

Король
3/91

от Авдеева
18/10/91



(Из хирургической клиники клиники проф. В. Ф. Гурье в Харьков).

ТИРЕОМИЯ, КАК СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИГОРТАННЫХ ОПУХОЛЕЙ.

Г. А. Маслова.

I.

Исторический очерк. Доступ к полости гортани с целью экстернизации опухолей последней осуществляется двумя путями: 1) острым путем — чрез полость рта и носа, которых пользуются так называемый интратрахеальный метод, и 2) кожною экскратию гортани, чему в прошлом наиболее распространяемого метода.

Интратрахеальным методом впервые воспользовался Кохер, которому восставилось в 1750 г. удалить новообразование гортани р. т. *papillae*. Однако, только с 1858 года, благодаря изобретению гортанного зеркала Стилльмана и Тюрком, т. е. с того момента, когда интратрахеальные опухоли стали доступны более точной диагностикой, метод этот начал развиваться с большей энергией и получил наиболее распространение в руках врачей специалистов. Ввиду же особенности принадлежать огромные массы к дикт развития и совершенствованию интратрахеальных операций.

Экстертрахеальный метод был предложен несколько позже, притом и развитие егошло несравненно медленнее; в это время как представителя интратрахеального метода насчитывали из своей практики десятки и сотни подобных операций, общее количество операций второго рода до 1880 года не превышало 60 (Schödl).

Обстоятельство это объясняется, конечно, теми недостатками, которых не лишены выгорательный метод и которые в краткое время отчасти превозмощались, отчасти и на самох дѣлѣ были настолько серьезны, что заставляли избегать вскрытия гортани во многих случаях, пока изобрѣтены совершенновѣе техники операции и усилки лечебн. раны вообще не вывели значенія этого недостатка до возможнаго мѣрыма¹⁾.

Идея выгорательнаго метода принадлежит *Demme*, который по поводу представлявшагося ему случая паротита тѣла гортани предложил воспользоваться имено отмыч. аутылк. Мысль эта была тогда отвергнута другими врачами и только позже явилась практическое примѣненіе къ лицѣ *Reber*'а, который въ 1788 г. помощью разреза гортани съ успѣхом излечил нутка застрявшаго въ ней суровкаша.

Первый-же действительный случай примѣненія этого способа съ цѣлью удаленія интраторакнальных опухолей относится къ 1833 г. и была впервые описана *Albers*'омъ со своимъ странствующаго бельгийскаго врача. Случай этотъ принадлежит *Broome*'у, удаленному въ этотъ году тиротоміею и удаленному коконцомъ распавшаго желѣза соединенное возбудившее. Операция прошла не безъ интраторакнальных осложнений, такъ какъ послѣдствительное течеіе сопровождалось интенсивными воспалительными явленіями и гектической лихорадкой, и интраторакнальная инсультность гортани, благодаря сильному прижиганію, подверглась индурации и преобразовалась въ «шиповую» массу. Тѣмъ не менѣе больной, по словамъ свободнаго отъ этого случая врача, прожилъ послѣ операции еще 17 лѣтъ.

Второй случай вскрытія гортани принадлежит *Edwards*'у, который въ 1844 г. произвелъ ларинготомію у женщины 33 лѣтъ съ цѣлью изстаранія воспалительной опухоли тѣла вставшей голосовой связки. Результатъ операции на этотъ разъ былъ совершенно благоприятенъ. Уже *Edwards* объявилъ выгоды ларинготоміи и въ известномъ случаѣ безусловно требовалъ ее примѣненія, какъ видно изъ слѣдующихъ словъ его: «ларинготомія съ цѣлью удаленія опухоли должна быть единственными способомъ, когда болѣе объяснено и широко распространяется на слизистую оболочку гортани»²⁾.

Съ этого времени подобныя операціи стали производиться болѣе часто, чему также не мало способствовало изобрѣтеніе гортаннаго зеркала.

II.

Виды интраторакнальных операцій. Пространство тѣла или другія цѣли, отдѣльные хирургическіе полостьныя разрезомъ различными анатомическими оболочечными частей гортани. Въ то время какъ одинъ изъ желаній доставить себѣ возможно болѣе свободный доступъ къ оперируемымъ частямъ, то стѣсненіемъ широкаго разреза, распавши гортани по всей ея длине, другіе, напротивъ, въ виду интраторакнальных недостатковъ такого широкаго вскрытія гортани, избѣгали его и довольствовались всрѣзанными жеманями разрезами, чаще къ ущербу успѣху операціи.

Такимъ образомъ операція вскрытія гортани — *laryngotomia*, *laryngotomia* — распавши на нѣсколько отдѣльных видовъ, которые могутъ быть представлены въ нижеслѣдующей таблицѣ:

1. *Laryngotomia totalis* — разрезъ всѣхъ составныхъ частей гортани, т. е. глоточнаго хрѣща, колической связки и перстничнаго хрѣща.
2. *Laryngotomia partialis* — разрезъ отдѣльных частей гортани, соответственно чему этотъ видъ, въ свою очередь, распадается на слѣдующія подраздѣленія:
 - A. Расчлененія связочнаго аппарата:
 - Laryngodesmotomia* (операція *Vieljeux d'Alger*) — разрезъ колической связки³⁾.
 - B. Расчлененія хрѣщавыхъ частей:
 - a) *Cricotomia*.
 - b) *Thyrotomia*⁴⁾.

Приведенное подраздѣленіе является наиболѣе цѣлесообразнымъ, такъ какъ въ основаніи его лежатъ анатомическія даныя и терминологія, которая установленная и принята всѣми. *Reber*

¹⁾ Особенно подвѣнчивающагося связки — *laryngotomia compositio* *Meiberg*'а, какъ помнилъ *Langenbeck* и *Reber*, во время ихъ общаго ларинготоміи и заслуживаетъ споры между *laryngotomia* *subglottica*.

²⁾ Операція, предложенная *Gwynne* и явленная при *laryngotomia* *transversae* представляется собою издѣленіемъ тиротоміи, такъ какъ болѣе подробнаго распавшиаго здесь приводимаго совершенно обіеіе издѣленія хрѣща.

³⁾ *X. Schwabe*, *Der innere Kehlkopfchnitt und seine Bedeutung bei der Behandlung von Kehlkopfgeschwulsten.* — Sammlung klinischer Vorträge, N 302, 1893 г.

са такъ оно является необходимымъ въ виду существующаго прохода въ наклоненіе операции. Така, напр., иногда въ особеннѣйшихъ случаяхъ употребляется общее названіе—ларинготомія—безъ указанія, какой собственно видъ ее былъ произведенъ. Между тѣмъ, такое указаніе представляеть некоторое неудобство, въ виду того, что она различна какъ возможно въ каждомъ данномъ случаѣ состоятъ бытъ или же имѣе больше представленіе о достоинствахъ того или другаго способа въ отношеніи конечныхъ результатовъ, такъ какъ не всѣ виды разширительной операціи равноцѣны въ указанномъ смыслѣ. Напротивъ, они значительно отличаются другъ отъ друга по простотѣ или сложности техники, по широтѣ доступа въ внутреннѣе частяхъ гортани и, наконецъ, по вліянію на поддѣлку естественнаго функціи послѣдней. Поэтому желательна въ каждомъ случаѣ точное указаніе способа операціи, что можно, какъ для разширительной операціи отдаленныхъ частей ларинготоміи, такъ и для операціи метода вообще.

На практикѣ, впрочемъ, не всегда возможно строго придерживаться границъ, наведенныхъ въ указанной статьѣ, такъ какъ часто разрывъ въ интересахъ свободы доступа, захватываютъ и соседнія области,—другимъ словомъ, въ практикѣ часто допускается соединеніе двухъ или въбольшаихъ видовъ частичной ларинготоміи.

Важнейшее разширенье тотальнаго и парціальныхъ ларинготомій въ отдаленности является достоинство каждой изъ нихъ.

Laryngotomia totalis, безъ сомнѣнія, превосходитъ всѣ остальные виды операціи по той широтѣ доступа и по свободѣ дѣйствія, которая является весьма важнымъ условіемъ для возможнаго вызанія и надѣжнаго удаленія новообразованій. Но скотри, однако, на столь важное преимущество, ее нельзя рекомендовать для всѣхъ случаевъ безъ исключеній, такъ какъ операція эта во многихъ случаяхъ и, притомъ, серьезнаго недостатка. Такъ, *Haber*, *Krüger* и *Planché* указали, что при такихъ широкихъ разрывахъ ебѣ повреждены гортани терять привычное широкое разположеніе и при заживленіи могутъ свѣрнуться, создавая тѣмъ самымъ неблагоприятныя условія для послѣдующаго восстановленія голоса ¹⁾.

Кромѣ того, большае разширительнаго уже сама по себѣ, такъ какъ въ такомъ случаѣ является излишнее расченіе, требующее къ тому-же большае времени для окончательнаго своего

заживленія. Такимъ образомъ затаняется на банкѣ продолжительный срокъ послѣдующаго леченія, въ теченіи котораго возможенъ самый неурядитый исходъ.

Въ виду сказаннаго тотальнаго ларинготомія можетъ имѣть приложеніе лишь въ исключительныхъ случаяхъ, въ случаяхъ обширнаго пораженія гортани, если притомъ восстановленіе функціи органа подвѣситъ къ какому-нибудь сомнѣнію.

Само собою разумеется, что частичная ларинготомія даетъ меньше вреда, и въ этомъ отношеніи, особенно рѣзко отличаются два вида ее—разрывъ конической связки и разширеніе перстениднаго хряща.

Обѣ названныя операціи не означаютъ, однако, предельнаго вліянія въ смыслѣ предѣлительнаго изуряденія фонаціи, если, конечно, голосовой аппаратъ не былъ поврежденъ безчисленными процессами до операціи.

Стенозіа, впрочемъ, даетъ настолько мало жѣсты, что почти непримѣнима для экстрапации опухоли.

Разрывъ-же конической связки, предложенный *Vicq d'Azyr* ²⁾, применяется для удаленія новообразованій въбольшае разѣ съ успѣхомъ ³⁾. *Solis Codex* ⁴⁾ считалъ эту операцію пригодной при опухоли, расположенныхъ подъ голосовой щелью.

Въ виду же ограниченности доступа радикальное удаленіе опухоли во эту способу сопряжено съ большими затрудненіями, благодаря чему область практикованія его ограничивается особенно благоприятными случаями. Способъ этотъ нельзя рекомендовать при опухоляхъ объемныхыхъ, множественныхъ, смѣшанныхъ въ рѣзкихъ и злокачественныхъ. Въ настоящее время разрывъ конической связки практикуется почти исключительно, какъ предварительный актъ тиросотоміи съ цѣлью введенія въ полость гортани жила для разсѣванія перстениднаго хряща.

Соединеніе этихъ двухъ разрывовъ, т. е. одностороннее расщепленіе перстениднаго хряща и конической связки (см. *Вопы*), также представляеть мало преимуществъ, хотя, правда, въ отдаленныхъ случаяхъ оно успѣшно применялось на практикѣ. *Scherr* ⁵⁾ напр., удалялъ опухоли путемъ стѣбелочную шпилькою правой голосовой связки, при чемъ достигнуто было полное вызаніе съ восстановленіемъ голоса.

¹⁾ *Haber*, *Tumoren der Larynx*. Руководство къ частной и общей хирургіи, 1862 г. *Planché* и *Dubrot*'s 1874 г.

²⁾ *Вопы* есть статья въ литературѣ 4 столѣтія операціи.

³⁾ *Scherr*: *Des tumeurs de la gorge*, Paris, 1828 г.

⁴⁾ *Solis Codex*, l. c.

Способы *Melroigne's* заслуживают упоминания, так как они несколько раз практиковались для удаления оухоулей гортани. Поперечные сечения показывали *hydatidic*сые приращки лишь при оухоулях, расположенных у входа в гортань, при оухоулях задвертывавка я, сь боковых задвертывавка, при оухоулях, сидящих на урвней передней комиссуры голосовых связок. Операция эта не всегда, впрочем, удаляла цѣлы, для которой она предназначалась. Такъ, въ случаѣ *Dobson* и *Archibald's* разрывъ цитовидальной связки оказался недостаточнымъ, такъ что въ первомъ изъ нихъ пришлось прибѣгнуть къ послѣдательной ларинготоміи, въ другомъ — къ тиротоміи (*Schwartz*).

Давая оценку способу *Melroigne's*, *Schwartz* говоритъ, что «оухоули верхняго отверстия гортани во большой части достигли интратрахеального способа и что, следовательно, указанная операция рѣдко приращима».

Собственно тиротомія или расщепленіе цитовидальнаго хряща по величинѣ является столь-же легкою операцией, какъ и раньше указанное видъ частичной ларинготоміи. Помимо того тиротомія сравнительно съ этими послѣдними даетъ несомненно больше пространство, такъ какъ элементы цитовидальнаго хряща могутъ быть значительно раздвинуты въ стороны помощью хрящевъ, чему еще въ большой степени способствуютъ, въ случаѣ необходимости, до-вольнительно разрывъ lig. Ary-epiglotticæ и lig. ary-epiglotticæ medii. При такомъ доступѣ возможно весьма тщательный осмотръ полости гортани (при хорошихъ освѣщеніи помощью рефлектора) и даже оциркуларіе подвѣивающаго члѣста. Такимъ образомъ дали успеха для точной ориентировки въ смыслъ положенія оухоули, граница ея, отношенія ея къ окружающимъ частямъ и т. п., что въ свою очередь имѣетъ огромное значеніе для возможно радикальнаго удаленія новообразованія.

Практи, рассматриваемая операция имѣетъ одинъ серьезный недостатокъ, обусловленный возможностью разрыва голосовыхъ связокъ при продолжателъ расщепленіи цитовидальнаго хряща, что во всегда происходитъ безсвѣдно въ смыслѣ дальнѣйшаго восстановленія голоса. Поэтому отдѣльно хирургъ для устранения упомянутого осложненія прибѣгаетъ къ некоторымъ измѣненіямъ въ способъ операціи.

Hüter и *Wittel* предлагали съ этой цѣлью расширять цитовидальнй хрящъ не по всей длинѣ, а только нижнюю часть его.

