

469.
P-32
Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ
въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ
1899—1900 учебномъ году.

Ф.
№ 43.

**ФИБРОМА
ОСНОВАНІЯ ЧЕРЕПА**
(Fibroma basis cranii).

(Изъ Госпитальн. хирургическ. клиники проф. В. А. Ратимова
СПБ.).

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

В. М. ФЕДОРОВА.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были про-
фессоры: К. Н. Виноградовъ, В. А. Ратимовъ и приватъ-
доцентъ В. Н. Гейнацъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Штаба Отдѣлы. Корп. Жанд. Пантелеймоновск., № 9.
1900.

617.8-006

Ф-33

Николай Георгиевич Рубецъ.

Серия докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1899—1900 учебномъ году.

7-Ноя 1936

№ 43.

БИБЛИОТЕКА Харьковского Медицинскаго Института № 5185

**ФИБРОМА
ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА**
(Fibroma basis cranii).

Шифр ВІР ПО 1936

ПРОВЕРЕН

(Изъ Госпитальн. хирургическ. клиники проф. В. А. Ратимова СПБ.).

Библиотека Читальни Харьк. Гос. Мед. Инст. и Академіи наукъ
Мет. кн. № 15942
Шифр. дес. 33

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

В. М. ФЕДОРОВА.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были профессора: К. Н. Виноградовъ, В. А. Ратимовъ и приват-доцентъ В. Н. Гейнацъ.

Имя, № НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА 1-го Харьк. Мед. Института

1966 г. Издатель

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія Штаба Отдѣльн. Корп. Жанд. Навтотейлжонск., № 9.
1900.

1950

Перевчет-60

7 - НОЯ 2012

Докторскую диссертацию лекаря Владимира Максимовича Оедорова под заглавием «Фиброма основана черепа» печатать разрешается, съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ Конференцію Императорско й Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ диссертации (125 экземпляровъ диссертации и 300 отдѣльных оттисковъ краткаго резюме (выпотовъ)—въ Конференцію и 375 экземпляровъ—въ академическую библиотеку). С.-Петербургъ, Февраля 5 дня 1900 года.

Ученый Секретарь, Ординарный профессор А. Даниль.

ВВЕДЕНЕ.

Вопросу о полипахъ носоглоточнаго пространства уже съ давнихъ временъ посвящалось не мало работъ (Manne ¹), Levret ²), но особенно благоприятнымъ временемъ въ этомъ отношеніи можно считать начало второй половины настоящаго столѣтія и послѣдующіе затѣмъ годы. Этому періоду времени принадлежит впервые примѣненіе для удаленія опухолей носоглоточной полости предварительныхъ временныхъ операций, изъ которыхъ многія употребляются и до настоящаго времени (Langenbeck ³), Nélaton ⁴), Chassaignac ⁵), Ollier ⁶) и др.), даѣе, примѣненіе впервые электролиза (Nélaton ⁷), наконецъ, довольно богатая литература.

Несмотря, однако, на значительное количество работъ, вопросъ объ опухоляхъ носоглоточнаго пространства далеко еще не исчерпанъ.

Изучая литературу опухолей верхняго отдѣла глотки, мы замѣтили, что большая часть относящихся сюда работъ посвящена главнымъ образомъ вопросу о леченіи, на описаніе же клинической картины отводятся, сравнительно, весьма мало мѣста.

Нельзя сказать, однако, чтобы и вопросъ о леченіи былъ достаточно разработанъ, доказательствомъ чему могутъ служить, во-первыхъ, диаметрально противоположные взгляды, существующіе въ наукѣ, на леченіе этихъ опухолей и, во-вторыхъ, чуть ли не ежедневно предлагаемые новые способы леченія полиповъ, несмотря на весьма большое количество уже существующихъ

¹) Diverses observations sur des polypes du nez, de la gorge de Manne 1717 г.

²) Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice, de la gorge et du nez 1749 г.

³) Deutsch. Klinik. 1859 г. № 48 и 1861 г. № 29.

⁴) Eléments de patholog. Chirurgie, T. III, 1874 г.

⁵) Traité clinique et pratique des opérations Chirurgie. T. II, 1862 г., p. 434.

⁶) Bull. et memoir. de la société de Chirurg. de Paris 1866 г.

⁷) l. c.

