

# Патогенез, профилактика и терапия острых тонзиллитов.

И. М. Потапова (Тамбов).

Между отдельными областями различных медицинских дисциплин существуют пограничные зоны, одинаково включающие в себя признаки заболеваний, относящихся к двум или нескольким специальностям. В числе таковых, пожалуй, на первом месте можно поставить зону, охватывающую полость рта и зева. Состоянием последнего интересуются почти все специалисты, отмечая те или иные особенности, наблюдающиеся здесь как со стороны видимых изменений тканей, так и в отношении чувствительности, рефлексов и пр. Оказавшиеся при осмотре врожденные недостатки или хронические страдания обыкновенно направляются к специалисту-ларингологу, острые же заболевания зева становятся достоянием и педиатра, и интерниста, и хирурга, и других специалистов, причем у каждого оказываются свои подходы и приемы в отношении методов распознавания, профилактических мер и терапии. Современное положение вопроса о патогенезе острых заболеваний зева, в связи с богатым клиническим опытом, позволяет, однако, говорить об единообразном рациональном отношении к этого рода страданиям.

Центром острых заболеваний данной области обыкновенно являются боковые, или т. наз. нёбные миндалики, почему название „angina“ (стеснение) или равнозначущее русское „жаба“ (от слова жать, сжимать) вытесняется более точным наименованием „tonsillitis“ или „amygdalitis“; точно также и прилагательные к существительному „жаба“ или „ангина“ как-то: „лакунарная“, „фолликулярная“ и пр.,—ясно относятся к аденоидной ткани, к миндалкам нёбным (1-му и 2-му), или глоточному (3-му). Некоторым острым процессам в зеве, однако, более присущи названия ангины или жабы, т. к. здесь на первый план выступает картина сужения зева, вследствие утолщения или отека дужек и мягкого неба, как то бывает при флегмоне, роже, скарлатине и т. д.

Если следить за различными стадиями и формами острого воспаления миндалин, то можно разделить их на три главные группы: 1) поверхностные воспалительные процессы без потери вещества, или т. наз. катарральные тонзиллиты; 2) острые процессы с потерей вещества, с образованием более или менее поверхностных пленок или налетов и с возможным последующим некрозом ткани; 3) воспаления, быстро и глубоко распространяющиеся с образованием абсцесса.

Рассматривая каждую группу в отдельности, можно заметить, что первая форма часто представляет собою не самостоятельную болезнь, а лишь местное проявление общей реакции организма на инфекцию, причем, чем сильнее эта реакция, т. е. чем вирулентнее возбудитель, тем

более тяжелая картина представляется глазу исследующего: наблюдается, при равных условиях сопротивления со стороны организма, более интенсивная гиперемия, часто своеобразной окраски, к ней присоединяется отек дужек, uvulae, боковых тяжей глотки и т. д. В других случаях причиной острого тонзиллита является рефлекторное раздражение, обычно наблюдаемое одновременно с появлением рефлекторного насморка, чему весьма подвержены субъекты с нервно-артритической конституцией. Наконец, местные влияния: механические (грубая пища), химические (пища, содержащая кислоты, излишки соли с селитрой, пряности) и термические (поверхностный ожог или охлаждение зева воздухом, питьем и пищей) могут также вызвать местную реакцию зева на раздражение в виде ограниченной гиперемии, при несколько болезненном глотании. Таким образом, начиная от легких простудных форм, в понятие острой катаральной ангины, или тонзиллита, войдут и такие тяжелые случаи, как ангина скарлатинозная, коревая, гриппозная и пр.

Необходимо иметь в виду, что при физиологических условиях в зеве, на поверхности миндалин и особенно в криптах, имеется богатая бактериальная флора, а фолликулы тонзилл через нежные лимфогенно-эпителиальные участки находятся в интимном контакте с содержимым зева. Продукты жизнедеятельности флоры зева, находящиеся под влиянием окружающей среды и условий повышенного давления в моменты акта глотания, продукты распада, подвергающиеся большему или меньшему высыханию, охлаждению или нагреванию, в зависимости от состояния носового дыхания, продукты взаимоотношений между бактериальной флорой и лимфоцитами,—все это в той или иной степени всасывается в подэпителиальный слой и уносится лимфой на физиологические фильтры региональных желез (Талалаев и Зак). Значение этого весьма важного физиологического акта высоко ставит роль миндалин, как равно и других конгломератов периферических солитарных фолликулов, вроде пейеровых бляшек, фолликулов аппендикса, вагины и др., в деле выработки местного и общего иммунитета по отношению к обычным и необычным контагиям, почему здоровая аденоидная ткань и ее покровы требуют весьма бережного к себе отношения, как при условиях полного здоровья, так и особенно в моменты общей реакции организма, когда требование на ответственную работу миндалин и других периферических фолликулов повышается. Вот почему при лечении острых катаральных тонзиллитов более, чем где-либо, применим принцип „Ne potestas“,—не вредить им в их работе.