Такииъ образомъ, какъ передняя комиссура, такъ и сама голосовая связка остаются неразрѣченными. Съ другой стороны, въ такомъ должномъ разрывѣ *Hüter* имѣлъ надежное средство для удержанія въ задвѣиваемъ положении расположенія расщепляемыхъ колеблющихъ хрящ. Операция эта оправдала на практикѣ возлагавшихся на нее надежды, такъ какъ этики путемъ удалось получить благоприятные въ фонетическомъ отношеніи результаты, какъ въ случаѣхъ *Landenbaum's* ¹⁾, *Klein's* ²⁾, *Wittel's* ³⁾.

Такъ не менѣе такое видоизмѣненіе тиротоміи оказывается не всегда пригоднымъ, такъ что обратилъ вниманіе и самъ *Hüter*, по желанію котораго «пространство, достигаемое такимъ долею тиротоміей, не для всѣхъ случаевъ и не для всѣхъ члѣств достаточное, особенно если хрящъ, какъ это бываеетъ у стариковъ, не-мѣе устучивши или даже, вслѣдствіе обилотворенія, весьма толкъ и жесткимъ». Это замѣчаніе остается въ силѣ и въ техъ случаѣхъ, когда разрывъ продолжается на коническую связку и даже на переднезадній хрящъ (*Wittel*).

Предлагаю ту-же цѣль — неприкосновенность голосовыхъ связокъ, *Gersow* ⁴⁾ предлагаетъ свой способъ, названный имъ *logarithmic*а *incision*. Операция состоитъ, какъ упомянуто выше, въ поперечномъ сѣченіи цитовидальнаго хряща на границѣ между ложными и истинными голосовыми связками. Для опредѣленія упомянутой границы *Gersow* предлагаетъ слѣдующій приемъ: пошеу цитовидальнаго хряща, т. е. расщепленіе между нижнимъ краемъ верхней шарика и нижнимъ краемъ своего хряща, дѣлать поперечныи и, отступив отсюда на 1—2 мм. впередъ, наложить поперечную тѣлку. Идея, лежащая въ основаніи этого способа, весьма оригинальна

¹⁾ *Landenbaum*. Удаленіе оухоули въ полости гортани при помощи цитотоміи.—*Praxis*, 1887 г.

Самымъ важнымъ въ ервудей слабѣй голосовыхъ связокъ. Полученіемъ желаетъ удалить оухоули интратрахеальнаго хряща. Разрывъ конической связки и нижней части цитовидальнаго хряща. Шейн. После выноса большой воды кілы.

²⁾ *Klein*. Notes of two cases of cancer of the larynx in one of which the tumor was successfully removed by Thyrotomy.—*Glasgow med. Journal*, 1883 г.

³⁾ *Wittel*. Вѣдъ оухоули голосовыхъ связокъ. Изученіемъ оухоули интратрахеального удаленія. Разрывъ переднезадняго хряща и выноса воды черезъ цитотомію. Шейн. Основами коническаго хряща.

⁴⁾ *Wittel*. *Klein* *Archibald* *des Kehlkopfes*.—*Centralblatt für Chirurgie* 1888 г.

Надрезомъ одной связки гортани. Разрывъ другой связки образованія полости, переднезадняго хряща и нижней половины цитовидальнаго. Выводима вода изъ оухоули для голоса и дыхания.

⁵⁾ *Beiträge zur Chirurgie*. Feststellte gewissim Theodor Hüter von seinen ästhetischen Schülern etc. Stuttgart, 1892 г.

и несомненно привлекательны; однако, только будущее может показать, насколько практична и удобоприменима подобная операция горлана. Пока же способ этот был бы весьма полезен только в двух случаях — *Widow's* и в случаях атероза.

Операция эта, повидно, может доставить доступ к некоторым частям горлана, особенно при той доминантной разрыве, которая, по предположению *Бегану*, может возникнуть для расширения в продольном направлении верхней части поперечно разделенного позвоночного хряща. При такой условности становится доступными нижняя часть слезки, надгортанник, черепнозатылочные хрящи, слуховые, локтевые и лезвиевые головки слезки. При овуляции же, лежащих глубоко в полости, под истинными голосовыми связками, предельно тонкая операция была бы невозможна для последних, особенно с концами такого иннервированного, как термизадура. Если же, в таких случаях удобнее было бы применить также поперечное сечение позвоночного хряща несколько ниже уровня голосовых слезок, тогда нижней отрезок разбить еще в продольном направлении и продолжать этот разрыв даже кверху, до конечной слезки.

Съ другой стороны, предлагаемый *Бегану* способ определения линий разрывов, в виду видоизменения разрывов, представлял бы весьма сложный, так что и здесь возможны ошибки, благодаря которым не всегда удастся избежать поперечных голосовых связок.

Там же, где в указанных случаях, при локализации болезненного процесса на указанных выше частях и при некоторой осторожности, операция *Бегану* может дать хорошие результаты, почему она и может заслуживать нашего внимания и достойна рекомендации.

Необходимо заметить, что мнение о предельно последовательном мнении тиротомии на функции горлана несколько преувеличено, так как оно основано не на какой-нибудь статистической данных. И в случаях дельт, в отнесении отдельных случаев, в которых представляется эта операция, упоминается лишь конечный результат, большей же частью, обусловленный ею, часто и совсем не могут быть указаны. Между тем результатом голоса после тиротомии является не только от нарушения целостности голосовых связок, но и от некоторых осложнениях воспалительного и рубцового самой ткани голосовых

слизистой (*Schewitz*), рубцовые дефекты слизистой, вызванных непосредственно удалением новообразований. Однако, что эти последние факторы не могут быть поставлены в виду только тиротомии, так как они возможны и возможны при абсолютном удалении овуляции по описанному методу.

Къ тому же входим тиротомии, в виду все более и более совершенствовались техники, значительно улучшились во всех отношениях, и функциональные результаты стали теперь заметно лучше, благодаря заботам о возможно меньшем расщеплении голосовых связок и, в известных случаях, о последовательном точном соединении разделенных частей. Огромное значение на улучшение предельного мнений также строится применение предельной атриотомии и, в последние время, аспитики.

Вспомогательное по отношению к литературе описание случаев показывают, что предельное расщепление позвоночного хряща может сопровождаться прекрасными результатами в функциональном отношении. Таковы, напр., случаи *Stein's*, *Buckel's*, *Bowen May's*, *Serres's* (*Schewitz*), да же случаи *Parkes's*, *Poppe's*, *Nissen Wagner's* ¹⁾, из которых особенно *Streiber*. Къ ним можно прибавить еще случаи *Waldman's* ²⁾, *Schacharof's* ³⁾, *Schneidbrodt's* ⁴⁾, *Hoff's* ⁵⁾, упоминаемые *Darboven's* ⁶⁾ 4 случая ⁷⁾ и др.

¹⁾ Как удалось получить благоприятные у трех больных оперированное голосовые связки.

²⁾ *Waldman*. Къ вопросу о расщеплении горлана при овуляции на язык. — *Frank's* 1890 г.

Там же, где черепнозатылочный хрящ, надгортанник и концы голосовых связок. Расщепление позвоночного и позвоночного хряща. Швейцария, но только не в отрезке, но для слезки слезки.

³⁾ *Schacharof* 1. c.

⁴⁾ Функция одной слезки горлана, особенно, когда истинные голосовые связки. Тиротомия. Швейцария. Больной мог говорить свободно, хотя и не так громко, как до болезни, однако голос звучал хорошо.

⁵⁾ *Schneidbrodt*. 28 Jahre alte Patientin. 5 Jahre alte Kehlkopf-Larynx- und Kehlkopf-Carcinom. — *Zeitschrift für Chirurgie* 1890 г.

Горлан полностью удален, оставлены надгортанник. Швейцария, концы слезки. Случай 14 отсрочен после операции бывшие концы слезки, язык, слезки языка удалены полностью.

⁶⁾ *Richt* *Barth* *Langsdorf*, *Kayserling*, *Heiland*. — *Centralbl. f. Chir.* 1889 г. Перечисленные случаи операции черепнозатылочного хряща. Швейцария, концы слезки.

⁷⁾ *Darboven*. On the operation of opening the larynx by section of the cartilage etc. — *The Lancet* 1871 год.

Из пяти случаев тиротомии (3 *Darboven's*, 1 *Waldman's*, 1 *Colby's*), во всех случаях достигались хорошие результаты в свободном движении горлана без какой-либо рубцовой ткани на слизистой.

Наконец, успех, достигнутый при походе третотомии из самое последнее время, придает этой операции особенно важное значение. Мы видели из виду первую попытку удаляться концы эластического зажимами интратрахеальной голосовой связки. Случай этот описан в текущем году *Stroh's Arch.*¹⁾ У больного *Stroh's* поражения была правая голосовая связка разорвана в виде образования, протараненная до средней части носоглотки и захватившая несомненно свою часть также левую половину гортани. Операция, произведенная *Gottmuy* 19 августа 1892 года, состояла из следующего.

Шестой день хрипы разбивались на правую и левую половины концами щипцов, причем край разрыва правой половины хрипа располагался. Некуда опустили щипцы были два разрыва немедленно свалились: верхний шел посредством *sn. Moser's*, нижний—на 1 см. ниже элементарной голосовой цепи. Опухоль интратрахеальной позадикости; при отхождении была правая половина связки, а также и передняя часть левой на протяжении 3 см., благодаря чему левая связка сильно сократилась. Оставшая эластичная оболочка, интратрахеальной *sn. Moser's*, и правая половина голосовой связки были отсоединены от подлежащего хрипа, после чего образовавшийся таинственный дефект доглотки, будучи сдвинут, совершенно закрывал дефект таинственной щели интратрахеальной щелею. От правой расколоченной половины хрипа были отнесены концы около 0,5 см., с целью поддеть гланды край; для симметрии таинственной щели удалены в длину. Благодаря этому, самостоятельной сокращенной гортани в значительной мере, и хрипы не могли быть сложены симметрично, что дало возможность принести к правому разрыву задней фаланги передней концы правой половины голосовой связки и концы сократившейся левой эластичной голосовой связки. После прикрепления нижнего края интратрахеальной доглотки к щелевому-то краю доглотки концы обеих доглоток оказались швом, наложившим быть еще концы на задней край щелевого, который таинственный образовал соединился с рож. волей перепончатого хрипа, так что движению этого последующего мешка во дальнейшую передаваться приближенной к кону доглотки голосовой связки. Когда же это было исполнено, интратрахеальной гортани, по словам *Gottmuy*, выглаженная так, как будто на ней по-

оставалась правая половина голосовой связки, тогда швы интратрахеальной связки оставались совершенно симметричными. На концы раны наложено шов; заживление раны рывком.

9 сентября 1892 г. больной был отпущен, при чем—раны гортани хорошо зажились, пациент говорить громко и не утомляется, левая связка функционирует нормально, нормальной длины, хорошо функционировала впереди. Правая эластичная оболочка связки не делала еще никаких движений, но достаточно натянута, так что может с противоположной стороной доглотки совершенно достаточно для фиксации закрытия голосовой щели.

22 февраля 1893 года, спустя 7 месяцев после операции, рецидив не было, больной чувствовал себя весьма хорошо, голос довольно чистый, правая голосовая связка движений не обнаруживала.

Таким образом, реконструкция интратрахеальной, или должны принять следующие характеры стороны третотомии:

- 1) она дает широкой доступ, а следовательно, и возможность радикального удаления опухоли;
- 2) особенно, представляется ею для голоса, при значительных предосторожностях не велика, а напротив, как показывает описанный выше случай эластичности связки голосовой связки;
- 3) походом третотомии можно улучшить представляющую функциональную отношения из тех случаев, которые прежде считались безнадежными; и, наконец,
- 4) по простоте техники третотомии не уступает прочим методам третотомии, причем из всех отношений она даже превосходит третотомии и кривошею (*Halbe*).

III.

Техника третотомии. Техника третотомии, как и ларинготомии, прежде, удаляется в значительной необходимости производства предпринятой третотомии; однако, выгоды, представляющей эту последнюю, настолько очевидны, что она является не только желательной, но и прямо необходимой.

Необходимость третотомии признается, напротив, не только *Eckstein* и *Callier*¹⁾ первым провозглашал ларинготомии без пред-

¹⁾ *Stroh's Stimmhaard-Carcinoma*. *Wien* 1884, *Wochenschrift* 1893 г., № 18.

¹⁾ *Schubardt* 1. с.

гаргательной трахеотомии. Prof. Fallois, Debove поступали также при преинтубационной ринитризации (1).

Некоторые ограниченные показания для производства предварительной трахеотомии только в отдельных случаях. Так, Fischer (2) считает ее необходимой при удалении инородных тел; Schöndorff считает ее необходимой по крайней мере во всех случаях, где ожидается обильное протекание (множественные кавитации); с этим совпадают и требования Schanz's, Tillmanns и Klein, рекомендуют трахеотомию во большинстве случаев. Во общем большинство хирургов справедливо настаивает на необходимости трахеотомии.

Klein, в противоположность Mackenzie и Bruns, считает трахеотомию необходимой лишь раз, — вернуть, для устранения затекания крови из дыхательные пути, в которых, для освобождения доступа воздуха в легкие при реактивных припухлостях слизистой оболочки гортани.

Предварительная трахеотомия представляется следующим преимуществом:

1) она позволяет способом хлороформирования больного, избежать хлороформирования при интубации удаленной трахеотомической раны от поля операции не может стеснить свободу действий оператора; с другой стороны, и сама операция не может мешать хлороформированию;

2) трахеотомия дает возможность надежнее изолировать полость гортани от трахеи и тем самым устранить опасность затекания крови в легкие во время операции и вышесказанное тем же путем впасть и удущия, затрудняющие окончание операции;

3) во послеоперационном периоде дыхания больного, благодаря трахеотомии, не зависит от состояния гортани, потому совершенно устраняется затруднение дыхания и даже опасность асдухания, наступающая вследствие неадекватного оттока гомогенизированной слизи и слизистой оболочки гортани, а отсюда и спазма, наблюдающегося во время взгляда на интубационные инсульты слизистой оболочки; и, наконец,

4) обширная дыхательная больница, трахеотомия дает возможность изолировать гортань устранить опасность аспира-

ционной пневмонии, обусловленной проникновением в бронхи слюны, крови, секрета раны и т. п.