щих. Изъ сказаннаго очевидно, что или существующія операции не исчерпываютъ всѣхъ показаній, или, наоборотъ, недостаточно выяснены показанія къ оперативному вмѣшательству вслѣдствіе неполной разработки клинической картины опухолей носоглоточнаго пространства.

Цѣль нашей работы состоитъ, главнымъ образомъ, въ томъ, чтобы на основаніи 12-ти случаевъ опухолей основанія черепа, наблюдавшихся въ клиникѣ проф. В. А. Ратимова, въ періодъ времени съ 1891 г. по 1897 г. включительно, и изученія литературы представить возможно точную клиническую картину фибромы основанія черепа, какъ наиболее часто встрѣчающагося здѣсь новообразования. При этомъ мы считаемъ необходимымъ попутно, хотя и вкратцѣ, изложить клиническое теченіе и другихъ наблюдающихся здѣсь опухолей, а также, по возможности, описать существующіе способы леченія.

Каждая удаленная опухоль изслѣдовалась микроскопически въ лабораторіи клиники тотчасъ послѣ своего удаленія.

Большинство препаратовъ опухолей, сохранныхъ частью въ спиртѣ, а частью въ растворѣ формалина и Мюллеровской жидкости были во второй разъ гистологически изслѣдованы мною.

Обработка препаратовъ производилась по руководству Кальдена: „Техника гистологическаго изслѣдованія патолого-анатомическихъ препаратовъ. Переводъ съ 3-го дополненнаго и исправленнаго изданія 1894 г.“.

Заливались препараты въ целлоидинъ. Окрашиваніе производилось по способу двойной окраски квасцовымъ гематоксилиномъ Вöhner'a и спиртнымъ растворомъ эозина, а также по van Gieson'y.

Въ своемъ изложеніи мы предпосылаемъ анатомію носоглоточнаго пространства, а затѣмъ послѣ описанія клинической картины и леченія фибромъ основанія черепа помѣщаемъ матеріалъ, которымъ мы руководствовались при описаніи этихъ опухолей — 12 клиническихъ исторій болѣзней и 161 случай этихъ опухолей, собранныхъ нами изъ литературы.

АНАТОМІЯ

носоглоточнаго пространства.

Носоглоточное пространство представляется въ видѣ полости вмѣстимостью около 14 куб. см. (Luschka), неправильно—кубической формы, ограниченной шестью стѣнками и расположенной позади костей лица; спереди она посредствомъ хоана переходитъ въ носовую полость, внизу непосредственно въ средней отдѣлъ глотки.

Большинство авторовъ [(Наншъ¹⁾, Tillaux²⁾, Richet³⁾] принимаютъ носоглоточное пространство за задній отдѣлъ носовой полости, слѣдовательно, считаютъ его частью воздушнаго канала, что, между прочемъ, подтверждается и строеніемъ эпителиальнаго покрова носоглоточной полости, который у зародышей и у новорожденныхъ состоитъ изъ многослойнаго цилиндрическаго рѣсничнаго эпителия и только у взрослыхъ здѣсь встрѣчается и плоскій эпителий въ видѣ отдѣльных полосъ и островковъ, похожихъ на эпителий средняго отдѣла глотки (Disse⁴⁾).

Естественными путями для достиженія полости носоглоточнаго пространства служатъ полость носа и рта.

По отношенію къ основанію черепа положеніе носоглоточнаго пространства соответствуетъ нижней поверхности тѣла клиновидной кости и нижней поверхности тѣла затылочной. Обѣ эти поверхности, ограничивая полость сверху, образуютъ сводъ глотки или верхне-заднюю стѣнку глотки.

Сводъ глотки не представляетъ собою горизонтальной плоскости, а образуетъ уклонъ спереди и сверху назадъ и внизъ; уклонъ этотъ приходится только на тѣло затылочной кости, тѣло же клиновидной кости имѣетъ горизонтальное направленіе. Сводъ имѣетъ продолговато-четыреугольную форму, расходящуюся казди.

¹⁾ Основы анатоміи человѣка, пер. проф. Таренцова, 1888, стр. 336.

²⁾ Руководство къ топографической анатоміи. Пер. подъ редакціей проф. Таубера. 1884 г., стр. 347.

³⁾ Руководство къ хирургической анатоміи. Русск. переводъ 1883 г., стр. 120—129.

⁴⁾ Anatomie des Rachens 1897 г.