Нежный эпителий, покрывающий миндалики, становится еще более нежным, спускаясь вглубь лакун, на дне которых при воспалении он легко разрыхляется, пропуская лимфоциты и лейкоциты (Grossmann и Waldapfel, почему в ближайших участках миндалинковой паренхимы легко могут образовываться очаги размягчения, а лакуны—наполняться экссудатом, состоящим главным образом из полинуклеарных лейкоцитов, лимфоцитов и плазматических клеток. Достигнув поверхности лакун, такой экссудат может имитировать пробку (Рутенбург). Однако чаще случается, что острый поверхностный катаральный процесс тем легче проникает в глубину крипт, чем в менее благоприятных условиях находятся последние, т. е. чем более расширены они существовавшими ранее пробками, другими словами—острую лакунарную ангину в боль-

шинстве случаев следует рассматривать, как обострение хронической лакунарной ангины, причем здесь разница с обыкновенной катарральной ангиной лишь в качестве подготовленной почвы. Другую качественную разницу можно бывает заметить, если острому воспалению предшествует хронический гипертрофический тонзиллит с резко выраженной гиперплазией аденоидной ткани, но без пробок в лакунах: тут мы не найдем лакунарных явлений, и вся разница между этой формой и обыкновенным катарральным тонзиллитом выразится лишь в том, что объем миндалик будет больше обычного.

Но в интенсивности поверхностного воспаления может быть и количественная разница, когда реагирует не только эпителий, но и часть подлежащих фолликулов. Исходя из вышеуказанного состояния миндаликковой ткани при физиологических условиях и взгляда Rössle, что фолликулярный аппарат есть физиологическая система организованного воспаления, а светлые центры фолликулов—реактивные центры, мы легко поймем ту форму тонзиллита, которая обыкновенно носит название „фолликулярной ангины“, с многочисленными белыми точками в центре фолликулов, и которая в сущности не представляет собой определенной болезни, а лишь общую или местную реакцию организма; так, мы встречаем ее непосредственно после некоторых операций в носу, при остром профузном насморке (панрините), после термического раздражения зева, иногда в начале общего тяжелого заболевания, напр., скарлатины. Поэтому при наличии фолликулярного тонзиллита важно добраться до причины,—местная она, или общая,—и сообразно с этим принять соответствующие меры, отнюдь не устремляя энергичного лечения на естественную реакцию организма.

Дифференциальная диагностика катарральных тонзиллитов, как видно из вышеизложенного, сводится, таким образом, во всех случаях к выяснению того, является-ли заболевание местным или общим, и в последнем случае к определению этиологии. Диагноз: *angina* или *tonsillitis catarrhalis acuta* ровно ничего не говорит; если мы хотим сказать, что заболевание—местное, поверхностное, без видимой реакции фолликулов или потери ткани, мы назовем его *angina* или *tonsillitis simplex*; если при тех же условиях мы видим, что крипты наполнены и расширены экссудатом,—это будет *angina* или *tonsillitis lacunaris*; если из-под эпителия видны белые или светлые точки в центре фолликулов, мы будем иметь перед собою *angina* или *tonsillitis follicularis*. Ангины, сопровождающиеся общей реакцией организма в виде высокой температуры и соответствующего самочувствия, распознаются по сопутствующим признакам; так, при скарлатине мы имеем особенную, малиновую окраску зева и языка, при кори—характерные точки на внутренней поверхности щек, при гриппе—насморк и общие явления острого катарра верхних дыхательных путей и т. д. Возможно, что некоторые возбудители общей инфекции, как, напр., возбудители кори или скарлатины, проникают в организм именно через миндалики, почему некоторыми авторами скарлатина и считается за *angina sui generis*; однако, из того, что при ней почти всегда наблюдается специфическая форма тонзиллита, такого заключения еще сделать нельзя: при той же скарлатине в громадном большинстве случаев имеется и воспаление среднего уха, но из этого еще не следует, что скарлатина есть *otitis media sui generis*. Клиническим