При всех том, — говорит Schroter из своей работы, — die prophylaktische Tracheotomie ist keine Konplikation der Hauptoperation». Даже во случаях раннего возраста, — предостерегает далее Schroter, — она может и должна быть произведена, так как мы знаем дело с трибуналы, здоровым организмом и, благодаря этому полному обстоятельству, неблагоприятный прогноз трахеотомии при крути и деформации не является мифом во многих случаях.

Таким образом, во случаях безопасности больного и во интересах самой операции, трахеотомия является необходимой почти во всех случаях, где во тем же или другим причинам возможна терпеливость. Исключения составляют, быть может, случаи инородных тел гортани, где трахеотомия, пожалуй, не так необходима, ибо операция во этих случаях представляется весьма сложной, благодаря именно некое значительной травме слизистой оболочки. При наложении же трахеотомической жгущей смесью — затруднения дыхания — опасность может быть устранена введенным ваткой в рану гортани, что, впрочем, несколько неудобно для дальнейшего наблюдения.

Во отдельных случаях на практике применяются все три вида собственно трахеотомии — верхняя, средняя и нижняя. Однако, не все они одинаково пригодны для наших целей.

Трахеотомия inf, хотя во техническом отношении и является более трудной операцией сравнительно со средней, тем не менее она представляется несомненным удобством, которая и устанавливает преимущество ее другим видам.

Преимущества нижней трахеотомии сводятся к следующему:

1) при ней избегается наиболее для последующего извлечения неровное ранение, протекание совершенно не стесняется доступ в полость гортани;

2) достигается необходимость удаления трахеотомической раны от места операции, являющейся тем же самым было выше;

3) благодаря возможности безразличествию хлороформировать больного, впрочем может быть доведена до необходимой степени, что особенно важно, так как при неполном введении вентиль прилежании к головкам слизистой и к слизистой оболочке избежать даже во частей гортани, присутствие сильного ватки и удущия, значительно затрудняющие производство операции.

(1) Schanz, l. c.

(2) A. Fische Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik in Breslau (Prof. Dr. Fischer) — Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie 1891 n.

В отдельных случаях, где это необходимо в особых случаях, где экстракция воздуха во время операции оказалась затруднительной, в случаях, напр., одиночных, небольших, доброкачественных новообразований (одиночные папиллы),—можно довольствоваться верхней трахеотомией.

Средняя трахеотомия не имеет никаких преимуществ и отличается от той-же нижней технич. особенн. затруднительности.

Трахеотомия должна производиться на несколько времени до основной операции. Время это у различных авторов колеблется от довольно широких пределов: тогда как один производит трахеотомию непосредственно перед самой операцией, другие делают ее или даже значительно раньше, иногда между двумя операциями. У нас *Эльзин* производил трахеотомию за 48 часов. *Streiter*-же считает необходимым вчерашне большой период времени (8—10 дней), чтобы, — как говорит он, — «выждать» в это время приемыш из раздражения, связанного с постановкой канюли, и чтобы большой, восточный недостаток поступления воздуха, недостаточная патия и сн, мог-би воспользоваться для восстановления операции».

Предложение приучать больного к новому способу дыхания целесообразно, так как этим обеспечивается свободное дыхание во время производства трахеотомии. Однако, не следует забывать и тот факт, который может явиться долгое пребывание канюли из дыхательных путей. В тех случаях, где есть надежда на восстановление голоса, требуется возможно раннее удаление трахеотомической трубки с целью ускорения регенерации, происходящей необходимая для рангомор дыхания (*Säber*)¹⁾. Следует помнить, что большие преимущества имеют канюли и после операции, иногда сравнительно долго, то промежуток, требующий *Streiter*'ом, кажется вполне продолжительным. *Нитс* также указал на возможность впасть и даже параллач возннших спазмов в зависимости от медленности или медленности того, что дыхание должно время совершалось через трахеотомическое отверстие.

Во большей части больных вчерашне раннее приучение к присутствию в дыхательных путях канюли; 1—2-х дней для этого совершенно достаточно.

¹⁾ F. Säber. Zur Kenntnis der Kehlkopfoperationen.—Arch. f. Klin. Chirurgie 1880 n. Bd. XXXIX.

Как сказано уже выше, трахеотомия имеет между прочим целью устранить те неблагоприятные моменты, благодаря которым оказывается невозможным удаление во время операции (позднее время), либо последствительных параличей легкого в виде острой пневмонии, аспирационной пневмонии, септического, кутиридного бронхита. Во виду этого и предложены различные способы шарообразной дыхательных путей. Таковы предложения *Trendelenburg*'а, *Michael*'а, *Jensen*'а, *Thiersch*'а, *Leupold*'а и др.

1) Способ *Trendelenburg*'а во многом в некоторых недостатках. Так, ону можно сделать только в том, что наличие канюли по этому методу слишком длительно и часто сопряжено с большими затруднениями. Резиновый баллон, обвязанный канюлой, должен быть сделан из прочного материала, в противном случае он легко разрывается, так что и было однажды в клинике *Böhm*'а—баллон при введении порвался о щипцы. В другой раз, вследствие неравномерного расширения, баллон, при малейшем надавливании, образовал выпячивание, приращенное внутренне отверстие канюли (*Säber*)¹⁾.

Ланденбург, испытав на своем случае неудачу танговым по этому способу, говорит, что из другой раз он ограничился бы введением простой канюли и во время-би времени на установку крайне хрупкого танго *Trendelenburg*'а.

Michael считает канюлю *Trendelenburg*'а непригодной для более или менее продолжительной танго, так как, во его способе, баллон уже спустя 6 часов после операции втягивает воздух, вследствие диффузии, и сдувается.

Предложение называть баллон водонепроницаемым танго оказалось не совсем практичным. *Michael*²⁾ приводит случай, в котором баллон лопнул, содержащий его наполнился из дыхательные пути, не было сделано обратное с канюлей; в другом случае, несмотря на танго, все-таки возникла пневмония.

2) *Michael*³⁾ пользуется для танговым способом: канюли обвязывает одною или несколькими туговерченными трубками (дрезинами), пока концы их не будут соединены

¹⁾ F. Säber. Laryngoperationen in der Klinik Hirtel's, 1870—1884 n. — Arch. f. Klin. Chirurgie. 1880 n. Bd. XXXI.

²⁾ Michael. Die klinischen Erfolge der peroralen Tracheotomie der Trachea. — Centralbl. f. Chirurgie. 1883 n.

³⁾ Michael. Peroraler Tracheotomie der Trachea.—Centralbl. f. Chirurgie. 1883 n.

протекту трахеи. В одном случае рана горла была так-
же продлена в течение 15 месяцев, не выходя про-
лежня трахеи.

Миссел описывает в другой способ ¹⁾: цилиндрической, про-
зрачной массой кусок губки смачивается (эфиром) раствором
йодоформа, насаживается на обыкновенную канюлю, из которой
и производится высасывание гурма пазух; губкой его смачи-
вают и, чтобы воспрепятствовать высасыванию губкой соплящих
масс, окружают его куском гуттаперчевой тафты; перед
введением зарисовывают из гуттаперчевой массы 1—2 вершка
воды или саллициатного раствора, вследствие чего губка разбухает
и, по наложении канюли, таконструует трахею.

Оба эти способа, как видно из описания их, связаны и зло-
лотыми. Помимо этого Schickola ²⁾ считает производимую
таким образом по Мисселю даже операцию, в виду производной ее
тавернии.

3) Janel ³⁾ для таконлады при дефигурет употребляет па-
ние шарики, спомогательные глицерином, и находит этот способ
крупней удачнейшим при чем даже в течение 6—7 недель.
Или подтвердил мнение Janel'a, тогда как Миссел считает
такой способ таконлады действительным только при концентро-
ванном секрету раны.

4) Bone и Thierack, с целью ограждения легких от запы-
ления кровью, оперировали на связанной голубе. Этот способ также
может устранить указанную опасность. Однако от неудобств из-
того отношения, что при таких условиях произведение бывает
быстро и неприятно, в это несподручно и для больного, в для успеха
операции, так как операциями тем затрудняется и за-
трудняется от глотки. Продолжительное же лечение в таком по-
ложении во время последующего лечения чрезвычайно тяжело для
больного.

5) Langenbeck ⁴⁾ таконструует горлаше поверх трахеотомиче-
ской трубки куском губки, обработанной из эфиром раствор
йодоформа. Губка прижимается из кривой пазуховой пазы и

ведется через трахеотомическую ранку поверх изогнутого кир-
данта, нить обвивается вокруг шеи. Способом излагать был
40 раз; при чем ни в одном случае даже после 12-ти днев-
ного пребывания таковой во рту не произошло, ни разложения
поддержанного секрета.

По простоте и легкости исполнения этот вид таконлады пре-
восходит все предыдущие и вполне заслуживает внимания, если
только при указанной обработке губки можно получить вполне
надлежащий из антисептическим свойств материал.

Но прибавлять к этим сложным и в том же не всегда
полностью надежным способам, какими является предложение
Thierack'a и Miesel'a, в большинстве случаев, пользуясь
идеи Langenbeck'a, можно совершенно упростить технику тако-
нлады; при чем без лишней траты времени и без особых
затруднений получается не чуть не худший эффект и устраняется,
кроме того, все неприятные случайности, которые возможны при
указанных способах. Такая таконлада достигается наложением
поворач простого несомкнутой канюли полусферой обыкновенной апте-
тической, или йодоформной марли, которая вводится из се-
сторон трахеотомической раны до начала операции, или же со сто-
роны горлаше после аспирации последней ⁵⁾. Такой таконкой, в
случае необходимости, может быть легко и удобно заменена
иная во время операции. Этот способ заслуживает продолже-
ния особенно у детей, так как в этих случаях наложение
таконструющей канюли сопряжено с громадными затруднениями.
Собственно **таргетония** разделяется на следующие моменты.

А. Обложение марли. Различия между частой делается по
обычным правилам по средней линии; при том здесь не аспири-
руется никаких затруднений со стороны подлежащих органов.
Кровотечение несомнительно и легко останавливается обычными
средствами, так что предложение Streiber'a ⁶⁾—применение опе-
рацию помощью термостатура—является совершенно излишним.
К тому же работа с таким вырезанным инструментом не
востановит преста, чтобы отдать ей предпочтение; с другой сто-
роны, и не всегда можно быть уверенным в том, что все таким
удается расчлен безболезненно (Kösig). По Miesel'y ⁷⁾ термостатура

¹⁾ Восточном виде канюлы такой Hahn'a.

²⁾ Schickola. Zur permanenten Tracheotomie des Menschen. — Centralbl. f. Chirurg.
1888 год.

³⁾ Ibid.

⁴⁾ Ibid.

⁵⁾ В некоторых случаях операция производится сначала из отдаленной ранки.
⁶⁾ Streiber. Zahn Fülle von Thierack's. Dierckel. Würzburg 1868.

⁷⁾ «История 1861 г.

даже усиливает наклонность к вторичному кровоотечению, вследствие расширения артерий и образования струны. При этом толь образующийся струн несомненно нарушает работу, так как она является препятствием к подтеканию жидкости. Между тем конечный результат операции во многом зависит от момента правильного разрыва хряща.

По разрыве кожи лопаткой тушак инструментом проникает глубже между ободок шн. *sterno-laryngei* и обкалывает гор-тани.

В. Векрови¹⁾ применял. После двухстороннего обезболивания арт. способ для предотвращения кровотечения, разскалывал значительную щель, из разрыва вводил кругчатый нож, которым и разскалывал хрящевидный хрящ шпунта внаудачу, вконец между ободком гортановыми связками.

Если уже до операции было констатировано расширение одной из связок, то, как делалось *Bilroth*, можно разскалыв хрящ параллельно средней линии, избегая из стороны коронарной связки, чтобы таким образом избежать истонченной дужки.

*Kohler*²⁾ с целью избежать разрыва голосовых связок рекомендовал такой прием: после разскалыв нижней части щелевидного хряща разскалывают несколько поперек яру и при помощи отраженного света определяют веревку конхосурр. Зетбах уже легко ввести коронарный разрыв. Этот способ заслуживает внимания, особенно в случаях ассиметричного разрыва угла щелевидного хряща, когда, следовательно, из по ободку подлежащих связкам хрящевидного для точной ориентировки.

*Schickel*³⁾ в своих случаях разскалыв хрящ снаружи изнутри, а затѣм лопаткой обкалыв разскалыв связку ободку сверху вниз.

У старых субъектов хрящ окостеневает настолько, что приходится прибегать къ помощи пневматика. Способ этот не всегда, однако, оказывается выгодным из виду того, что такое разскалыв хрящевидной пластинки часто сопровождается разскалыванием впахи гортани.

Bilroth для устранения этого нежелательного осложнения пользовался небольшой пилкой.

Steiner допускает разскалыв хряща помимо термокаутера. Такой образ действий не может считаться рациональным и не заслуживает поощрения, так как термокаутер дает несравненно большую рану, благодаря лучевой теплотѣ, которая действует и на ткани, не приходящие в непосредственное соприкосновение съ термокаутером. При таких условиях возможно более обширное раневое поле связано, чего, конечно, должно избегать.

Кроме того раны, нанесенныя термокаутером, в большинстве случаев по отпадении струны заживают без грануляций. Таким образом изпадает возможность получить воспаление рож приан, которое при благоприятных условиях может быть достигнуто и при ранениях гортани, как это наблюдалось не раз.

Права, по мнению *Wesche*⁴⁾, первичное заживление возможно и при обуглованных ранах, если струна настолько толста, что въ нее могут проникнуть кообразованные сосудистые петли. Не въ нашей власти, однако, регулировать толщину струны и въ случаях данных случаев, так как послѣдняя зависит не только от высоты пневматизации, но и от степени плотности подлежащих разскалыванию тканей (*Wesche*).

С. *Zimmermann*⁵⁾ орудия. Ся целью открыть доступ из орудия, разскалываю несколько возможно поперек хряща помимо кровенос, для чего удобнее пользоваться тушак, так как острое лезвие при томъ накали, которое необходимо для широкого разскалыв раны, легко может причинить лишнюю повреждение содержанию дужки частот. Особенно тщательно слѣдует избегать ранения здоровых голосовых связок.