Объ кости, входящая въ образование свода, на мѣстѣ своего соединенія образуютъ поперечную, ясно замѣтную на скелетѣ бороздку; соединеніе это у молодыхъ субъектовъ происходитъ посредствомъ хрящевой ткани, послѣ же 20-ти лѣтъ хрящъ замѣняется костнымъ сращеніемъ (Паншъ ²). Нижняя поверхность клиновидной кости гладка, тогда какъ затылочной неровная, на ней находится глоточный бугорокъ, *tuberc. pharyngeum*,—мѣсто прикрѣпленія передней длинной связки, *lig. longitud. anterioris*; сзади къ этому участку основанія черепа прилежитъ передняя дуга атланта, съ боковъ пирамиды височной кости, далѣе, впереди треугольных пластинокъ (*laminae triangulares*) клиновидной кости и основаніе внутренней пластинки крыловидныхъ отростковъ, спереди задній край сошника. По обѣимъ сторонамъ передняго конца тѣла затылочной кости, т. е. въ мѣстѣ соединенія обѣихъ костей, образующихъ сводъ, находятся *foramina lacera anteriora*, по сторонамъ задняго конца—*for. lacera posteriora s. jugularia*. Тѣло затылочной кости соединяется съ височною костью посредствомъ каменисто-затылочнаго шва (*sutura petro-occipitalis*), тѣло клиновидной посредствомъ клиновидно-каменистаго (*sutur. sphenopetrosa*).

Нижняя поверхность костей свода глотки покрыты періостомъ, который по своимъ особенностямъ отличается отъ періоста, покрывающаго всѣ другія кости и носитъ названіе *fibro-cartilago basilaris*. Ткань эта по своей плотности равняется хрящу, въ толщину имѣетъ до 3-хъ м.м., микроскопически состоитъ изъ очень бѣдной упругими волокнами соединительной ткани съ волнообразнымъ распредѣленіемъ своихъ волоконъ (Trautmann ¹). *Fibro-cartilago basilaris* выполняетъ всѣ неровности костныхъ поверхностей, окружаетъ отверстія, заходить во всѣ углубленія, образующіяся отъ соединенія костей и сплетается съ очень крѣпкимъ связующимъ аппаратомъ между переднимъ краемъ затылочной дыры и передней дугой атланта, носящимъ названіе затылочно-атлантовой передней связки (*lig. occipito-atlanticum*

¹) l. с. стр. 67—68.

²) Die Krankheiten des Nasenrachenraumes 1893 г.

anterioris), а также съ передней длинной связкой, *lig. longitudinale anterioris*.

Слизистая оболочка, покрывающая сводъ глотки, имѣетъ тоже свои особенности, рѣзко отличающія ее отъ слизистой оболочки сосѣднихъ мѣстъ. На сводѣ она достигаетъ въ толщину до 8 м.м.; бороздками, направляющимися вдоль свода, раздѣляется на отдѣльныя полосы, которыя часто пересекаются поперечными углубленіями или щелями; нѣкоторыя изъ продольныхъ бороздъ ведутъ въ углубленія, образуемая слизистой оболочкой. Въ задней части свода борозды принимаютъ поперечное направленіе, выходя изъ ямокъ Розенмюллера къ срединной линіи свода, гдѣ онѣ соединяются.

Мѣсто этого соединенія легко опредѣлить, если отъ свободнаго края мягкаго нѣба провести линію перпендикулярную къ своду носоглоточной полости. Раздѣленная такимъ образомъ на части, слизистая оболочка въ области свода носитъ названіе глоточнаго миндалика (*tonsilla pharyngea*), цвѣтъ ея въ области глоточнаго миндалика красновато-сѣрый, оболочка очень толста, мягка, легко разрывается и усѣяна кругловатыми бугорками и ямками. На задней части глоточнаго миндалика не часто находятъ кругловатое отверстіе, ведущее въ слѣпой мѣшокъ—глоточный мѣшокъ (*bursa pharyngea*). Въ гистологическомъ отношеніи отличіе слизистой оболочки состоитъ въ томъ, что эпителий и *membrana propria* пронизаны большимъ количествомъ лейкоцитовъ, здѣсь же встрѣчаются и отдѣльные лимфатическіе узелки шарообразной формы, имѣющіе свою собственную оболочку. Валуэдающія кѣлѣтки, кромѣ того, скопляются въ бороздкахъ и щеляхъ глоточнаго миндалика, проникая сюда черезъ эпителий, который вслѣдствіе этого становится рыхлымъ. Въ подслизистомъ слоеѣ лейкоцитовъ гораздо меньше и расположены они только вокругъ кровеносныхъ сосудовъ; въ этомъ слоеѣ находятъ слизистыя железы, состоящія иногда изъ нѣсколькихъ мѣшковъ, открывающихся однимъ общимъ выводнымъ протокомъ въ щель слизистой оболочки. Утолщаясь такимъ образомъ въ слѣдствіе пронизыванія лейкоцитами и образованія лимфатическихъ узелковъ, слизистая оболочка