наблюдением и отчасти экспериментально доказано, что многие формы лакунарной ангины, где при обострении вирулентные микробы достигают глубины лакун и входят в непосредственный контакт с паренхимой миндалин, могут вести к глубоким отравлениям организма, выражающимся в заболеваниях лимфатических желез, кожи, сердца, суставов, почек (Потанов); эти т. наз. пара-и метатонзиллярные (Эйгес и Штейнман) заболевания имеют большое значение в отношении как правильной диагностики, так и рациональной терапии, ибо с устранением (путем выжигания лакун) очага заболевания указанные явления исчезают.

Что касается флоры, то при tonsillitis simplex наичаще встречается катаральный микрококк, при tonsillitis lacunaris—обыкновенно стрептококк, часто вместе со стафилококком, реже чистый стафилококк (Романовский). При гриппе далеко не всегда виновником катаральных тонзиллитов бывает *bac. Pfeifferi*. Относительно же возбудителей многих острых экзантем ничего неизвестно.

Несомненно, что в интенсивности воспаления, кроме вирулентности возбудителя, играет роль и конституция организма, главным же образом последняя имеет значение в смысле восприимчивости,—глубоким заболеваниям более подвержены лица астенической конституции, с удлинненными петлями капилляров (Маслов), метатонзиллярными артритам чаще страдают нервно-артритики и т. д. Вообще дальнейшие успехи капилляроскопии (Нестеров) обещают пролить более яркий свет на степень восприимчивости к этим заболеваниям отдельных организмов.

Относительно общей профилактики сведения общеизвестны. В частных же случаях, где в качестве этиологического момента выступает простуда в виде холодной пищи или питья, следует отметить, что наиболее вредными оказываются холодное молоко и холодное пиво; возможно, что под влиянием низкой температуры ткани миндалика сжимаются, расширяя этим просвет крипт, а указанные напитки под давлением глотка могут заполнить эти просветы веществами, пригодными в качестве питательной среды для колоний микроорганизмов.

Эксперименты показывают, что при длительном пребывании на поверхности миндалин некоторые микроорганизмы способны пропитывать их эпителиальный слой; поэтому, при известных неблагоприятных условиях, размножение микробов может клинически выражаться в появлении на миндаликах налетов с последующим некрозом эпителия. В острых процессах наичаще приходится встречаться с бациллами дифтерийными, ложнодифтерийными и спирохэтой Vincent'a в симбиозе с *b. fusiformis*; кроме того, иногда виновником налетов оказывается стрептококк и в более редких случаях—стафилококк; размножению последнего, повидимому, должно предшествовать травматическое нарушение целостности эпителия. Налеты, производимые различными возбудителями, иногда кажутся схожими между собою, и тогда для дифференциальной диагностики необходимо бактериологическое исследование мазка; в громадном же большинстве случаев характер налетов является настолько определенным, что допускает немедленный клинический диагноз. Наиболее ясна картина при ложнодифтерийной жабе: здесь мы имеем на обеих боковых миндаликах по одному большому, закругленному, желтоватому, довольно толстому налету, причем оба эти налета совершенно симметричны по очертаниям между собою, т. е., если мы мысленно сблизим

одну миндалину с другой, то контуры обоих налетов геометрически совпадают. Общее хорошее самочувствие, несмотря на высокую температуру ( $39^{\circ}$ — $40^{\circ}$ ), подтверждает диагноз. Болезнь заканчивается обычно на третий день, критическим падением температуры и полным выздоровлением. Очень часто употребляемые при этом, особенно в сельских участках, вливания противодифтерийной сыворотки совершенно бесцельны, хотя обычно и не оттягивают момента выздоровления. Другое дело при истинной дифтерии: здесь налеты множественны, сероваты, более мелкие, неправильной квадратной или многоугольной формы, совершенно не симметричны, причем с одной стороны, большею частью с левой, их больше; обыкновенно распространение их не ограничивается миндалинами, а простирается глубже: если они переходят в задний отдел носа, то опухают подчелюстные носовые железы;  $t^{\circ}$  равняется обычно  $39^{\circ}$ , общее состояние угнетенное. Некоторое сходство с картиной дифтерии представляет собою *angina Vincent'a*, но начинается она не так бурно, с инкубацией в течение 7 дней (Цытович), требует наличия задних kariозных зубов, откуда обычно и начинается, почему у беззубых детей и стариков не наблюдается; налеты, со своеобразным запахом, располагаются больше справа, по форме—не квадратные, а скорее овальные, в более поздних стадиях принимающие полулунную форму; лимфатические железы опухают; самочувствие бывает нарушено при нормальной или субфебрильной  $t^{\circ}$ . Диагноз подтверждается нахождением спирохеты *Vincent'a* и *bac. fusiformis*. Что касается стрептококково-стафилококковых налетов, то таковые в резко выраженной форме наблюдаются в отчаянных случаях конечных форм скарлатины и септических исходов других острозаразных заболеваний; характеризуются они многочисленными желтоватыми налетами, заполняющими весь зев и глотку, при явлениях общего сепсиса.