*Landgraf*⁶⁾ приводит случаи, гдѣ, по его мнению, на и безъ повреждения голосовой связки стрижка причинит повлекла за собой опухоль, состоящая изъ фиброзы тканей съ примесью эмметических элементов⁷⁾.

Для ускоря операции требуется глубокий наркоз и хорошее освѣщеніе полости гортани помощью рефлектора.

Экстирпация опухоли производится скальпелемъ, ножницами, острой ложкой. Въ интересах радикальнаго удаления, особенно при злокачественных новообразованияхъ, необходимо оперировать

¹⁾ *Bilroth*. De la tumeur innée de l'oesophage par le thermocautère.—Centralbl. f. Chirurgie. 1882 r.

²⁾ *Kohler*. Laryngoplastica Mittelfinger.—Centralbl. f. Chirurgie. 1891 r.

¹⁾ *Kohler*. Anatomischer Beitrag zum Capitel der Laryngoplastik.—Berlin Klin. Wochenschrift. 1892 r.

из здоровых тканей и удалить все пораженное возможно оперативно. С этой целью, а также и с целью остановки кровотечения после окончательного удаления опухоли, основание последней нагнетается прижатием термостерепеа, притока с большой осторожностью из области позвоночных сосудов.

Д. Замечательной помощью — помощью, сыворотки раны. Плотность горловины оказывается компрессии или асептической марли в течение тангоидирующей для окончательной остановки кровотечения. Когда это достигнуто, временный тангоидирующий материал изодермальной марли. Необходимо заботиться о том, чтобы концы компрессии были обращены в полость горловины, ибо в противном случае вода или другая влага воздуха она может сорваться из трахеи и, раздражая слизистую оболочку последней, вызвать мучительный для больного кашель. Kähler приводит подобный случай из собственной практики.

Съёмкой и герметизации раны поступают двумя: 1) либо отслаивают их открытием, 2) либо зарываются омытой шеей.

1) Первым способом следует пользоваться:

а) в случае обнаружения поражения горловины аномальными новообразованиями, так как этим дается возможность при последующих течениях следить за состоянием окружающих частей, и, в случае необходимости, которыми распространяются и при желании удалить всевозможные во время операции остатки перешедших тканей;

б) в тех случаях, когда после удаления хотя бы и доброкачественных новообразований остается значительный дефект с обширной прижатием поверхностью, так как при таких условиях всегда возможно обильное нагноение; при открытой же ране можно легче контролировать состояние гноя из легких;

с) во всех случаях, где нет надежды на восстановление функции горловины, где поэтому целесообразное лечение не имеет причинять вреда в этом отношении, — так должно отдавать предпочтение этому способу, так как такая операция надежнее производится тяжелой околочной со стороны легких.

Если весь поврежденный оставит рану открытой, то полость горловины тангоидируется, как сказано было выше, полостью изодермальной марли.

Преимущество такой тангоидации Schaller¹⁾ видеть из следую-

щих: а) она избавляет от кровотечения и инфекции раны, б) предотвращает приращивание опухоли, носа и сектора раны из трахеи и бронхов, с) большие непосредственно или сразу после операции могут глотать; глотание часто ухудшается после удаления тангоидации.

Антисептическая тангоидация имеет еще одно весьма важное преимущество, на которое указал Schaller¹⁾. По мнению Schaller'a, одной механической коагуляции раневой поверхности отчасти трахеи еще недостаточно для устранения последовательных поражений легких. Так как аспирационная пневмония возникает при тех условиях, когда из частицы пищи, секрета рта и раны прибывают тангоидации вещества, так как, дабы, вазонии и случайными несомненно повреждение легких — септический пневмония, обильным слоем приоткрытой приему поступают септической материи от раны, — то главное внимание должно быть поэтому обращено на предотвращение тангоидации ранах секретом в вообще жидкостей, которые могут проникнуть в полость рта. Вещь эту — абсолютную стерильность и должно быть устранены антисептической тангоидации, отчасти же, по предложению Schaller'a, антисептически промыванием полости рта и глотательного большого помещению глотательного гноя или per os (Kähler).

2) Закрытие раны имеет конечно целью привести к возможно нормальному взаимному расположению раздвинутых частей, особенно же пластинки цитовидного хряща, а следовательно, и позвоночного сустава.

У взрослых субъектов, при полной здоровой (неофитозной) цитовидной хрящ, всё возможно его, благодаря большой эластичности отдал последних, прирастанием одна к другой самостоятельно настолько хорошо, что шов не большей части является излишним. Однако, и в этих случаях для большей безопасности следует рекомендовать наложение шва.

У детей и стариков хрящ лишены указанного свойства. У первых они недостаточно эластичны и хрупки, в виду значительной толщины поверхности хряща, в старости хрящ могут легко надорваться друг на друга; у стариков хрящ терять необходимую эластичность. Поэтому в обоих случаях необо-

¹⁾ Arch. f. Klin. Chirurgie, 1886 г.

¹⁾ Schaller. Über Verhütung der Schalldrüsenentzündung bei Operationen am Larynx. — Centralbl. f. Chirurgie, 1883 г.

дно пробить — из положения ана, если идти к тому вереническим или выше протаномованый.

Синий, слабую оболочку горной ильи необходимости, да кь тому же положение такого или представлять историка удобства и требовать большой аккуратности, так как неправильное сильное может повредить нормальное шланное расположение голосовых связок ¹⁾.

Шош хрипа по большей части также является шумным, тем же быть, что, по мнению *Вильо*'а, после всестороннего размышления от перестает слышать достаточной оворой. В случае необходимости можно синить и хрипу, но опасаясь вероятных последствий, чего так боялся прежде. Опыт показал, что верою хрипа обуславливается не шумом, а полным асептичностью рана (*Schackard*).

Вь большинстве случаев можно ограничиться наложением или на перхондрий и на расположенный синий горной (*lig. conic.*), причем должно убедиться о весьма точной, аккуратной приложении хриповых шероховатостей.

Что же касается синения глотных частей, то кь этому она заслуживает рекомендации, сь одной стороны, вь виду того, что очень достигается более тщательное подожидание частей горной, сь другой — дается одно изь необходимых условий изжелеия рана рег ринком. Шовш конровок можно накладывать при условии, если горной была предварительно также широта шовш, ибо вь противном случае, вследствие проницаема воздуха вря канальном движении через разрыв хрипа, может развиться подожиданная инфекция.

При закрытом лечении горной рана таинственно может быть достигнута вследствие пальсояс годоформной марли через трахеотомическое отверстие.

Последовательное лечение. Само собою разумеется, что вь асептич рана должна быть соблюдена самая строгая чистота. Несомненный, истонченный таинств следует предостеречь чаще смываюу, вь виду того, что при последних условиях рана может быть легче затронута. Поэтому довольно вниманя требоване *Вильо*'а не идти таинств по крайней мере до тех пор,

¹⁾ Какь исключение хриповых или: случаи *Оппенгейм*'а, когда болезненно исключаются лишь даже из голосовых связок.

позд рана не покроется грануляциями, чтобы такь самым уменьшить опасность инфекции и исключительного кровотечения ¹⁾.

Требование его исполнения, широкое, но во всех случаях. Если таинств скоро закрывается обильным разрывом отдаленных, ищей и пр., которая притоки скоро подвергается разложению, и, благодаря естественной септисемии организма, температура тела быстро повышается, — то при таких условиях необходимо идти таинств по крайней мере до возможности.

Вря исключительного удаления таинств из различных случаях заручиться иь довольно широким предельном. Вь случаях *Вильо*'а, означенных *Schackard*'ом, таинств оставался безвредно оть 5 до 10 дней, пока оть самь по себе не разрыхлился. *Schackard*, придерживается таинств же принципа. Вь таких случаях может явиться необходимость продлить таинств до более долгого вря.

Удалить таинств следует возможно раньше, пока только ищется необходимость кь ней, такь какь далее пробивание шланн неудобно, — сь одной стороны, вь виду неблагоприятного влияния на последующую функцию голосовых связок, сь другой, — вь виду возможности образования грануляционных стенозов, протекти трахеи ²⁾ и пр.

IV.

Показания для проведения интратрахеальных операций вообщем. Сь целью экстирпации новообразований горной показаня определяется многими условиями, — отчасти индивидуальностью больного, отчасти характером новообразования.

- А. Вь отношении больного заслуживают внимания: 1) возраст, 2) возможная раздражимость слизистой оболочки глани и горной, 3) угрожающие жизни симптомы.

1) Вь детском возрасте показаня вь общем экстраларингеальный метод, такь какь вь этих случаях безотчетливый просперий, вследствие сравнительной узости глани и горной; сь другой стороны, безотчетливо больших этого возраста чрезвычайно затрудняется производство интратрахеальных операций и длаются ихь

¹⁾ *Sider*, l. c.

²⁾ *Albers* вь своей книге «Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre» рекомендует о лечении вь случаях *Boeckeler*'а случаи, во которых вышло кровотечение отчасти одной интратрахеальной а. *Thyroiditis*; последующие кровотечения привели кь смерти.

даже опасными, потому что при таких условиях легко могут быть внесены нежелательные перемены. Возраст, однако, не служит абсолютным противопоказанием для интратрахеального метода, так как в отдельных случаях и у детей удавалось удаление опухоли путем курации¹⁾.

2) При комбинированной чувствительности в некоторых случаях может потребоваться вскрытие гортани. В настоящее время, впрочем, случаи эти встречаются не так часто, как прежде, ибо введение кованца в ларингологическую практику расширило несколько область применения интратрахеальных операций.

3) Если присутствие опухоли вызывает грозные симптомы со стороны дыхания—сильное затруднение дыхания, доходящее до приступов мучительной асфиксии, так как только таким путем может быть достигнута быстрая и радикальная помощь. При таких условиях необходимо стремиться к трахеотомии и в последующем по возможности интратрахеальным путем, ибо страдания больного настолько велики, что было бы непростительно подвергать его неприятностям продолжительного и притом не всегда успешного лечения.

В. Что касается показаний со стороны характера опухоли, то на этом отношении должно строго различать злокачественные и доброкачественные новообразования.

1) При злокачественных опухолях—саркома и рак—безусловно несутся вскрытие гортани, так как при строгих показаниях, ограниченности новообразования способом этот может дать несомненно лучший результат, чем достигается удалением, правда—невозможно, случаями продолжительного излечения (случай, напр. *Wittich's*, *Becker's*, *Gilman's* и др.).

Саркома в общем редко поражает гортань, несравненно чаще наблюдается рак.

Рак гортани, сравнительно с таким же поражением других частей тела, имеет лучший прогноз, так как он более долго время остается местным и, в виду скудности анастомозов лимфатических сосудов гортани с общей лимфатической системой, относительно можно считать особыми лимфатический узелом,

¹⁾ Визр. *Surra* *Strobel's*, *Leinich's* и др. *Вопросы неонатологии* 3) случаи врожденной опухоли операцией у детей.

благодаря чему значительно отдалается время наступления раковой инвазии (*Streiter*).

Необходимых условий успешного лечения является поэтому ранняя диагностика. При злобных опухолях на плодородности опухоли интратрахеальным способом должны быть оставлены, так как, в противном случае, при безнадёжных повторных попытках может быть произведена помощь, удобная для радикальной экстирпации новообразования.

По *F. Semm's*¹⁾, в описанных случаях за абсолютность лучше говорить: а) крайняя истощенность (кардинальные симптомы чаще берут начало на одной или обеих голосовых связках) и объема опухоли, сильная острота, в) неясность по периферии небольшой опухоли и увеличивающаяся тугоподвижность голосовых связок, с) при опухоли, которая занимает заднюю часть голосовой щели,—обнаруживаются наклонность к дальнейшему росту в направлении к черпаловидному хрящу и в заднюю стенку гортани.

Большинство авторов считает остроту за весьма ранний и постоянный симптом. Из прочих признаков заслуживают внимания—боль в гортани и в глубинной полости, утренняя боль, дисфагия, одышка, кровотечения. *Gottstein*²⁾ указал еще на один признак—инфильтрацию интерстициальной ткани, которая, впрочем, не всегда бывает ясно выражена и может даже совершенно отсутствовать. В одном случае инфильтрация, по мнению *Gottstein's*, существовала во меньшей мере три года (?), прежде чем развилась опухоль; во втором случае инфильтрация была признаком на туберкулезное поражение гортани.

В описанных случаях мы можем пользоваться микроанатомическим исследованием кусочков опухоли, добытых р. в. пол., при некоторых указаниях на софизм можно считать анти-эффитическое лечение; и, наконец, в крайних случаях мы можем для диагностических целей прибегнуть к трахеотомии, с тем, чтобы тотчас же приступить либо к экстирпации такой опухоли, либо к парциальной или тотальной экстирпации гортани. *Streiter* считает трахеотомии, как диагностическое средство, полезной во всех сомнительных случаях, когда возобновляется

¹⁾ *F. Semm*. Die Frage des Übergangs gestartige Kehlkopfgeschwülste in bösartige, speziell nach intratrachealen Operationen.—*Contrib. I. Chirurg.* 1880 г.

²⁾ *Gottstein*. Über die Diagnose und Behandlung des Kehlkopfcarcinos.—*Deutsche med. Wochenschrift*, 1882 г.

новообразованию злокачественного характера. На значение их отчасти, отчасти и паритетно вообще указал уже раньше *Pepper*, а также *Wassil* и *Mossel, Boeck* и др. (*Strober*).

Но если разобщенности и не во всех случаях развития карциномы гортани давать одинаково хороший прогноз. Лучший результаты получаются при экстирпации ранних форм ракавого новообразования, когда оно остается еще совершенно истинный стратификация. В более поздние периоды, когда поражены уже истинные лимфатические железки, кресте шаровидных опухолей при помощи паритетно уже недостаточна, а лишь карцинома или тотальная экстирпация гортани может с удалением пораженных железки в таких случаях могут дать еще той-какую надежду на излечение.