принимает на своде глотки характер аденоидной ткани, где propria превращается в ретикулярную ткань, похожую вполне на строю лимфатических желез и, как сказано уже, носить название глоточного миндаля (Disse 1).

Костяк передней стѣнки носоглоточной полости образует задний край сошника и задние края обоих горизонтальных пластинок небных костей; здѣсь находятся хоаны, а на границѣ носовой и носоглоточной полости как раз у основанія внутренней пластинки крыловиднаго отростка клиновидно-небной отверстія, (for. sphenopalatina), ведущія въ крыловидно-челюстную ямку (fossa pterygo-maxillaris), откуда существуетъ выходя въ глазницу через fissur. orbit. infer. и въ fossa infratemporalis. Panas 2) находитъ особенности въ строеніи слизистой оболочки и періоста, покрывающихъ части прилежащія къ хоанамъ; по его мнѣнію здѣсь слизистая оболочка и періостъ составляютъ переходную ступень между слизистой оболочкой носовыхъ полостей и свода глотки.

Въ образованіе боковыхъ стѣнокъ входят главнымъ образомъ мягкія части; изъ костей сюда принадлежатъ только крыловидные отростки. Стѣнки эти состоятъ изъ фибрознаго слоя глотки (fascia pharyngo-basilaris), который въ верхнемъ отдѣлѣ достигаетъ значительной толщины и самостоятельности, и мышць шеи. На боковыхъ стѣнкахъ находятся отверстія Евстахіевыхъ трубъ; между ними и задней стѣнкой глотки существуютъ углубленія — Розенмюллеровы ямки. Отъ передней и задней губы Евстахіевыхъ трубъ идутъ складки, изъ которыхъ передняя (plica salpingo-palatina) оканчивается на верхней поверхности мягкаго неба, задняя (plica salpingo-pharyngea) идетъ внизъ по боковой стѣнкѣ глотки, постепенно въ ней теряясь. Если plica salpingo-pharyngea хорошо развита, то между нею и мягкимъ небомъ образуется продолговатое углубленіе, идущее внизъ отъ отверстія Евстахіевой трубы; такое же углубленіе идетъ внизъ и отъ Розенмюллеровой ямки.

Нижнюю стѣнку составляетъ мягкое небо.

1) l. c.

2) Gaz. des hôp. 1873 г. p. 861.

Артеріальные сосуды носоглоточной полости получаютъ свое начало изъ наружной сонной артерій — вѣтвей а. pharyngea ascendens направляется вверхъ по боковой стѣнкѣ глотки и отдаетъ ей нѣсколько вѣтвей. Пославъ вѣточку (r. meningeus) внутрь черепа черезъ for. jugulare, восходящая глоточная артерія поворачиваетъ внизъ и снабжаетъ своими конечными вѣтвями Евстахіевы трубы и боковыя стѣнки верхняго отдѣла глотки, а также посылаетъ вѣточку къ мягкому небу. Къ боковымъ стѣнкамъ полости подходятъ также вѣточки изъ наружной челюстной артерій (a. maxillaris externa). Наконецъ конечная вѣтвь внутренней челюстной артерій а. pterygo-palatina развѣтвляется въ слизистую оболочку мягкаго неба, идетъ къ отверстию Евстахіевой трубы и къ боковой стѣнкѣ полости.