В качестве особого острого заболевания зева выделяется т. наз. флегмонозная жаба, которая наблюдается или как первичное заболевание, или как часто повторяющаяся, привычная ангина, или же представляет собою исход в нагноение любой формы острой ангины при определенных неблагоприятных условиях. Сущность болезни сводится при ней к образованию закапсульного гнояника, располагающегося в  $50\%$ —с обеих сторон, в  $75\%$ —слева и в  $20\%$ —справа. Гнойник в большинстве случаев самопроизвольно вскрывается через одну из лакун миндалика, или в геометрическом центре передней дужки (последнее место считается классическим для вскрытия такого рода абсцессов). Скопление гноя за капсулой при первичной острой форме, повидимому, обусловливается врожденной или приобретенной излишней шириной и глубиной верхней лакуны миндалика, благодаря чему заразное начало может более удобно проникать и более долго задерживаться в соприкосновении с нежным эпителием миндалика, особенно нежным на дне лакуны, где почти не имеется преград для распространения патогенного микроба вглубь. Помимо этого условия, несомненное значение имеют здесь конституциональные данные организма, такие факторы, как ранее перенесенная малярия, а равно неосторожное лечение острых простых, лакунарных и фолликулярных ангин. Возникший раз абсцесс, вскрывшись через лакуну, чаще верхнюю, образует как бы колбу с направленным кверху горлышком и легко в таких анатомиче-

ских условиях сохраняет склонность к рецидивам, благодаря чему определенная сторона, обычно левая, заболевает 2—4—6 раз в год под влиянием общей простуды или местного охлаждения зева холодной пищей и питьем. Гной содержит чаще стрептококков, иногда стафилококков, иногда тех и других вместе; присутствие стрептококков обыкновенно указывает на повышение их вирулентности в связи с хронической малярией (Потапов); нахождение стафилококков, особенно белого, свидетельствует об общем понижении иммунитета. Резко выраженные формы флегмонозной ангины можно диагностировать уже на расстоянии: характерная носовая речь типа *rhinolalia clausa* при едва открываемом рте, причем каждая гласная звучит как „ы“, резкое болезненное увеличение угловой лимфатической железы одной стороны, флегмонозная гиперемия и отек той же стороны зева, при высокой  $t^0$  и невозможности глотать, — вот обычная картина болезни на 2-й—4-й день заболевания, когда больные чаще обращаются за помощью. Рецидивы ангины иногда (но далеко не всегда) бывают менее тяжелыми, и заболевший не имеет тогда вида тяжело больного. При нормальных условиях ровно на 8-й день абсцесс самопроизвольно вскрывается, и болезненные явления тотчас исчезают.

Из вышеизложенного вытекает, что для борьбы с острым тонзиллитом должна иметь преимущественное значение профилактика. Кроме того и самое лечение их должно быть профилактическим по отношению к возможности рецидивов или переходов воспалительных процессов в хронические, как местные, так и метатонзиллярные. Таким образом, как и вообще в области верхних дыхательных путей, профилактика должна распадаться на два главных отдела: 1) профилактику гигиеническую, бытовую, т. е. те меры, которые необходимо принимать в домашнем обиходе с целью предупреждения острых тонзиллитов, и 2) профилактику лечебную, т. е. те меры, которые имеют характер лечебных процедур с целью предупреждения повторений заболевания и препятствий к его переходу в хроническое состояние. Что касается профилактики общественной или социальной, а также профессиональной, т. е. мер, которые с этой целью должно регламентировать общество или государство, то вопрос этот настолько обширен, что затрагивать его в рамках настоящей статьи не приходится; однако некоторые пункты этой проблемы, как и обычно, намечаются из рассмотрения положений профилактики индивидуальной, бытовой и лечебной.