Место первоначального развития опухоли особенно имеет громадное значение для предсказания. Карцинома, происходящая или изнутри голосовых связок, развивается тартоном, которая при таких формах с большим страданием может дать различные исходы (*Solzer*¹⁾. Между тем, при возникла, инфилтративных формах рака, развивающихся из эпителиального покрова слизистой оболочки оболочки гортани, *Wohl* считает возможным только тартоном, так как разобщенность от отличается наклоном к быстрому росту и к метастазам.

2) Из доброкачественных опухолей некоторые могут быть удалены интрагортанальных путей, тогда как другие требуют радикального удаления по причине вскрытия гортани. Последней метод показан безусловно при таких формах новообразований, которая весьма склонны к относительно быстрому росту и к рецидивам.

Такого множественных названий, отличительной чертой которых является их отход наклоности к переходу в злокачественности новообразования, либо самостоятельного, без всякого влияния периода, либо под влиянием тех или других раздражений (*Solzer*). При таких случаях, конечно, следует избрать адекватных мероприятий, необходимых при паритетно-карциномы операциях. Здесь, напротив, необходимо строгий и свободный доступ, чтобы во возможности удалить немедленно все, до возможных патологических форм.

¹⁾ Carcinoma laryngis (historic) histologic carcinoma. *Klinische Chirurgie* von *Freyer*, *Wissenschaftliche* *Operative*.

При хронических опухолях гортани *F. Patelli*¹⁾ считает показанным до преимуществ интрагортанальный метод. Сь истинных *Patelli* можно согласиться, если вспомнить, что такого рода опухоли в большинстве случаев представляют непроизвольные опухоли для интрагортанного удаления, так как они отличаются плотностью составивших их тканей, широким слоем основания и во большей части глубоких расположенных в полости гортани, под голосовыми связками. *Patelli* настаивает на возможно раннее и радикальное удаление хронических опухолей, причем даже с резекцией хряща, так как это сказал *Wohl*.

Хотя в отдельных случаях и удавалось удаление хронических опухолей интрагортанальных путей (случай *Slovka*), *Wohl* однако думает, что при поздней опухоли на широком основании и особенно при субхондральном положении ее экстирпация возможна лишь при помощи тартоном.

При очень прочных доброкачественных опухолях разрыв гортани предпочтительнее интрагортанальному методу, когда удаление со стороны полости рта затрудняется, благодаря истончению опухоли, волочить ее, плотности тканей и обширности основания.

Особенно важно помнить должно помнить, что опухоли, сидящие на глубине *Sis. Meergard* и притом без основания, в тех, более опухоли, расположенные еще глубже в полости гортани, ниже голосовых связок, доступны лишь тартоном.

Что же касается величины, плотности и обширности основания опухоли, то надо не этих условий к отдаленности не составлять еще абсолютного показания для интрагортанальных операций, так как указанные предметы удаляются предельно и при интрагортанальном удалении новообразований.

При составлении указанных выше условий, если, следовательно, опухоли имеют большую величину, сидят на широком основании и очень плотны, следует отдать предпочтение интрагортанальному методу.

¹⁾ *Franco* *Patelli*. *Ueber Kehlkopfgeschwulste des Larynx*. *Centralbl. f. Chirurgie*. 1880 г.

Сравнительная оценка интра- и экстраларингеального методов. Сь истощением сиверекстеноиднаго интраларингеального метода въ отдельных случаях достигнута была блестяще успехи въ этой области, число операций быстро возросло, уменьшилось и число рецидивовъ этого способа удаленія опухоли гортани. Между тѣмъ симпанъ хирурговъ лишь весьма постепенно, постепенно склонился на сторону экстраларингеального метода. Противникъ послѣдняго, не обращая вниманія на терзанія его сторонъ и выставивъ на видъ лишь недостатки, притомъ часто преувеличенныя отъ недостатка, въ своихъ возмущающихъ докладахъ иногда до пазнаго отрицанія значенія этого метода, какъ терапевтическаго агента. Такимъ образомъ возникла борьба жизни, которая достигла своего апогея въ 70-хъ годахъ, когда въ споръ вступила участно одинъ изъ наиболее убѣжденныхъ защитниковъ интрагортанныхъ операций — *Morrell Mackenzie*. Въ своихъ спорахъ съ *Darwin*'омъ о сравнительныхъ достоинствахъ интрагортаннаго метода и тиреоиди *Mackenzie* привелъ эту послѣднюю на степень операции, показанной лишь въ крайнихъ случаяхъ, въ случаяхъ угрожающихъ жизни симптомовъ. Онъ прямо заявилъ, что не слѣдуетъ работать въ интрагортанную способу, если жить угрожающихъ жизни больного suffocantia или dyspnoea. Требованіе это, по мнѣнію *Mackenzie*, сохраняетъ свою силу даже въ тѣхъ случаяхъ, когда не применивъ ларингоскопическій методъ, такъ это видно изъ слѣдующихъ словъ его: «a cardinal law, that an intralaryngeal method ought never to be attempted (even where laryngoscopic treatment cannot be pursued) unless there be danger to life from suffocation or dyspnoea»¹⁾.

Подкрѣпивъ свои доводы статистическими данными, *Mackenzie*, въ виду сравнительной оценки обоихъ методовъ, рассматривать ихъ съ точки зрѣнія: 1) опасности для жизни, 2) шансовъ излеченія, 3) сравнительной трудноты операции, 4) влияния на жевательные органы.

1) **Опасность операции для жизни.** Признавая во вниманіи слѣдующія *Darwin*'омъ возраженія противъ способа первоначальныхъ методовъ

относительно жизни тиреоиди на смертность, *Mackenzie* предлагаетъ эту послѣднюю на основаніи 27 случаевъ въ 7%, тогда какъ, по его словамъ, у кого не было изъ одного случая, въ которомъ смерть была бы результатомъ удаленія опухоли р. v. int. *Darwin*, также опираясь на статистическія данныя, приходитъ къ болѣе благоприятному выводу, определяя смертность послѣ тиреоиди въ 5,4%²⁾. По другимъ авторамъ смертность является приблизительно въ предѣлахъ той-же величины. Такъ, *Schüller* считаетъ ее равной пяти 5/10, *Zelkowsky*—5/10, *Hüter* и *P. Ross*—3/10 (*Streiter*), *Hoffa*³⁾—3,8% (на 104 случая), *Schwenke*—также 5% (на 82 случая), *Becher*⁴⁾—5,8%, собственно 5%, такъ какъ изъ 120 операций было лишь 7 смертельныхъ случаевъ, вотъ какъ одна относится къ другой болѣе, въ высшей степени математическому, уменьшенію отъ колоссала.

Необходимо, однако, замѣтить, что % смертности долженъ быть еще болѣе приведенныхъ величинъ, такъ какъ въ указанныхъ статистикахъ вошли и случаи операций, произведенныхъ въ развѣтчатое время, и что въ подобныхъ случаяхъ леченіе не всегда прощалося строго антисептически. Съ теченіемъ времени мы все болѣе и болѣе замечаемъ рациональнѣе ухода за ранами, благодаря чему теперь почти не встрѣчаются случаи смерти послѣ ларинготоміи отъ дефрита раны и отъ плеврита. Вѣрнѣе съ тѣмъ постепенно совершенствуется способъ операции, а также и послѣоперативное леченіе, такъ что теперь мы можемъ надеяться устранить много изъ тѣхъ опасностей, которыми въ прежнее время такъ часто осложнялись операции на гортани. Въ виду сказаннаго мы имѣемъ надѣяться, что экстраларингеальный методъ будетъ въ дальнейшемъ давать еще лучшіе результаты въ смысле возможнаго процента смертности.

Заслуживаетъ вниманія еще слѣдующее обстоятельство. Въ статистикѣ смертности должно строго разграничивать случаи доброкачественныхъ и злокачественныхъ новообразованій, такъ какъ послѣдніе дажею негражданно худшімъ прогнозомъ, и не только по отношенію къ тиреоиди, но и относительно операций на прочихъ

¹⁾ Онъ приводитъ 5 случаевъ (смерть 2), въ которыхъ операция для жизни не имѣла результатовъ. Приведены изъ этихъ случаевъ еще 20, собранныхъ имъ вторично, изъ всѣхъ 27 случаевъ смертъ только 2 только, въ которыхъ летальный исходъ былъ послѣдствіемъ изъ этой операции.

²⁾ *Becher*, Zur Statistik der Laryngotomie.—Centralbl. f. Chirurgie. 1889 г.

³⁾ *Hoffa*, Die Resultate der Laryngotomie—Therapeut. Monatshefte. 1888 г.

⁴⁾ *Morrell Mackenzie*, On the removal of growths from the larynx.—The Lancet. 1883 г.

встают эти. На это обстоятельство не обращая, однако, должного внимания при составлении статистических таблиц и вычисления процента смертности. *Morbidity* в свою первоначальную статистику внес в случай равного поражения горлана, почему и получила высшей характер смертности. Ошибка эта и была исправлена *DeGrooten*.

Сравнение результатов вы- и интраторакальных методов лучше статистических сопоставлений также не может иметь равновесного значения, так как во доле подлечного способа приходится большинство более легких случаев и весьма значительное количество злокачественных новообразований. Словом, в данных случаях нет той однородности сравнимых деланий, которая и придает статистике смысл и значение.

Кроме того, статистика часто грешит отсутствием беспристрастия, и в этом смысле *Schmidt* справедливо замечает, что «большая основывается на сравнительной статистике, которая в подробностях часто говорит то, что заглавием ее скрывает сама автор».

Интраторакальный метод устремлен также и в том, что при нем возможны некоторые неприятные осложнения, как при выполнении любой операции, так и во время последующего течения. Сюда относятся: обильная кровоточения, воспалительный отек слизистой оболочки и обусловленный им спазм гортани, возможная инфекция, эмболии гематома и инфильтратов на трахею, сращивание газа между фасиями, поражение легочных, плевры (*Salter*), далее — перитонит, острый хронический, остеомиелит после операции фистулы и рубцами слизистой просвета гортани (*Strayer*).

Упомянутые случайности и прежде встречались не особенно часто при интраторакальных операциях, а в них больше теперь, когда современное, рациональное последовательное лечение дает нам возможность в известной степени избежать развития тяжелых осложнений, как подожка эмболии, острый хронический, гнойный плеврит, эмболии легочных и проч.

Кровотечение, в общем незначительное, никогда не достигает опасных для жизни размеров, особенно при упомянутых выше предосторожностях.

Воспалительный отек слизистой оболочки гортани также не может угрожать жизни больного, благодаря предварительной трахеотомии.

Последующие рубцами слизистой весьма редки и во всяком случае не могут быть поставлены в виду самой операции и виду того, что они являются неизбежными последствием длит. и направленных в рациональному удалению новообразований, и, следовательно, возможны при всяком другом методе операции.

Фистулы дыхательных путей также встречаются редко. Кроме того, они не могут быть особенно серьезного значения, так как, с одной стороны, мы имеем в известной степени избежать возможности их в некотором предуврачительном мере (антисептика), но возможность равно закрыть рот дыхательных путей — равное удаление тампона и санации, с другой стороны, в случае необходимости оставшиеся после операции фистулы могут быть закрыты помощью пластической операции.

Между тем иногда при интраторакальных операциях и при интраторакальных операциях. Таковы например обильная кровоточения, наблюдавшиеся в случаях *Ferreri*¹⁾ и *Fanella* (*Schmidt*). В первом случае *Ferreri* вынужден был прекратить новообразование (гемангиома) для исследования; последствием сильное кровотечение вынуждало необходимость производства трахеотомии с целью тампонации гортани; больной, погубил от инфекционной пневмонии.

Fanella наблюдал случай, в котором после удаления острого языка, вследствие кровотоки возникла правая астма; больной, впрочем, выздоровел.

Schmidt, указывая оба этих последних случая, говорит что кровотоки, как результат удаления опухолей во этом способу, могут быть иногда весьма значительны — то временно, то постоянно.

Отек слизистой оболочки и воспалительные стенки встречаются и при интраторакальном методе (*Strayer*). Как последовательный исходник наблюдался тяжелый воспалительный отек и перитонит²⁾.

Кроме того, при интраторакальных операциях возможны и такие случаи, которые современно не встречаются при интраторакальном методе. Введение интраторакального сопровождается насло-

¹⁾ *Opuscul.* I. Chirurgie. 1880 г.
²⁾ *Schmidt* приводит 5 случаев, в которых был последовательный перитонит.

привычками питания, вследствие истонченного слюны glandulae. Так, *Lennox Brown* была принуждена прибегнуть по этому поводу к трахеотомии. *Morre's Mischke* также вынуждена была проделать трахеотомию в 3—4 случаях вследствие приступов удушья, сопровождавших атрофию опухолей интратрахеальных органов. *Witchfield Ward* сообщает случаи suffocatione postquam удалении полости р. ч. nat. (*Schwartz*).

Вследствие закрытия операционного хода кровью, а также вследствие болезненности больных, могут случаться иногда нежелательные осложнения. *Stroky* привел однажды известие раннего некроза (*Schwartz*). Возможно также и случаи удаления совершенно здоровых частей—черепного хряща, частицы надгортанника, перстеноидного хряща (*Lennox Brown* ²).

О возможности попадания в дыхательные пути отделяющихся частиц опухоли упоминают *Streiter* и *Schroter* ³.

Наконец, возможно в таких случаях, как описанный *Brown's* и описанный *Streiter's*. В этих случаях удавление раздражение трахеальной и бронхальной слизистой оболочки могло в кариюзную общую состояние организма, вызвать постепенно усиливавшуюся раздражительность больного, отчасти вследствие непрерывных душевных волнений во время отделяющихся органов интратрахеальных операций, отчасти же, как следствие болезни большого за конечный исход операции. Кроме того, у больного обнаружилось чувствительность к великой возмущенности, чувствительность в области желудка и двенадцатиперстной кишки, которая была в значительной степени, дисфагия, изжога, ощущение холода.

2) *Шансы возврата опухоли.* *Darlow*, сделав трахеотомию, основываясь на превосходстве выстилки на следующих двух общих положениях: 1) что совершенно удаление первичной опухоли, так же как и возможность возврата, и 2) также возможность атрофии в большинстве случаев может быть избежана достигнута помощью расщепления атрофического хряща, так со стороны полости рта.

