного молока, от матери, если она больна флебитом (случай Lemaître), фурункулезом (случай Betremès) или маститом (случай Collet).

В более зрелом возрасте играют роль кариозные зубы, гангрена пульпы даже без кариеса зубов, экстракция зубов, заболевания десен, переломы челюсти. Может ли инфекция попасть со стороны носа—вопрос спорный. Hoffmann отрицает носовое происхождение и базируется для этого

на патологии верхне-челюстной полости, а именно, что верхнечелюстной синусит никогда не прорывается наружу, разве только в исключительных случаях казеозного синусита. Sébilleau указывает, что причина каждого синусита верхней челюсти только зубная; зуб, по Sébilleau, может вызвать эмпиему верхне-челюстной полости и нарывы щеки или неба. Terrasol же говорит, что совершенно отбросить возможность попадания инфекции со стороны носа нельзя; он же говорит, что хотя верхнечелюстная полость дренируется очень скверно, так как сообщается с носовой полостью через небольшое и высоко-расположенное отверстие, все же инфекция такой большой полости никогда не вызывает остеоита. Blohmke придает, на основании своих 4 случаев остеомиелита, преимущественное значение носовой инфекции. Betremès описал остеомиелит у 2-недельного ребенка в результате сильного насморка. Blair и Brown считают возможной носовую инфекцию для остеомиелитов верхней челюсти. v. Gilse указывает, что у грудных детей верхне-челюстная полость настолько мала и возможность выхода в нос настолько велика, что инфекция кости отсюда как-будто не должна происходить; но он указывает на существующую связь между кровеносными сосудами полости и зубными зародышами некоторых зубов, особенно клыка и моляров, чем можно объяснить преимущественное заболевание этих зубов. Таким образом, он тоже склонен признать инфекцию со стороны носа. Weil и Gardère указывают, что нос редко, но все же может служить источником инфекции для возникновения остеомиелитов верхней челюсти. По Свержевскому расстояние между нижней стенкой Гайморовой полости и верхушками зубов чрезвычайно разнообразно и зависит от толщины альвеолярного отростка и от положения зубов; бывают довольно часто случаи, когда корни зубов, особенно 2-х премоляров и больших коренных, отделяются от дна Гайморовой полости только чрезвычайно тонкой пластинкой, иногда же корни эти свободно проникают в полость, как это в 3-х случаях установил Свержевский. В таких случаях зубы эти покрыты только слизистой оболочкой Гайморовой полости. И вот для таких случаев, мне кажется, вполне можно допустить инфекцию со стороны носа, особенно при большой вирулентности гноя при гайморите. Далее известно, что остеомиелиты верхней челюсти осложняются иногда гайморитами—тут субпериостальный абсцесс перешел в Гайморову полость и таким же образом можно представить, что гайморит может перейти в субпериостальный абсцесс, а отсюда в кость. Правда, здесь могут быть возражения, что субпериостальный абсцесс не дренируется и поэтому может прорваться в Гайморову полость, а гайморит имеет выходное отверстие и потому, как-будто, гною незачем идти под периост, но ведь выходное отверстие может быть закупорено хотя бы утолщением слизистой, которая у детей в Гайморовой полости вообще толста, или полипом. У детей, кроме того, по Peret'u ostium accessorium отсутствует, что, естественно, еще больше может затруднить дренаж. Помимо этого, ведь могут быть дегисценции в стенках Гайморовой полости, которые могут помочь инфекции проникнуть в кость. Если мы вспомним еще о существовании носо-небного канала (can. naso-palat. Scarpae), то, думаю, станет ясной возможность проникновения инфекции со стороны носа.

Далее, в литературе можно встретить описание случаев остеомиелитов верхней челюсти после экстракции зубов. Partsch думает, что в таких

случаях уже имелась, вероятно, инфекция в крови и экстракция сыграла роль травмы. Perthes указывает все же на случаи, когда остеомиелит появился после экстракции у пациентов, до того совершенно здоровых. Здесь интересно привести данные Bernardo Rossia, который делал посевы крови, полученной из локтевой вены до и после экстракции при диффузной альвеолярной пиоррее, при раке, флегмонах, и в 4% случаев он нашел после экстракции бактериемию. Perthes считает, что часть заражений происходит из-за не стерильных инструментов, так как и до сих пор некоторые врачи, по его словам, не кипятят щипцов. Затем, входными воротами для инфекции по продолжению могут быть еще переломы челюстей и огнестрельные раны. Еще могут развиваться остеомиелиты верхней челюсти в результате тяжелых стоматитов, цинги и номы. Наконец, надо упомянуть еще прорезывание зубов мудрости, которое тоже может вести к остеомиелиту.