Как видно из обзора патогенеза острых тонзиллитов, индивидуальная профилактика этого рода патологических процессов, осуществляемая в домашнем быту, должна сводиться к тому же принципу, что и лечебная: „*Ne poseas*“. Имея ввиду, что миндалики предназначены для выработки в организме местного и общего иммунитета, надо всячески беречь их с этой стороны, т. е. 1) щадить целостность их эпителия и 2) не ставить покровы и ткань миндалика в невыгодные условия в борьбе с флорой зева. Выполняя эти условия с раннего детства, нужно а) приучать детей постепенно к более грубым формам пищи (механические влияния); б) постепенно же приучать детей (если это неизбежно) к более холодной и более горячей пище или питью; в) возможно раньше знакомить их с необходимостью хорошенько чистить зубы и полоскать рот и горло тепловатой водой, во избежание излишнего охлаждения и через то — коллапса сосудов и клеток, что невыгодно по отношению успешной

борьбы с флорой зева. Так называемое „разумное“ закаливание горла применением холодных обстираний шеи и полосканий (Бруханский и др.) часто несет с собой много неразумного. Температуру полосканий достаточно постепенно сводить до комнатной ( $12^{\circ}$ — $13^{\circ}$  R), не применяя для этого ледяной воды. Натирание шеи льдом никакого иммунного значения не имеет. Отсутствие же заболеваний при такого рода приемах нужно скорее объяснить крепостью организма, его такой конституциональной упругостью, которая даже на подобные приемы не отвечает заболеванием.

Во всяком случае приучение к более холодной температуре полосканий и обмываний шеи как детей, так и взрослых необходимо начинать летом, не прекращая его затем в осеннее и зимнее время. При этом надо быть особенно осторожным по отношению к детям лимфатико-гипопластической и астенической конституций.

Ко времени полной зрелости нормального организма, т. е. ко времени образования нормального иммунитета по окончании полного роста и формирования, миндалики значительно атрофируются, и остатки их свидетельствуют лишь о том, что этот физиологический процесс закончился не вполне благополучно. В этом периоде жизни наибольшею слабостью солитарной аденоидной ткани вообще и в частности миндаликот отличаются мужчины (а также женщины мужского типа), и старые врачи считали не без основания хорошей предупредительной мерой у мужчин против частых ангин—это отпустить бороду, т. к. сама природа требует обростания и утепления области миндаликот. Практика подтверждает это положение, а также и то, что у взрослых форсированное закаливание не только не приводит к цели, но часто влечет обратные последствия. Поэтому взрослым, подверженным заболеваниям горла, следует рекомендовать избегать холодной пищи и питья (особенно холодного молока и пива) и охлаждения шеи (напр., сквозняков при вспотевшей шее), не разговаривать после бани на холодном воздухе, не курить на морозе и т. п. Отдельным профессионалам следует, кроме того, соблюдать специальные меры предосторожности. Так, артисты, ораторы и др. не должны петь и говорить при низкой  $t^{\circ}$  воздуха (если „изо рта виден пар“), не курить лежа; литейщики, кузнецы, домашние хозяйки, и пр. при быстром переходе к низкой  $t^{\circ}$  должны покрывать голову и шею (шлем, платок) и т. д.

Лечебная профилактика сводится к применению такого рода процедур, которые опять-таки не нарушали бы целостности эпителия и миндалика, как защитного органа, и сводили бы к минимуму возможность рецидивов и осложнений. Между тем распространенные методы лечения часто противоречат указанным принципам. В весьма ходовом „Медицинском Календаре“ изд. „Практ. Медицина“ (1926 г.) читаем, напр.: „При простой ангине—холодные или согревающие компрессы на шею, полоскание (раствор марганцового калия, перекиси водорода 4:200 и т. п.). При сильном воспалении—кусочки льда или мороженое, покой в постели. При образовании нарыва—согревающие компрессы, полоскания теплым отваром (decoc. altheae или malvae) и разрез. При частом повторении—тонзиллотомия после исчезновения острых явлений“. Далее следуют советы 1) сосать формалиновые таблетки, 2) смазывать налеты 3—4 раза в день полуторхлористым железом с глицерином, 3) полоскать горло перекисью водорода 6:200.