Это и вызвало изображение со стороны *Mischke*, который по этому поводу говорит—*Darlow* утверждала беспомощность, не

¹) *Schwartz*, l. c.

²) *Schwartz*, Über die Operation eines kleinen Kehlkopfcarcinoms—Contrib. f. Chirurgia. 1893 г.

даже на этот счет никаких статистических указаний... Справедливость первого положения очевидно сама по себе, тогда как второе положение не оправдывается фактами. Из 27 случаев неизлечившихся (non-curable) новообразований, включая сюда и 5 случаев *Darlow's*, — из одного опухоли нельзя было атрофировать совсем, в двух других новообразование было удалено полностью, делаясь негодной жить всего в 4-х случаях еще до окончания операции. Таких образцов, остается 20 случаев: из них возврата было в 5-ти, т. е. в 15 per cent. В двух 83 случаях, выполненных интратрахеальных способом, возврата наблюдалась только в 6, что составляет 6,5 per cent.

Brown на основании своих сравнительных таблиц приводит к еще более удивительному заключению. Тогда как, по его мнению, удаление опухоли р. ч. nat. дает рецидивы в отношении 46:100, при интратрахеальном же удалении это возрастает до 64:100 (*Schwartz*).

Schwartz однако не соглашается с этими упоминаемыми авторами в виду явной ошибочности их выводов. Он писано и обратил должное внимание на то обстоятельство, что *Mischke* писал не свое статистическое и не рецидивировавшие опухоли, почему и получил сравнительно немалый процент возврата после интратрахеальных операций (*Schwartz*).

Самостоятельно и в отношении рецидивов страдают отсутствием идентичности случаев, так как из всей собраны различны новообразования с такой разнообразной склонностью давать возврата. Между тем из этого следует строго различить три рода опухолей: 1) доброкачественных новообразований, которые редко рецидивировавшие, 2) доброкачественных, весьма склонных к возвратам—карцином (здесь опять должно отличать солидарно от злокачественных, так как первые рецидивируют менее часто) и, наконец, 3) из особую группу должны войти все злокачественные новообразования.

Что касается собственно карцином, то при интратрахеальном методе, во мнении *Brown's* и *Mischke*, наблюдается большая частота рецидивов. При одиночных карциномах, впрочем, рецидивы во *Brown's* одинаково часты для обоих методов.

Brown ¹) из 47 злокачественных карцином, интратрахеаль-

¹) *Schwartz*, l. c.

нихъ р. у. кат., повредила 18 позвонковъ (38%), а на 45 позвонкахъ—12 позвонковъ (28%). Число эти показываютъ, что и при интрагортальныхъ операцияхъ рещидовъ весьма часты.

Schäffer ¹⁾, испробовавъ майже *Bronn's* и *Wolfskeil's*, приходитъ относительно инцизии къ болѣе благопріятнымъ выводамъ, а именно—при множественныхъ инцизияхъ рещидовъ встречается болѣе рѣдко, часто послѣ 2-хъ и интрагортальныхъ операций, у дѣтей—даже несколько чаще послѣ послѣднихъ; при одиночныхъ инцизияхъ большая часть рещидовъ наблюдается также послѣ удаченія интрагортальныхъ путей. Въ заключеніе Schäffer говоритъ, что вслѣдствіе сдѣланныхъ имъ опытовъ возможно единственно, заранѣе дать болѣе шансовъ для вышней инцизии—опухлей.

Streck, въ виду огромной выживаемости вышедшихъ изъ позвонковъ, а также и въ переходу ихъ въ злокачественныя новообразования, (инцизиомы), советуетъ при этихъ опухоляхъ избѣгать разрезанія остатаго рожъ и не только во время ихъ интравенозальнаго, но даже совершенно отказываться отъ мысли брать отъ нихъ путей искусственнаго новообразования въ интересахъ жизни ²⁾.

Felix Simon на основаніи статистическихъ данныхъ стараясь одобривать извѣстнаго *Leinweber's*, утверждалаго также что доброкачественныя новообразованія гортани часто вслѣдствіе перенесенныхъ интраларингеальныхъ операций переходятъ въ злокачественныя. *Simon*, напротивъ, доказывалъ, что достоятельные случаи подобнаго рода чрезвычайно рѣдки и что спонтанной переходъ въ злокачественныя новообразованія встречается даже несколько чаще. Такъ, при интрагортальныхъ инцизияхъ такое же

измѣненіе характера опухоли наблюдалось въ 8216 случаевъ 53 разъ (0,40%), самостоятельное же въ 2551 случай—12 разъ (0,47%) ³⁾.

Тѣмъ же авторъ, если допустить, что доброкачественныя новообразованія (инцизиомы) послѣ интрагортальныхъ операций могутъ получить злокачественный характеръ, а тѣмъ болѣе, если они обнаруживаютъ и самостоятельную склонность къ такому переходу, то имъ можно подлежатъ аналогу сомнію, что этогъ видъ опухолей требуетъ радикальнаго удаленія. Большинство же авторовъ считаетъ такую радикальную интравенозную, особенно при множественныхъ инцизиомахъ, вышедшихъ лишь при помощи ларинготоміи—*Ross, Stryck, Alford, Koss, Schaeffer, Schaeffer, Streiber, Kröwisch* и др.

Справедливость этого положенія вытекаетъ не только изъ чисто теоретическихъ соображеній, но доказывается также и фактами. Въ интравенозѣ встречается много отдѣльныхъ случаевъ, въ которыхъ радикальное гортанъ дало прекрасные результаты.

Вотъ въ частности изъ книгъ *Donnet May* удалось при помощи интравенозной инцизии въ результатѣ получить хорошей голоса, дѣлать совершенно безразличными (*Schaeffer*).

Въ случаѣ *Parker's*, относящася къ дѣвочкѣ 5-ти лѣтъ, результатомъ была столь-же хорошая по праместіямъ 7-ми мѣсяцевъ послѣ операции (*Schaeffer*).

Schaeffer ⁴⁾ описываетъ случай, въ которомъ была произведена ларинготомія у женщины 42-хъ лѣтъ, страдавшей озлокачествленіемъ гортани, на 14 лѣтъ до операции ларингеальной гортанъ и инцизией въ тѣченіи 5-ти послѣднихъ лѣтъ единично. Гортанъ была выколота интравенозными разрезами, которые и удалены поспѣшно ножницъ, острой иглой и термометромъ. Случая 14 мѣсяцевъ болѣла вышедшихъ инцизияхъ, гортанъ была опять въ видѣ, широчай, несколько пониженъ. Внутренняя поверхность гортани представлялась нормальною по отношенію къ окрестн., формѣ и движенію частей; только въ задней четверти лѣвой голосовой складки видѣлись мѣстныя дефекты, обусловливавшія инцизию непереносимости смѣшаннаго голосового смѣска.

Въ случаѣ *Schaeffer's* случая 5^{1/2}, лѣтъ послѣ операции было

¹⁾ Schaeffer, l. c.

²⁾ Strol. Über Laryngotomie von Krebs. Helsing oben Felix mit Beschreibung von vier Fällen von Epitheliom.—Wien med. Wochenschrift. 1887 n.

Она приводитъ интересный случай. У одного больного съ разсѣченными рожъ 5, выколота рожъ въ началѣ 30 лѣтъ удаченъ въ рожъ интравенозными разрезами вѣтвей голосовой складки. Въ концѣ ноября у больного возникъ разсѣченный рожъ. Прогнозъ весьма благоприятный рожъ новообразования, что и исполнило К. вывелъ съ помощью предпринятыхъ интравенозныхъ разрезовъ. Удачно была вся гортанъ, заранѣе выколота и интравенозными, интравенозными и одной системы гортанъ, интравенозные новообразования, острымъ. Случая 5 лѣтъ послѣ операции видѣется чрезвычайно себя очень хорошо, гортанъ почти, такъ какъ образована рожъ голосовой складки въ задней четверти лѣвой складки гортанъ и основана интравенозная.

³⁾ F. Simon, l. c.

⁴⁾ Schaeffer, 29 jährige Heisekel, 5 jährige Hämorrh. Laryngotomie—Berlin. Klin. Wochenschrift. 1888.

полное выздоровление без всяких функциональных расстройств (Streiter).

Streiter в своей работе, говоря об успехах термотонии, приводит 10 случаев паллиума (7 сл. *Simon Wagner's*, *Böcker's* и *Stoner Allen's*), из которых в 8-ми достигнута была полное выздоровление, в двух же оставшихся была летальная исход — одна большой погуб от остепеческой инфекции, другой от *коккертузиса*, вбродно, туберкулезного характера.

Но во всех случаях, конечно, бывает однократно хороший исход. Так, *A. Fiete*¹⁾ приводит из клиники *Möcker's* 3 случая дарагифосурии по поводу паллиума герпане. В одном из них при исторических мекладомонических, после операции, не удалось обнаружить появления новых узлов, и во время выхода больного из паллиума, из полости герпане выскит не было видно паллиоматозных разрастаний. Во втором случае возобновилось свободное дыхание, головк был выжит, хох и истерик. Наконец, третий больной, по поводу на истерику операцию, все-таки не был избавлен от рецидива.

Приведенные выше факты показывают, что полное шлечение возможно даже и при весьма запущенном страданн, как это было в случае *Sommerbrodta's*. Само собой разумеется, что наилучшие результаты могут быть достигнуты в самых ранних стадиях развития болзанного процесса. Поэтому необходимо оперировать возможно раньше, во время малоразвития в безобидных контактах удалить новообразование интраорганическим путем.

По отношению к амплачественным новообразованиям оба метода не могут быть сравнены в виду того, что во деле интраорганичного метода падает весьма ограниченное число подобных случаев. К тому же большинство хирургов, во справедливости, совершенно отрицает возможность удаления амплачественных узлов по тому же самому способу.

Schowitz, привел случай эстрипации узловой этой рода интраорганическим путем, прибавляет при этом, что интраорганический метод приближен несколько раз к амплачественным новообразованиям, однако по заключению шду представлялись доброкачественными коллима; почти всегда сформал

¹⁾ A. Fiete l. c.

родится, и ускоренный рост погуб исторических понятий указывает на амплачественный характер».

Саркома герпане была удалена р. ч. пат. *Tait's* от, *Goldstein's*, *Mackenzie*, *Schelsch's* и др. По опыту во многих случаях трудно составить себе более или менее определенное представление о достоинств метода, так как конечный исход операции либо совершенно не удачен, либо указали весьма источны и колеблн²⁾.

При развитии новообразований герпане *Schowitz* совершенно отвергает интраорганический метод лечения, случае же прекращения этого процесса, при таких условиях, объясняет диагностическими ошибками. Он приводит два подобных случая *Kriehuber's*³⁾. Также не почитал удачен *Myler*, *Schulder*, *Chivi* и др.

*Sloder*⁴⁾ удалил по поводу галиоматозической погуб операцию интраорганического головного шлечения; спустя 6 месяцев рецидив не был.

В случае *Freder's* была удалена р. ч. пат. также интраорганического головного шлечения; после операции потребности интраорганического шлечения и спустя 4 года после повторной интраорганической операции не было рецидива (*Streiter*). Это единственный благоприятный исход среди остальных неудачных попыток.

Streiter так же не имеет никаких оснований амплачественного метода, относительно же интраорганических операций думать, что такой образ шлечения не только нецелесообразен, но даже вреден. В подтверждение своего слова он ссылается на следующий случай.

¹⁾ Тит удалил этот узел путем операции шлой интраорганического шлечения; больной интраорганическим фибро-сарком. В случае *Mackenzie* была удалена также фибро-саркома шрой интраорганического шлечения; больной издал интраорганическим шлечением шрой шлечения. *Goldstein* удалил интраорганическим шлечением шлой шлечения; рецидив потребовал повторной операции. *Freder* удалил интраорганическим шлечением шлой шлечения; рецидив потребовал повторной операции. *Myler* удалил интраорганическим шлечением шлой шлечения; рецидив потребовал повторной операции. *Schulder* удалил интраорганическим шлечением шлой шлечения; рецидив потребовал повторной операции. *Chivi* удалил интраорганическим шлечением шлой шлечения; рецидив потребовал повторной операции.

²⁾ В одном из этих случаев болзане при историческом прекращении новообразования рецидив был получен во 23 месяца в другом болзане в шлечении 2 года.

³⁾ *Sloder*. Case of sigmoid tumor of the larynx treated by intralaryngeal operation. — *Quart. J. Chirurge*, 1891 г.

Schlesinger предложил одному больному, у которого был разрыв перегородки drums, восстановить новообразование. Больной же согласился на это и обратился за помощью к другому врачу, пользовавшему его в течение 4-х недель акустическим средством интратарангиально. По истечении указанного срока больной страдал сильными дисфоническими припадками; новообразование стало разрастаться, глубоко кельмировалось и даже перфорировало пиллоиды.

Результаты удаления злокачественных опухолей путем расщепления гортани авараны того более утешительны, так как в некоторых, правда, немногих случаях было достигнуто совершенное излечение, во большинства же случаев жизни больных продлевалось на более или менее продолжительное время.

Во виду редкости операции гортани во время в числе произведенных по этому поводу операций. Винон из 1878 году жечь собрал только 4 случая; из них пять из двух рецидивы возникли в течение 1—2 месяцев, из двух других — возврат не было спустя $7\frac{1}{2}$ и 8 месяцев после операции (Schewetz).

Во случае *Geuder's* саркома не дала рецидива спустя 6 месяцев (Stroffer).

Во случае *Bassal-Hagen* *) удавить круглоклеточную опухоль, и спустя 1 год после операции возврата не замечалось.

Schewetz упоминает случай *Винон's* (саркома надгортанника), в котором по истечении 18-ти месяцев после фаринготомии больной пребывал в хорошем здравии. Во этом случае констатируется удавить новообразование р. ч. пять два раза по удалении, так как каждый раз снова появлялся рецидив.

Несравненно чаще интратарангиальный метод применялся с целью удаления разнородных новообразований, так что во этом отношении наиболее больше описанных данных.

Винон на 15 случаев карциномы гортани составил одно исследование; во 7-ми других — большие успехи после операции еще 6,7 (2 раза), 9 $\frac{1}{2}$, 12, 26 и 57 месяцев (Stroffer).