Вены собираются въ два парныя сплетенія, изъ которыхъ одно принадлежитъ мягкому небу — plexus palati mollis, второе собственно глоткѣ — plexus pharyngeus, лежитъ оно на боковыхъ стѣнкахъ глотки. Сплетеніе мягкаго неба находится въ связи съ венами носовой полости и съ plexus pterygoideus, расположенномъ въ fossa infratemporalis, затѣмъ съ венами корня языка и съ plexus pharyngeus, почему и можетъ изливаться во внутреннюю яремную вену (v. jugularis interna) различными путями: чрезъ посредство plexus pterygoideus въ v. maxill. interna, а эта послѣдняя въ v. facialis posterior, въ v. facialis communis и наконецъ въ v. jugularis interna и крохотъ того чрезъ посредство plexus pharyngeus. Plexus pharyngeus отъкрывается посредствомъ двухъ стволовъ въ v. jugul. interna.

Лимфатическіе сосуды, подобно венамъ, образуютъ два сплетенія — одно въ области мягкаго неба, которое направляется чрезъ посредство стволовъ, лежащихъ съ боку отъ миндалевидныхъ железъ въ лимфатическія железы, находящіяся въ области а. carotidis externa, и съ боку отъ гортани. Глоточное сплетеніе опирается по стволамъ заложеннымъ въ мускульномъ слое въ лимфатическія железы, находящіяся въ области большихъ рожковъ подъязычной кости.

Всѣ нервы какъ двигательные, такъ и чувствительные получаютъ свое начало отъ plexus pharyngeus, кото-

рое образуется из вѣтвой п. vagi, п. glosso-pharyngei и sympathici. Силетение это лежитъ съ боку глотки и посылаетъ вѣтви къ самой глоткѣ и къ мягкому небу; къ послѣднему кромѣ того идутъ нервы изъ 2-й вѣтви п. trigemini чрезъ посредство ganglion nasale. s. sphenopalatinum, который получаетъ двигательныя и симпатическія вѣточки изъ п. vidianus.

ОПУХОЛИ

носоглоточнаго пространства.

Опухоли носоглоточнаго пространства представляютъ выдающийся клиническій интересъ: положеніе этихъ опухолей въ носоглоточной полости вдаль отъ поверхности лица, по сосѣдству съ весьма важными для жизни органами, а также гистологическія особенности ихъ создаютъ дѣльный рядъ болѣзненныхъ явленій, нерѣдко очень опасныхъ для жизни носителей этихъ опухолей и въ высшей степени усложняютъ и дѣлаютъ опасными хирургическіе приемы, направленные къ удаленію ихъ.

Опухоли эти съ самыхъ отдаленныхъ временъ носятъ неподходящее названіе носоглоточныхъ полиповъ.

Названіе полиповъ носоглоточныхъ опухолямъ первоначально было дано на томъ основаніи, что, какъ думали раньше, опухоли эти начинались отъ матерной почвы нѣсколькими корнями или ножками. Названіе это, однако, осталось за ними и послѣ появленія работы Cuvet вѣ 1749 году, въ которой авторъ отрицаетъ возможность отхожденія этихъ опухолей нѣсколькими ножками. По его мнѣнію присутствіе нѣсколькихъ ножекъ говорить за существованіе нѣсколькихъ опухолей.

Въ настоящее время обыкновенно подъ словомъ полипъ понимаютъ всякую стебельчатую опухоль, которая при этомъ можетъ давать отъ себя отростки, получая такимъ образомъ сходство съ морскимъ животнымъ осьминогомъ.

Изъ сказаннаго вытекаетъ, что по отношенію къ опухолямъ носоглоточнаго пространства такое названіе неправильно, такъ какъ, какъ увидимъ ниже, большинство этихъ опухолей начинается широкимъ основаніемъ. Да и вообще слово полипъ, какъ дающее понятіе только о вѣтвистой формѣ новообразованія, должно быть совершенно оставлено и замѣнено болѣе правильнымъ, выражающимъ гистологическій характеръ опухоли, какъ это дѣлается въ клиникахъ проф. В. А. Ратимова, проф. Mikulicz'a, ¹⁾ проф. Czerny, ²⁾ гдѣ эти опухоли называютъ по ихъ гистологическому характеру, при чемъ въ клиникахъ проф. Mikulicz'a и проф. Czerny къ слову, выражающему гистологическій характеръ опухоли, прибавляется названіе полости, въ клиникѣ же проф. В. А. Ратимова мѣсто исхода опухоли. Такимъ образомъ будемъ имѣть fibroma basoes cranii, fibro-sarcoma basoes cranii и т. д.