В конце концов точно ограничить инфекцию по продолжению от инфекции гематогенной довольно трудно, так как инфекция и в первом случае распространяется обычно вдоль поверхности сосудов и проходит через отверстия и костные каналы, пробуровленные сосудами.

Каков бы ни был способ попадания инфекции в костный мозг верхней челюсти, симптомы одни—симптомы, характерные вообще для остеомиелитов—потрясающий озноб, очень высокая температура, тяжелое общее состояние. Ребенок кричит и отказывается от груди, иногда рвота, конвульсии, нарушается пищеварение; опухают соответствующая половина лица и веки, глаз закрыт. Кожа очень чувствительна при дотрагивании, иногда потеря сознания. У взрослых появляется сперва ограниченная опухоль в виде незначительного вздутия кости; по Сверхжевскому неровность альвеол обыкновенно сглажена. *Inga alveolaria* более не прощупывается, соответственная часть челюсти чувствительна к давлению, определенной локализации болей нет; здоровые зубы, находящиеся по соседству с больным зубом, шатаются. Больной проводит бессонные ночи. Если не приняты соответствующие терапевтические мероприятия, то наступает следующий период—нагноение. Периост начинает сильно распухать, окружающие мягкие части отекают настолько, что совершенно закрывают глаз.

В костном мозгу происходят изменения, соответственное вообще остеомиелитам. При остеомиелитах верхней челюсти фистулы большей частью бывают у внутреннего угла глаза, на твердом небе, на десне. Гной может проложить себе путь также в Гайморову полость. Verger наблюдал типичный случай остеомиелита верхней челюсти у новорожденного с фистулой в нос. Faulkner описывает случай остеомиелита у ребенка 9 месяцев с фистулой у внутреннего угла глаза: во время операции удалена в виде секвестра вся верхняя челюсть. Segall приводит случай остеомиелита с некрозом носовой стенки верхней челюсти и полной секвестрацией нижней раковины.

Бывают все же случаи, протекающие без высокой температуры—это большей частью, по Лукомскому, септические остеомиелиты у весьма ослабленных субъектов; прогноз в данном случае, конечно, плохой.

Рентгенодиагностика в начальной стадии совершенно не помогает; только при образовании уже секвестров может несколько помочь при условии особого положения головы.

Верхняя челюсть соприкасается с весьма важными отделами организма и поэтому естественно, что заболевание этой кости, да еще такое серьезное, как остеомиелит, может вызвать осложнения, подчас довольно тяжелые. Так Blohmke описал менингит, абсцесс мозга, флегмону орбиты. Как на частое осложнение, можно указать на переход воспалительного процесса на Гайморову полость; особенно это бывает, если процесс захватил переднюю стенку верхней челюсти. Лукомский описывает случай разрушения носовой перегородки в результате подострого остеомиелита, распространившегося *per continuitatem* после удаления центрального резца. В течение нескольких недель было истечение гноя из луночки удаленного резца и к концу 3-ей недели, после экстракции, больная заметила оседание хрящевой части спинки носа. Еще более интересный случай абсцесса носовой перегородки, развившегося у больной с тяжелым остеомиелитом верхней челюсти, приводит Шапиро. Характерно, что, несмотря на свободный сток для гноя через сделанное отверстие, самочувствие не улучшалось и количество гноя не уменьшалось, что заставляло искать причину вне носовой перегородки—в инфекции со стороны альвеолярного отростка. Во время операции корня зуба свободно проходил из операционной раны в альвеолярном отростке в носовую полость возле перегородки. Ясно, что инфекция с альвеолярного отростка проникла через тонкую костную стенку или по *can. naso-palatini* в носовую полость. Некоторые авторы описывают распространение воспаления на слезно—носовый ход (Balters, Brown-Kelly). Лукомский приводит случай флегмоны шеи и средостения, самостоятельно вскрывшейся в пищевод с полным выздоровлением. Faulkner описал случай остеомиелита верхней челюсти у ребенка 19 месяцев, осложнившегося абсцессом легких и абсцессом поясничной области. Из всего этого явствует, что остеомиелит верхней челюсти—заболевание серьезное и требует к себе очень внимательного отношения, особенно у детей. Terrasol говорит, что как только у ребенка поставлен диагноз,—необходима трепанация кости, хотя меняют анатомические условия—малая полость, близость орбиты и, что особенно важно, возможность повредить зубные зачатки. Verger советует ждать, что он и сделал в своем случае. Он говорит, что при выскабливании фистулы приходится иногда пожертвовать многими зубными зачатками. Blair и Brown советуют у детей ждать, пока не наступит демаркация и не выделятся секвестры, а затем уже—широкое вскрытие места инфекции и применение снаружи тепла; таким образом может быть удастся сохранить зубы.