Опыт учит, что из всех приведенных средств полезно только пребывание в постели при высокой температуре. Сосание лепешек и полоскание перекисью водорода в такой концентрации, которая мало отличается от простой воды, особенно после нейтрализации щелочного содержимого рта, безразлично, все же остальное, с точки зрения патогенеза острых ангин,—безусловно вредно. Имея в виду, что воспаление, как таковое, является защитным актом организма против более глубокого внедрения инфекционного начала, мы с одной стороны должны стремиться поддерживать местную борьбу в благоприятных для организма условиях, а с другой—не ослаблять его защитных сил. В настоящее время, кажется, никто уже не подумает применять при разлитых воспалительных процессах на слизистых оболочках сильно действующих антисептических средств с целью убить микробов, ибо мы хорошо знаем, что такая дезинфекция скорее убьет защитную клетку, чем микроба, гнездящегося часто в более глубоких слоях слизистых покровов. То же действие производит и применение холода, болеутоляющий эффект которого ничтожен по сравнению с наносимой термической травмой. Равным образом и механические манипуляции, способные нарушить целостность разрыхленного воспалением эпителия, как-то: смазывание, неосторожное снятие налета, разрешение грубой пищи,—должны считаться недопустимыми. Единственно показанным является применение легких вяжущих полосканий или пульверизаций (напр., буrowsкой жидкостью 4:300, или чайную ложку на полбутылки воды), но не щелочных, при которых нахождение микробов в зеве может увеличиваться так же, как и в носу (3 и мин), и не отваров сомнительного химического и физического качества.

К сожалению, у нас не только в селах, но и в городах можно встретить при острых воспалениях зева применение смазываний под-глицерином, полосканий отваром вишневых ягод в молоке и пр. Обычный способ применения согревающих компрессов также значительно вредит делу: резкое охлаждение компрессом, смоченным водой из-под крана, несомненно тормозит физиологическую деятельность лейкоцитов; кроме того длительное,—обычно 6 часов подряд,—согревание настолько утомляет окончания трофических нервов, что вместо расширения мелких сосудов можно наблюдать их спазм, и в таких случаях к моменту снятия компресса кожа оказывается не только не гиперэмированной, но мертвенно-бледной, что также не способствует успешной борьбе организма с инфекцией. Весьма употребительное назначение жаропонижающих, угнетая нервную систему, ведет к тому же печальному результату. Наконец, царящее над всеми приемами в детской практике вливание „на всякий случай“ противодифтерийной сыворотки составляет верх вредительства не только в индивидуальном, но и в социальном смысле, создавая кадры бациллоносителей.

Если взять каждую форму острой жабы в отдельности, то можно сказать, что катарральные и фолликулярные жабы у лиц с нормальной конституцией не оправдывают никакого ни местного, ни общего вмешательства и при условии воспреещения твердой и холодной пищи проходят в три дня; вышеуказанное полоскание или распыление легких вяжущих может быть назначено, но значение их—преимущественно психотерапевтическое. Если применять смазывания, то такие же ангины излечиваются, вместо трех дней, в течение 1—3 недель—в зависимости от общего со-



стояния и конституции больного. Если же кроме того применять лечение жаропонижающими средствами и водными согревающими компрессами, то у лиц с ослабленным общим иммунитетом или астенической конституцией легко можно ожидать образования абсцесса. Те же соображения, за исключением возможных сроков выздоровления, целиком применимы к ангинам, возникающим в начале острых экзантем.

В случае образования абсцесса требуется некоторое видоизменение терапии. На твердом основании вышеуказанных принципов смазывания, согревающие (водные) компрессы и *antipyretica*, а также нередко практикуемые и здесь вливания противодифтерийной сыворотки, противопоказуются. Лечение сводится прежде всего к пребыванию больного в постели и назначению вяжущих полосканий. Кроме того необходимо способствовать ускорению „созревания“ нарыва и опорожнения его через естественные стоки в лакунах. Замечено, что ограниченные абсцессы легче возникают у лиц с хронической малярией, при которой стрептококки, обычно являющиеся виновниками флегмонозной ангины, становятся более вирулентными (Потапов), почему в малярийной местности полезно для наружного массажа в области воспаленного миндалика применять ртутно-камфарную мазь (*ung. hydrarg. ciner.*, *ung. camphorat. ana*).