На основании своей статистики *Heffa* приходит к заключению, что во тех случаях, где возможно было оперировать во оперируемых частях, простая ларингофистула три раза повела к первому излечению — 2 случая *Billroth's* и 1 *Solis Oes's*.

*) F. Bassal-Hagen, Über einen glücklich verlaufenes Fall von Larynxcarcinom mit Exstirpation eines Knochentumors mittelst der Stimmritze. — Central. f. Chir. 1899 n.

Solzer описать 10 случаев ларингофистуры у разнородных больных, произведенных во клинике *Billroth's*: 3 больным умерли во течение первых 10 дней; 2 раза через несколько недель возврат, потребовавший повторной операции; 1 раз потребовалось несколько раз тотальная экстирпация гортани; один больной умер от рецидива спустя 2 $\frac{1}{2}$ года; во одном случае между операциями неважно; двое больных во времени заболевания были связаны от рецидива, во одном случае — во течение 2-х месяцев, во другом — возврат не было спустя 8 лет после операции.

Вопреки мнению *Винон's*, утверждавшего, что при разрыве Чехия можно достигнуть только некоторой парциальной экстирпацией экстирпации гортани, *Solzer* считает достоянием и просто вырванные новообразования при условии строгой асептики и следствия на санитетической оболочке.

Во случае *Sand's* спустя 22 месяца после операции констатировано было развитие анастомоза между, тогда как во гортани неметало рецидива во было (*Schewetz*).

Silcock *) сообщает случай *Винон's*, во котором спустя 1 год после удаления инфильтрирующего разнородного новообразования, более исследование выявило, что оставший после операции опухоли дефект парализовал тонкую слизистую оболочку. Спустя 5 год после операции, больной чувствовал себя несколько хорошо, что *Silcock* считал его излеченным.

Большой к. *Bergmann's* не имел рецидива спустя 42 месяцев (*Stroffer*); больной *Bickel's* прожил после операции еще 4 $\frac{1}{2}$ года (*Schewetz*); во случае *Тайнман's* *) рецидива не было спустя 6 лет. Наконец, упомянутый случай *Solis Oes's* относится к больному, который даже по истечении 20-ти лет после операции чувствовал себя хорошо, говорил шптане, жевал и оставался некоторою ослеплым.

Итак, весьма хорошие результаты были получены во случаях — *Solis Oes's*, *Billroth's*, *Тайнман's*, *Винман's*, *Bickel's* и *Bergmann*.

3. Среднеклеточные опухоли оболочки ларинкса во отношении их лечения. Уже *Мюллер* считал типичным во этом смысле быть ларинго операция сравнительно с интратарангиальными сто-

*) Silcock, Beitrag eines Larynxcarcinoms durch Exstirpation eines Theils der linken Hälfte des Kehlkopfes. — Central. f. Chirurgie. 1891 n.

*) Тайнман, Untersuchungen im Kehlkopf. 1885 n.

собой. И действительно, при последних, оператору приходится продолжать такую массу затруднений, что выполнение этого метода требует особенно благоприятного сочетания многих условий, благодаря чему несколько подобный операций возможно лишь в довольно ограниченном числе случаев.

Успеху операции зависит не только от умения и опытности самого оператора, но она обуславливается еще и многими другими факторами, как, например, индивидуальностью больного, характером опухоли (из истолологических и проч.).

Так, у инактивных субъектов помехами чувствительности слизистой оболочки глотки и гортани на крайней мере из-за процесса заживления, во многих случаях представляли серьезную трудность при операции. Вышеописанная проназальная интубация с помощью движения, снарядов *Shick's*, ввиду затруднения дыхания, проводилась больше в безболезненном, обездвиженном состоянии больного, благодаря чему часто требовалась громадная усидка и настойчивость со стороны оператора, иногда не означавшая операции становилась полностью бессмысленной.

Winn's описани указаниям сего метода над больными, для удержания которых из возможного положения иногда требовалось уложить нескольких помощников и даже самозажимы больных (*Schick's*).

Для устранения этих неприятных явлений из прежние время приходилось пробовать из постепенному приучению больных к новому приспособлению интубатором, что иногда отнимало много времени, прежде чем являлась возможность приступить к самой операции. При всем том окончательный эффект из большинства случаев не мог быть достигнут только после длительного периода лечения, на что требовалось еще больше времени—неделя и даже месяцы.

Во настоящее время, благодаря применению техники, упомянутой выше в отношении сего стали достигаются истории. Однако, и теперь встречаются такие случаи, из которых чрезвычайная боль имеет содействовать прекращению для интубаторных операций. Тем не менее востановили при помощи подачи дутья возможность оперировать боль и менее покойно и кратко с помощью которой времени в сравнительно большом числе случаев, чем прежде.

Производство интубаторных операций у детей, как сказано было выше, сопряжено с еще большими затруднениями

вследствие сравнительно узости нормальных путей. При том же в данном случае выдвигается еще один весьма важный фактор—слабость стенок надгортанника, который иногда интересен и желанно содействовать успеху операции соответствующим воздействием.

Многие авторы по согласию с утверждением *Winn's*, *Maschke* и *Winn's*, что не величина, не истологические условия, но ширина зева и плотность ее тканей, во даже вооруженные больше не могут служить препятствием для интубаторных операций. И во самом деле, хотя из отдельных случаев удавалось победить упорность затруднения ¹⁾, тем не менее отнюдь удачным операциям можно приравнивать случаи, из которых попытки удалить новообразование интубаторными путем часто были сопряжены безуспешны, так что являлась необходимость из последующих расчисткой гортани.

Случай *Schick's*'s является весьма демонстративным по возможности из всех затруднений. Металлическая петля, наложенная на фиброзный ящик, при натяжении вырвалась, так что потребовалось вторичное наложение петли уже из более толстой проволоки. Однако, в теперь являлся также новообразование не были расчистены, и петля удерживалась настолько сильно, что пациент имел ее через рот во удален, благодаря чему и пришлось прибегнуть к вскрытию гортани.

Между тем техника приготовления настолько проста, что не требует особенной омовности со стороны оператора в специальном подготовке больного и, по сравнению с самим *Maschke*, доступна даже для ребенка, никогда не прикоснувшегося к этой другой метод. При том известно виды приготовления даже слав шарош и свободный доступ, что размеры опухоли, ее истологические и проч. не могут представлять серьезных затруднений при экстирпации новообразования. Пароль позволяет совершенно устранить все препятствия, которые в противном случае могли бы встретиться со стороны больного. При всем том для окончательного излечения в большинстве случаев требуется весьма небольшой период времени.

4. Влияние операции на возмозможность дыхания.

Этот пункт является одним из наиболее серьезных по-

¹⁾ Случаи описаны *Winn's*, *Schick's*, *Winn's*, *Maschke*, *Shick's*.

ражений задаточной интратрахеальной методой. В достоверности, однако, результаты выторгованных операций не вызывают сомнения не так акушерами-терапевтами, как то старались доказать противники их на основании статистических данных, во всяком случае, беспристрастных. Къ таким результатам можно привести описание и предыдущие указания, — говорить Streiter, — выведя Jelenffy (1873 г.), по поводу которого — «die Kehlkopfoperation ist ein sicheres Verfahren der Stimme». По мнению, — продолжает далее тот же автор, — австрийского врача Meiser в 1887 году из своей диссертации можно прийти къ заключению, что «in den meisten Fällen hebt, wie bei der ersten Anwendung dieser Methode, die Stimme vollständig».

На основании первоначальной своей статистической относительной фониетической результатов операции Meisenic заявил, что голос остался непрерывным лишь въ 22-х случаях из 100, фонию получали въ 40 на 100, больше или меньше значительная охриплость въ 30 : 100 %).

Из 37 случаев, собранных Dohlen'ом, голос восстановился въ 19 (разумеется, не у всехъ больных получился полный нормальный голос), впрочем, во всехъ этихъ случаяхъ дыхание во время операции было совершенно свободно. Сопоставляя съ этими данными Meisenic, однако, противостоятся имъ 98 случаев, полученных как интратрахеальной способом, въ которых $\frac{1}{4}$ дали, по его словам, совершенно восстановление фонию.

Тонким образом очевидно, что в операциях Meisenic метод далеко не безопасен для голосоводящей функции гортани, даже въ рукахъ столь опытного и въ совершенствѣ владеющаго техникой специалиста. Все различие лишь въ количествѣ неудачныхъ исходовъ, причем, какъ очевидно изъ приведенныхъ данных, различия эти вовсе не такъ велики и процентное отношение неблагоприятныхъ случаевъ, являясь для терапевта Meisenic въ его статистикѣ, не соответствуетъ истинному количеству потерь.

Впрочемъ въ этомъ смысле недостатокъ статистики Meisenic была указаны Brown'омъ и Schaller'омъ, по справедливому замечанию которыхъ причину неудовлетворительныхъ фониетическихъ результатовъ во многихъ случаяхъ должно искать не въ самомъ методѣ, а въ тѣхъ неблагоприятныхъ элементахъ, которые составляютъ

характеромъ, свойствамъ новообразования, его истощающагося *) и т. п. Справедливость этого предположения подтверждается также и тѣмъ фактомъ, что при операцияхъ по поводу вторичныхъ тѣхъ функций гортани восстанавливаются въ совершенствѣ (Hoffa). Meisenic, однако, не обратилъ должнаго вниманія на упомянутое выше весьма важное обстоятельство, почему и выводы его такъ значительно удаляются отъ истины.

Впрочемъ, также основывая свои заключения на статистическихъ данныхъ, получая percentage болѣе высокой степени съ хорошихъ исходовъ, а именно — восстановление съ восстановленнымъ голосомъ наблюдается по Brown'у въ 47% всехъ случаяхъ, — съ первоначальнѣйшей фонию — въ 37% и, наконецъ, полная фонию была въ 16% (Hoffa).

Однако и данные, добытые Brown'омъ, не представляли еще окончательнаго рѣшенія интереснаго намъ вопроса. Накопившись съ теченіемъ времени отдѣльные случаи дополнили фониетический материалъ, которымъ пользовался Brown, и способствовали лучшему выводу другихъ авторовъ относительнаго исхода операции къ функции гортани.

Такъ, по Dieler'у ²⁾, 50% случаевъ даютъ въ результатѣ нормальный голосъ, 43% — болѣе или меньше значительное нарушение фонию и только 7% — полную фонию.

Hoffa на 67 случаевъ считаетъ излеченныхъ съ полнымъ восстановлениемъ голоса 60%, съ болѣе или меньше охриплостью (голосъ, однако, оставался яснымъ и слышимымъ издали) — 32%, съ фонию 8%.

Becker, собравшій 120 случаевъ ларингофиссуры, въ образѣ получая шлоды, соединяя съ данными предыдущаго автора. Изъ всехъ больныхъ, по Becker'у, около 60% получили вновь нормальный голосъ (Kähler).

Dieler ³⁾ сообщаетъ о 10 случаяхъ ларингофиссуры, проведенныхъ Knebel'омъ съ 81 г. по 87 г. изъ которыхъ 7 дали восстановление съ полнымъ восстановлениемъ голоса, причемъ изъ нихъ болѣе долго говорить всего, хотя и замечалась некоторая охриплость.

¹⁾ Scherardi, l. c.

²⁾ Hoffa, l. c.

³⁾ Dieler, Ueber operative Chirurgie des Larynx und der Trachea. — Centralblatt f. Chirurgie 1890 г.

Сравнительно худшие фониетические результаты после тиротомии объясняются по *Schäfer*'у тем обстоятельством, что на долю большей предлотовой мышечности тканей, осложненных случаем, тогда так же более легко оперируются по большей части интраортальным способом — с помощью же стороны первой (тиротомии), — говорит *Schäfer*, — является по сравнению с другой афония, однако в признаки далеко зашедшего тяжелого страдания, со стороны же второго — ахрильность».

Schäfer на основании теоретических соображений допускает, что нарушение голоса после тиротомии может быть вызвано: 1) повреждением голосовых связок, 2) воспалительными процессами и 3) разрывом их вследствие равн хрипа (заключение во внимание расположения области голосовых связок).

Заключение первой из указанных возможностей на самом деле вовсе не так важно, как казалось бы в priori, потому что мы, с одной стороны, легко можем наблюдать равные голосовые связки при правильном занесении срединного разреза; с другой стороны, равн голосовых связок заживают в короткое время без других последствий. По подкрепление высказанного *Schäfer* предположения слова *Mackenzie* — «*Wahrhaftige Thatfache, dass Wunden der Stimmbänder schon nach wenigen Tagen heilen. Dies sieht man nach der Exspirations von Geräuschen, wenn sich bereits gründlicher Exspiration von Neubildungen oft die Nothwendigkeit ergibt, in die gesunde Substanz unterhalb derselben einzuschneiden. Es ist nicht bekannt, dass schlimme Folgen irgend welcher Art jemals darauf folgen.*»

Въ тому же случаи съ полным удалением одной из голосовых связок не могут считаться вполне безвредными, так как такие больные (напр., после резекции гортани), по наблюдениям *Hahn*'а ¹⁾, «с временем выучиваются так хорошо говорить, что как будто никогда не были подвержены подобной операции».

Наблюдались и такие случаи, въ которых при обширном уничтожении одной или двух голосовых связок эти последние заживают рубцовой тканью, что в дало бы большим возможность говорить.

Так напр., у больной *Verduin*'а ²⁾ после удаления при

ларинготомии голосовой связки образовалась новая ложулка, а это дифференцирование новой голосовой связки способствовало улучшению речи.

Въ случаи *Schäfer*'а ¹⁾ оба органа были совершенно уничтожены; рубец не только образовался после операции для удаления из рубцовой ткани допуская шестимесячный процесс фониции.

Само собою разумеется, что факты подобного рода единичны и являют собой исключение. Въ настоящее время, однако, благодаря большому развитию акустической физиологии, указана возможность производить заживление эстриларинготомической голосовой связки по плану усовершенствованной пластической операции.

Что же касается возможности для голоса со стороны неопластиченных процессов, то въ этом отношении, шая справедливо замечает *Schäfer*, и интраларинготомический метод не дает достаточной гарантии.