Тѣмъ не менѣе однако пока названіе носоглоточный полипъ употребляется многими авторами и до настоящаго времени, но въ большинствѣ случаевъ съ приращеніемъ къ нему названія, выражающаго гистологическій характеръ, такъ что нерѣдко можно встрѣтить въ литературѣ названія polypus naso-pharyngealis fibrosus, sarcomatosus и т. п.

Опухоли носоглоточнаго пространства встречаются сравнительно рѣдко. По имѣющейся на этотъ предметъ статистикѣ Gurl't'a, ³⁾ обнимающей собою 14630 различныхъ новообразованій, на долю опухолей верхняго отдела глотки приходится всего 36 случаевъ.

Къ числу наиболѣе часто встрѣчающихся новообразованій въ носоглоточномъ пространствѣ относятся опухоли соединительно-тканной группы—фибромы и фибросаркомы.

Другія наблюдаются весьма рѣдко. Между ними довольно значительную группу составляютъ фибромиомы края хоанъ, описанныя преимущественно фран-

¹⁾ Neubildungen des Rachens und Nasenrachensraumes 1897 г.

²⁾ Beitr. no Naab'y-Beitr. z. klinisch. Chirurg. Bd. 22. H. 3.

³⁾ Archiv. f. klinisch. Chirurg. 1880. S. 421.

цузскими авторами (Tillaux ¹⁾, Panas ²⁾, Trélat ³⁾, Vigot ⁴⁾, Degail ⁵⁾; описаны также въ носоглоточномъ пространствѣ саркомы (Vérneuil ⁶⁾, Boeckel ⁷⁾, Wolf ⁸⁾, далѣе отдѣльные случаи рака (Roncaldi ⁹⁾, Robertson ¹⁰⁾, Schmid ¹¹⁾, Lyonnet ¹²⁾, хондромы (Heurtaux ¹³⁾, Müller ¹⁴⁾, тератомы (Arnold ¹⁵⁾, Otto ¹⁶⁾, Schuardt ¹⁷⁾, Chapoy ¹⁸⁾, Conitzer ¹⁹⁾, остеомы (Henry Hara ²⁰⁾) и кистовидныя опухоли (Guillaume ²¹⁾, Bond ²²⁾.

Фиброма основанія черепа.

Въ виду того, что фибромы и фибро-саркомы по своему клиническому теченію мало отличаются между собою мы въ своемъ изложеніи будемъ описывать ихъ вмѣстѣ и только въ соответствующихъ мѣстахъ укажемъ на разницу въ ихъ теченіи.

Фибромы основанія черепа составляютъ 1% всѣхъ фибромъ, наблюдаемыхъ въ другихъ областяхъ чело-вѣческаго организма (Roger Williams ²³⁾).

Новообразования эти, появляясь преимущественно

¹⁾ Gaz. d. hôpit. 1885. N 131.

²⁾ Ibid. 1873 г. p. 861.

³⁾ Ibid.

⁴⁾ Thèse de Paris 1883 г.

⁵⁾ Thèse de Paris 1885 г.

⁶⁾ Société anatomique de Paris 1867 г. и Thèse de Veillon 1874 г.

⁷⁾ Gazette medicale de Strasbourg 1872 г. (Цит. по Thèse de Montano

1872 г.).

⁸⁾ Bull. et memoir. de la société de Chirurg. de Paris 17 Août 1879 г., p. 731.

⁹⁾ Thèse de Monbouyran 1895 г. p. 56.

¹⁰⁾ Annal. d. Malad. de l'oreille, du larynx etc. 1893 г. p. 193.

¹¹⁾ Gaz. des hôpit. 1877 г. N 133.

¹²⁾ Arch. f. klinisch Chirurg. 1871 г.

¹³⁾ Virchows Archiv. 1888 Bd. CXI.

¹⁴⁾ Ibid. 1889 г. Bd. 115.

¹⁵⁾ Centralbl. f. Chirurg. 1884 г. N 41.

¹⁶⁾ Semaine medicale 1893 г. p. 390.

¹⁷⁾ Deutsch medic. Wochenschr. 1892 г. N 51.

¹⁸⁾ Australian medic. Gazette 20 Сентябрь 1897 г.

¹⁹⁾ Annal. d. Malad. de l'oreille, du larynx etc. 1898 г. Июль.

²⁰⁾ Rev. hebdomadier. 1898 г.

²¹⁾ Annals. of. sargper. 1891 г. Октябрь, стр. 257—277. Цит. по Лѣтописи русской Хирургіи 1891 г. Т. I стр. 307.