Watson предупреждает, чтобы у детей не выскабливать слизистую, так как можно повредить зубные зачатки. Таким образом все сходится на одном, что у детей надо особенно щадить зубные зачатки. Halphen описывает случай тяжелого остеомиелита у ребенка; все зубы от резца до последнего плеомолара шатались; при операции, которую пришлось сделать дважды, удалили большой секвестр и часть зубов; через некоторое время зубные зачатки сами вышли в виде зернышек риса—все зубы выпали. Rouget описывает три случая остеомиелитов у детей, при чем зубные зачатки тоже сами выпали. В одном случае Vougeois во время операции шадил зачатки; гноетечение после операции не прекращалось, пока не были удалены зачатки—здесь, повидимому,



зубные зародыши играли роль секвестров и поддерживали гноетечение. В приведенных нескольких случаях оператор был бессилён что-либо сделать для сохранения зародышей зубов. У взрослых при остром остеомиелите верхней челюсти надо поступать согласно общепринятым хирургическим методам. В общей хирургии сейчас в моде с хорошими результатами безтампонное лечение остеомиелитических ран по способу Schede-Bier'a, т. е. подобно тому, как поступают в брюшной хирургии—рану зашивают наглухо.

В случае, если несмотря на своевременное хирургическое вмешательство, температура не падает и состояние все же тяжелое, в последнее время применяют переливание иммунизированной крови по Wright'y, о чем сообщил Дервисье. Метод этот рассчитан на создание временного пассивного иммунитета. Puig советует, после удаления виновных зубов и секвестров, применить вакцинотерапию, которая дала ему великолепные результаты. Наконец, применяется еще рентгенотерапия.

---

Из Госпитальной хирургической клиники Каз. гос. мед. ин-та  
(Директор профессор В. Л. Боголюбов).

## К клинике поддиафрагмальных нарывов.

Ординатор А. А. Полянцев.

Хотя к настоящему времени имеется значительное количество работ, посвященных вопросу о поддиафрагмальных нарывах, однако далеко не все стороны данного заболевания могут считаться еще вполне изученными.

Патогенез поддиафрагмальных нагноений, обычно возникающих вторично при наличии первичного фокуса в каком-либо из органов живота, имеет непосредственное отношение к весьма важному, в теоретическом и практическом отношениях, вопросу, о распространении инфекции в органах брюшной полости. Сложная симптомология данного заболевания, определяющая трудность диагностики, затрудняет в отдельных случаях своевременную хирургическую терапию. Указанные обстоятельства обуславливают необходимость накопления клинического опыта и оправдывают до сих пор опубликование относящихся сюда наблюдений, на что было указано Савковым на XVII съезде российских хирургов.

В Г. Х. к-ке Каз. мед. ин-та за последние годы было 6 случаев поддиафрагмальных нарывов, краткие истории болезни которых мы здесь приводим.

*Случай 1.* Б-ой Г-ов, 25 л., кр-н, русский, поступил в к-ку 4/XII 30 г. с жалобами на затруднение дыхания, на боли в левом подреберьи и подложечной области. В 1921 г.—брюшной тиф. В течение полугода страдает болями в подложечной области, изжогой и рвотой, которые наступают обычно после еды. Заболел внезапно 2 нед. тому назад, t—39,6°, пульс 112. Язык обложен. Дыхание учащенное, поверхностное. Перкуторно: притупление звука по l. axillag. ant. s. от 6 ребра