После втирания этой мази, производимого три раза в день, следует накладывать в течение часа припарки или спиртовые согревающие компрессы. Здесь кстати можем рекомендовать следующий простой способ припарок, годный не только для сельских местностей: надо сшить пару мешечков длиной в ладонь и шириной в три пальца, набить их сеном трухой, зашить так, чтобы образовалось две подушечки, положить в какой-нибудь сосуд, обварить кипятком и дать постоять минут 10; тем временем досуха втереть по углам челюсти кусочек ртутно-камфарной мази величиной в горошину, затем вынуть из кипятка подушечку, отжать и, когда она будет настолько горяча, чтобы только не обжечься, накладывать на место, соответствующее положению воспаленного миндалика; по мере остывания, через несколько минут, подушечка заменяется другой. Этим путем активизируется, с продолжительным отдыхом и без утомления нервов, необходимое кровенаполнение сосудов данной области. Массаж способствует опорожнению лакуны и подготавливает сток гноя; жир мази предохраняет кожу от излишнего раздражения; всасывающаяся ртуть препятствует усилению вирулентности стрептококков от малярийных, а также и от других влияний.

Разумеется, имея в виду ртутное втирание, следует воздерживаться от беспечного вообще в этом случае смазывания угловой области подом. Одновременно необходимо обратить внимание на действие кишечника. Больные, так как они почти ничего не едят, этим объясняют себе отсутствие стула и не принимают никаких мер; между тем состояние запора ухудшает самочувствие, а опорожнение кишечника способствует более спокойному сну. Однако применение слабительных также следует считать здесь противопоказанным, принимая во внимание, что часто, если не всегда, однородные ткани одновременно находятся в состоянии раздражения, почему прием слабительного может усилить раздражение целой системы кишечных солитарных периферических фолликулов (фолликулов аппендикса, пейеровых бляшек); поэтому осторожнее будет назначать ежедневн клизму, если в течение дня стула не было.

Многими сотнями случаев подтверждено, что при таком лечении в 99% случаев абсцесс самостоятельно вскрывается ровно на 8-й день болезни, обычно через верхнюю лакуну миндалика, реже через переднюю или заднюю а еще реже в центре передней дужки. Таким образом вполне допустимо предсказание, что болезнь сразу прекратится через неделю от начала, в тот же самый день недели, в какой она началась.

По опорожнении абсцесса припарки и втирания отменяются, а полоскания рекомендуется продолжать две недели. В дальнейшем следует посоветовать гальванокаустикку тонзиллы, что избавляет от повторений флегмонозной ангины на несколько лет, а иной раз и навсегда. Из своей практики я мог бы указать не один десяток случаев, когда каустика тонзилл совершенно освобождала от повторений флегмонозной ангины больных, которых приходилось видеть через 15, 20 и 25 лет, и которые до того подвергались этому заболеванию по несколько раз в год. В большинстве случаев, впрочем, через 5—6 лет каустикку приходится повторять, причем длительность излечения заметно зависит от условий жизни и труда, а также от конституциональных свойств больного. Полное или частичное удаление миндаины (тонзиллотомия и тонзиллэктомия), широко практикуемое в Америке и отчасти и Западной Европе, представляет собой, несомненно, увлечение, подобное существовавшему в свое время увлечению массовым удалением червеобразного отростка, и теперь уже накопившиеся факты заставляют держаться твердого убеждения, что удаление физиологически - нужного органа без явной к тому необходимости безнаказанно не проходит, почему с уверенностью можно сказать, что более консервативное и профилактическое отношение к миндаликовой ткани одержит верх, и каустика совершенно вытеснит кровавое удаление миндалин, пригодное, может быть, исключительно при поражении миндаликов злокачественными новообразованиями.

По вопросу о хирургическом вмешательстве во время созревания абсцесса один из виднейших представителей русской отоларингологии, проф. Волячек, категорически советует не применять вскрытия абсцесса раньше шестого дня болезни. Через разрез центра передней дужки находящийся под давлением гной выливается в рот, и больной немедленно чувствует облегчение. Однако окончательное выздоровление затягивается, нередко требуется расширение операционной раны и даже возобновление разреза. У меня на памяти случай, когда у жены одного коллеги после произведенного хирургом разреза передней дужки образовался чрезвычайно тягостный для больной хронический закапсульный абсцесс, и еще недавно, в феврале текущего года, мне пришлось видеть больного из уезда, где после такой же операции остался в передней дужке изъязвившийся дефект неправильной формы, в 7—8 мм. в поперечнике, ведущий в полость величиной в грецкий орех. При возможности подобных исходов оправдывается ли хирургическое вмешательство накануне выздоровления? Думается, что нет, и, если и бывают показания к нему, то лишь в ничтожном проценте случаев.