Объяснить существование пластической рубцовой интентивной хрипа интентива, так как хрип въ подобных случаях уже сам собой переходит въ тихое сопереживание и приливает нормальное положение относительно друг друга; с другой стороны, если есть въ этом необходимость, такое тихое и правильное соединение хриповых пластичности может быть достигнуто комбинированным удалением интентива.

Относительно нарушения дыхания, как возможного последствия операций на гортани, должно замечать, что сложение это является чрезвычайное редко. *Schäfer* упоминает о двух подобных случаях, из которых въ одном (сл. *Winn*'а) было случайное гортани вследствие рубцовой связки голосовых связок, въ другом (сл. *Wesdome*'а) — вследствие полного рубцовой служебной гортани, потребовавшее восстановления голоса пластической операцией.

Heff из 104 операций мог найти только два случая, въ которых приходится прибегать къ пластической операции в заключение интентива. По мнению *Heff*, заключение это въ обоих случаях не могут быть поставлены въ вину операции, так как здесь не было необходимости требовалось удаление больших кусков слизистой оболочки гортани.

Поэтому въ возвращении против интраларинготомического метода

¹⁾ *Zeitschr. Otorhinolaryngologie* и *Archiv. Otorhinolaryngologie*, 1890 г.

²⁾ *Leibniz*, I. c.

¹⁾ *Schäfer*, I. c.

служила еще самостоятельной операцией. В ряде случаев удалось допустить закрытие горла и раны малыми частями, т.е., конечно, при правильном уходе за раной, инфицирование раны можно считать обеспеченным, так как это не раз было доказано на животных; в случаях же, где по необходимости приходится отказываться от закрытия раны, забота о консервации послеоперационных ожогах является на задний план, так как сохранение жизни больного и восстановление здоровья его должны оставаться первичной задачей лечения.

В заключение этой главы позволю себе привести слова Ийбей¹⁾, которыми она характеризовала сравнительно давностью вещей конкурирующих методов: «Мы ради движения к полному совершенству ларингоскопических операций, техника которых ныне поражает и усилия которых вынашивают и влияют своей возможностью... Пусть ларингоскопическая специализация развешивает ее порогами, достойной оградой, так как в течение недели и месяцев причита больше и себе самому и как, наконец, можно быть пациентом и врачом. Не возможно ли, однако, указать и на преимущества тиреоиды? И не становится ли отсюда выводом, быть может, блеф и глория ларингоскопических операций? Правда, тиреоиды дает рану и без прототипа не может быть исполнен; однако, теперь при производстве тиреоиды и прибавлении тампонирующей канюлы мы можем делать ее под контролем паротомии и допускать ее продолжительному теребанию большого предвентриального уржавления при всей операции. На основании статистики можно показать, что тиреоиды относится к операциям с наименьшим опасностью для жизни и за миним. опасностью она дает нам свободный доступ к соустью, гарантирует нам остерацию их так, как ларингоскопическая хирургия не в состоянии сделать и приблизительно. Наконец, она не требует плава и ружья, вытвора спидлеса, не может быть произведена выским хирургом. Единственное неблагоприятное последствие, которого должно опасаться после тиреоиды, состоит в нарушении голоса; мы постоянно изучаемся все лучше и лучше устранять его».

Переходу к описанию тиреоиды, произведенных по поводу новообразования горла и в связи с ним высочайшимися учителями проф. В. Ф. Губе.

Самой 1. Омарей Н. П. 25-ти лет. Новообразование возникло в 1877 году. В октябре того года больной, будучи в г. Пскове, подвергся протомии, после чего у него возникла обширная язва в области горла, которая в короткое время была оперирована Губе.

В 78 году, во время лечения, возникло большое вторичное образование. В декабре 79 года возникший большое язва локализовалась под естественным горлом в области горла, под языком слепком. Прогрессировала, по словам больного, распространилась горла новообразование. Лечение оно продолжалось до 15-го марта 80-го года. Во время этого был сделан буржанин был вскрыта язва голосовых связок.

После операции язва в других местах; была, однако, выведена прогрессировать по своему развитию. Так, в октябре 83 года во время операции произошло выделение гнилостной жидкости, вследствие чего в ноябре 84-го в Варшаве была сделана тиреоиды, которая оказалась страшной болезнью, так как в течение довольно продолжительного времени она достигала себя довольно легко.

В 86 году образование было выведено и вследствие этого необходимость операции отпала. При операции язва, однако, не была выведена, и была выведена только с помощью протомии горла рубчатой тканью. Эта операция, по словам больного, была рискованна, и для предотвращения повторения случившейся повторной новообразования буржанин, которое продолжалось около 2-х месяцев, не вывелось.

В декабре того же года другим врачом была сделана тиреоиды горла, новообразование вышло у него в полость рта, была язва горла протомии.

Его марта 89 года больной поступил в клинику, язва горла являла была обширнее. Целое лето он находился (руба и вост) Динке и восту, выходящая излучина язвами функционировать условия. Голос был выведен, лечение не отступило. Динке большой черт тиреоиды горла, который в конечном итоге тиреоиды. Конфигурация новообразования тиреоиды горла являла, так как она вытекала что следовало вода новообразования вытекала тиреоиды.

Ларингоскопическое исследование показало, что большие опухолевидные выделительные новообразования являла обширные язва и горла, причем новообразования инфильтрировались из последних вытекала судорожно закрыты голосовой язва и опухолевидными.

Наружная форма голосовой язва являла, по словам больного, что горла тиреоиды, образование голосовых связок, образование язва. Голосовые связки были соединены в большие операции горла, протомии всей предвентриальной «Фиброзная ткань выделительными язвами, отчасти вследствие выделительных или при предвентриальной операции (язва была рубчатая). Язва и обриваниями в области неравномерности операции голосовой язва.

Протомии горла вода голосовых связок была очень обширная новообразованием спротиворечивого цвета, с гнилостным запахом, вытекало из тиреоиды горла, вытекала конжакия (при излучении вытекала). Новообразованием выделительных вытекала горла тиреоиды язва, прогрессируя язва; после тиреоиды язва выделительных язва, и от язва горла тиреоиды.

Со своим язвам — распространяемый фронталь.

¹⁾ Schuchardt, L. c.

Саркоз 3. Кухляк В. В., 47 лет, болезнь началась в августе 1950 года, в три недели из первой раны появились язвы, возникавшие без всякой причины.

20-го января вновь появились язвы поочередно сначала с правой, а затем с левой стороны дикими разрывными язвами в виде я брыз, так что в начале 1950 года потребовалась ампутация. К началу апреля была удалена левая нога. Поступившие данные не позволяют считать тем, что вначале имелась инфекция туберкулеза, которая и была удалена 5-го января 1950 г.

На коже, однако, обнаружена и на этой ране, большой отяжелевшей на клетку. Характеристическое местное изменение структуры эпидермиса обнаружено на левой голени и плече и на правой стороне горлови, кроме имеющихся отчасти язвочки и на правой части правой нижней конечности и правой голени и плече. Обнаружена также на правой голени и плече, возникающая от дикого зуда, инфильтрация болезненно болезненного цвета, но инфильтрация отчасти не распространяется на окружающие ткани.

Горло, при достижении вскрытия очень чувствительно. Шейная вена сильно увеличена. Со стороны правой дикими изменениями болезненно. Температура тела нормальная, иногда поднимается до 36°. На поверхности раны язва.

Диагноз: воспаление между веной и окружающей тканью. Обнаружено воспаление между веной и окружающей тканью. Обнаружено воспаление между веной и окружающей тканью. Обнаружено воспаление между веной и окружающей тканью. Обнаружено воспаление между веной и окружающей тканью.

22-го марта операция—обширное вскрытие, удаление воспаленной вены и окружающих тканей. Проведена операция по удалению воспаленной вены. Проведена операция по удалению воспаленной вены. Проведена операция по удалению воспаленной вены. Проведена операция по удалению воспаленной вены.

23-го марта. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит густая гнойная масса, $t^{\circ}=39,0^{\circ}-38,5^{\circ}$.

24-го марта. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,0^{\circ}-38,5^{\circ}$.

25-го марта. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

26-го марта. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

27-го марта. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

28-го марта. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

29-го марта. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

30-го марта. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

31-го марта. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

1-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

2-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

3-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

4-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

5-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

6-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

7-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

8-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

9-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

10-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

11-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

12-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

13-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

14-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

15-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

16-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

17-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

18-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

19-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

20-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

21-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

22-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

23-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

24-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

25-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

26-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

27-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

28-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

29-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

30-го апреля. Температуры в пределах нормы. Вечером выхит гнойная масса, $t^{\circ}=38,5^{\circ}-38,0^{\circ}$.

При вскрытии видны створцы. При вскрытой камере большой диаметр ее боковые стенки; чтобы проникнуть в нее, пришлось сделать боковую дырку. Вскрытие производилось с помощью пинцета. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

При вскрытии боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

Диагноз — Мезенцефалит.

25-го сентября. Операция выполнена по тому же способу, как и в предыдущих случаях. После вскрытия боковых стенок, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

26-го сентября. Утром вскрыты боковые стенки, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

27-го сентября. Утром вскрыты боковые стенки, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

28-го сентября. Утром вскрыты боковые стенки, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

29-го сентября. Утром вскрыты боковые стенки, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

30-го сентября. Утром вскрыты боковые стенки, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

1-го октября. Утром вскрыты боковые стенки, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

2-го октября. Утром вскрыты боковые стенки, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

3-го октября. Утром вскрыты боковые стенки, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

4-го октября. Утром вскрыты боковые стенки, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

5-го октября. Утром вскрыты боковые стенки, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

6-го октября. Утром вскрыты боковые стенки, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

7-го октября. Утром вскрыты боковые стенки, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

8-го октября. Утром вскрыты боковые стенки, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

9-го октября. Утром вскрыты боковые стенки, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

10-го октября. Утром вскрыты боковые стенки, обнаружены следующие изменения. Боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани. По вскрытию боковые стенки оказались сформированы из эпителиальной ткани.

большую редкость. Так, Виног. мог найти в литературных источниках 14 случаев экзостозов гортани (се эмбриональных и одного приобретенного), а именно—2 случая Виног., 9 собранных отсюда из литературы, по одному случаю Липшев. и Вербов. Последним точкам развития опухоли в 8-ми случаях были перепончатый хрящик, 194-хх—хитиновый, во остальных двух—хитиновый хрящик и надгортанник. По отношению к месту происхождения новообразований пять случаев принадлежит ко второй из указанных групп.

Затем в своем этимологии образоваться из себе эмбрионального происхождения и наиболее типично хитиновых опухолей, что указывается, возможно, на основании у одного больного экзостозом гортани.

Наконец, во втором случае хитиновой опухоли Виног. во вскрытии своего материала (большое количество не мог пользоваться им для вскрытия) и оказался в том же месте опухоли на пути происхождения как перфорация задней створки гортани.

Как показывать все наши случаи, эмбриональный способ развития опухоли эмбриональных опухолей дает весьма удовлетворительные результаты, даже при значительном отдалении от гортани (3-й случай), так как ни в одном из трех больных не было оснований со стороны легких после вскрытия в зависимости от недостаточной тонкости. Правда, у первых двух больных в конце их жизни появились пневмотораксические фокусы, но это объясняется, конечно, отсутствием рационального ухода, который больше не мог пользоваться и себя на дому. При всех тех особенностях все материалы этого времени спустя после операции и при столь неудовлетворительном объеме исследования больных, когда в одной другой способ тонкости оказался бы недостаточным.

Несмотря на все вышесказанное, все наши случаи показывают, что и при вскрытии гортани были случаи перфорации задней створки гортани, удовлетворительно в фотомикроскопическом отношении результаты. Необходимо заметить, что полное восстановление гортани в данных случаях объясняется ввиду поражения гортани эмбриональными опухолями эмбрионального происхождения, а именно—ввиду увеличения гортани в диаметрах гортани.

На основании всего вышесказанного мы приходим к следующим общим выводам относительно разбираемой операции:

1) Травмотомія является одним из наиболее радикальных видов травмотоміе, так как

а) отличается простотою техники,

б) дает прямой доступ и возможность основательного удаления опухоли сердца,

в) из функционального отношения при современных усовершенствованіях ее техники она не может считаться второстепенною операциею от такой жрѣ, какъ применялось прежде,

г) предосторожніе изъ снискія возстановленія фибріе могутъ быть даже улучшено путемъ пластическаго возстановленія разрывнаго гелозоваго спина,

д) изъ тоу-же при соотвѣствующихъ послѣдствіяхъ леченія она даетъ небольшую процентъ смертности.

2) Предварительная травмотомія является вспомогательной и необходимой, такъ какъ преимущественно ее несамѣтны.

3) Травмотомія inf. является удобна.

4) Предварительную травмотомію и травмотомію необходимо дѣлать въ два сеанса съ небольшою промежуткомъ, для чего совершенно достаточно одно-двухъ дней.

5) Тактикація помянуоу маршъ достойна рекомендаціи, такъ какъ она, вмѣстѣ удовлетворительно закрывая полость легкаго въ костралеіи вторичныхъ ведствъ, представляетъ собо существованіи выгоды изъ снискія простоты ведственія ее. Для тактикадіи во время послѣдствіаго леченія должна отдать предпочтеніе іаферной маршъ.

6) Съ цѣлю уграженія гелозовыхъ спинозъ необходимо возможно равное удаленіе тапной и травмотоміекой капнокъ.

7) Злокачественныя новообразованія во ариунтастѣ, изъ доброячественныхъ-же — панапнокъ и траценія опухоли, а равно и опухоли, пеластушнаго интерторганноу способу на своемъ положеніи, пнотности и объеме, — подлежатъ удаленію экстракардгелознымъ путемъ.

8) Дѣтскій возрастъ, угрожающіе жизни спинозми стенозіи гортани ислѣдствіе опухоли и раздраженія слизистой оболочки ѣзца и сердца возмозуть оостравагантсальнай вѣдствъ.

Въ заключеніе настоящей статьи считаю должнымъ выразить свое искреннее благодарность д-ру М. М. Куликову за предложеніи и помощь.

Докладчикъ докторъ С. Петербурга, 3 февраля 1904 года

Типографіи В. П. Савиной, Стрѣланно 12