В заключение несколько слов о технике выжигания миндаликов, которое имеет, несомненно, профилактическое значение в отношении как рецидивов флегмонозных ангин, так и обострений лакунарных ангин. Прежде всего необходимо фиксировать внимание на верхней лакуне, отверстие которой скрыто наверху, в углу между дужками, почему иногда, чтобы найти его, приходится оттянуть верх передней дужки в сторону;

затем нужно разыскать заднюю лакуну, находящуюся на уровне половины высоты задней дужки, и, чтобы видеть ее на гипертрофированном миндалике, следует отодвинуть последний несколько вперед; передняя лакуна, расположенная на одной высоте с задней, обыкновенно бывает хорошо видна. После кокаинизации миндалика (1% cocainei mur., 1/4% ac. carbol.) берется каутер с плоским наконечником, на 1½—2 см. от конца загибается в сторону выжигаемой миндалины, и, когда реостат урегулирован на накалывание прижигателя до желтого каления (Бондаренко), т. е. на границе красного и белого каления, вводится в верхнюю лакуну до дна; затем делается нажим кнутири и включается ток; направленный внутри режущий край каутера при этом бескровно рассекает верхнюю часть миндалика почти пополам. Такими же направленными медиально и книзу нажимами вскрываются задняя и передняя лакуны, а также нащупываются и выжигаются менее глубокие крипты миндалика. Никакого последующего лечения не назначается, а при осмотре через 5—7 дней дополнительно вскрываются тем же способом случайно пропущенные мелкие крипты. Есть указания (Цытович, Бондаренко), что выжигания можно производить, несмотря на повышенную  $t^{\circ}$ ; однако по моему личному опыту это не всегда проходит благополучно; точно также от гальванокаустики миндалин следует воздерживаться у женщин во время menses.

Гальванокаустика миндалин избавляет больных не только от повторения флегмонозных и обострения лакунарных ангин, но часто от весьма многих пара- и метатонзиллярных заболеваний лимфатических желез, кожи, суставов, почек, сердца, эндокринной системы и др., которым, в связи с их тонзиллярной этиологией, посвящена большая отечественная и иностранная литература.

## ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Бондаренко. О лечении острых тонзиллитов гальванокаустикой. Вестн. р.-л.-о., 1927, стр. 390.—2) Бруханский. Клиническое течение скарлатины у привитых по Габричевскому. Там же, стр. 260.—3) Воячек. Учебник. Лгр. 1926.—4) Waldapfel. Wien. kl. Woch.—5) Grossmann и Waldapfel. Zeit. f. H., N. u. O., B. 12, H. 11.—6) Зимин. О биологических свойствах слизистой оболочки носа и влиянии на нее некоторых моментов. Тр. II Всес. съезда ото-ларингологов.—7) Маслов. Учение о конституциях. Лгр. 1925.—8) Нестеров. Успехи канюляроскопии. Врач. газ, 1926, стр. 1158.—9) Потапов. Острый тонзиллит и влияние его на заболевание почек. Вестн. р.-л.-о., 1927, стр. 332.—10) Потапов. Angina malarica. Врач. газ, 1926.—11) Потапов. Малярия в ото-ларингологии. Вестн. р.-л.-о., 1927, стр. 713.—12) Романовский. Стафилококк в верхних дыхательных путях. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1928, стр. 83.—13) Rössle. Verh. d. Deut. Path. Ges. 1923.—14) Рутенбург. К пат. анатомии острых тонзиллитов. Русская ото-ларингология, 1927, стр. 224.—15) Та-лаев и Зак. О путях в миндалину. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1928, стр. 113.—16) Цытович. Заключительное слово по докладу: „К вопросу о гайморитах“ на II Всесоюз. съезде ото-ларингологов. 1927.—17) Цытович. Учебник. Саратов. 1922.—18) Эйгес и Штейнман. О некоторых метатонзиллярных заболеваниях. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1928, стр. 240.