у мужчинъ и въ молодомъ возрастѣ, начинаются въ большинствѣ случаевъ широкимъ основаніемъ на своѣхъ глотки и, по мѣрѣ своего роста, посылаютъ отъ себя отростки въ сосѣднія полости носа, средняго отдѣла глотки (pars oralis pharyngis), глазницы, иногда въ Гайморову пещеру, далѣе, въ regio infratemporalis, откуда въ височную область и на щеку. Въ рѣдкихъ случаяхъ опухоль проникаетъ въ полость черепа.

Присутствіе фибромы всегда сопровождается нарушеніемъ функций пораженныхъ органовъ, часто обезображиваніемъ лица и угрожаетъ жизни больного отъ вызываемаго имъ затрудненія дыханія и глотанія, далѣе, отъ поступленія опухоли въ полость черепа, а также отъ кровотеченія изъ нея, которое почти всегда сопровождается новообразованіемъ.

Причины появленія фибромъ основанія черепа такъ же мало извѣстны, какъ и вообще причины появленія всѣхъ другихъ опухолей.

Обыкновенно всѣ причинные моменты дѣлятъ на производящія и предрасполагающіе. Изъ нихъ въ данномъ случаѣ наибольшаго вниманія заслуживаютъ предрасполагающіе моменты. Въ этомъ отношеніи прежде всего имѣютъ значеніе возрастъ, а затѣмъ полъ.

Въ отношеніи возраста въ литературѣ установленъ взглядъ, что опухоли носоглоточнаго пространства наблюдаются главнымъ образомъ въ молодомъ возрастѣ, въ періодъ наибольшаго роста организма, между 15-ю и 25-ю годами.

Цифровыя данныя относительно возраста полученныхъ нами въ общемъ согласны съ приведеннымъ положеніемъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ онѣ показываютъ, что никакой возрастъ не застрахованъ вполне отъ заболѣванія. Здѣсь мы приводимъ таблицу распредѣленія больныхъ по возрастамъ:

ВОЗРАСТЪ.	Клиническіе случаи.		Случаи изъ литературы.		ИТОГО.	
	фиброма.	фибро-саркома.	фиброма.	фибро-саркома.	фиброма.	фибро-саркома.
Отъ 0 до 5 лѣтъ.	—	—	5	2	2	2
» 6 — 10 »	—	—	1	1	1	1
» 11 — 15 »	2	—	20	2	22	2
» 16 — 20 »	3	2	51	5	54	8
» 21 — 25 »	3	—	18	4	21	4
» 26 — 30 »	—	—	9	—	9	—
» 31 — 35 »	—	—	3	—	3	—
» 36 — 40 »	—	1	1	1	1	2
» 41 — 45 »	1	—	—	2	1	2
» 46 — 50 »	—	—	1	1	1	1
» 51 — 55 »	—	—	1	—	1	—
» 56 — 60 »	—	—	1	1	1	1
» 61 — 70 »	—	—	3	—	3	—

Въ отношеніи пола фибромы основанія черепа распределялись такъ: 131 случай у мужчинъ и 18 у женщинъ, такъ что женщины составляютъ 13% заболѣваній мужчинъ. Полученные выводы, такимъ образомъ, противорѣчатъ ученію старыхъ авторовъ (Nélaton ¹⁾), по которому фиброма основанія черепа встрѣчается только у мужчинъ.

Рѣдкое появленіе этого новообразованія у женщинъ Picaudette ²⁾ объясняетъ менструациями, которыя, по мнѣнію этого автора, играютъ роль отвлекающаго средства по

¹⁾ Eléments de pathologie Chirurgicale 1874 г. 2 изд. Т. III p. 749—771.

²⁾ Rev. de Chirurg. 1887 г. p. 202.

отношенію къ fibro-cortilago basilaris и способствуютъ появленію фибромъ въ маткѣ; подтвержденіемъ этому до нѣкоторой степени можетъ служить то обстоятельство, что у женщинъ фиброма появляется чаще въ болѣе старые годы или въ дѣтскомъ возрастѣ, когда менструаціи отсутствуютъ.

Вотъ таблица, показывающая возрастъ заболѣвшихъ женщинъ:

Отъ 0 до 5 лѣтъ.	2
» 6 " 15 "	2
» 16 " 25 "	3
» 26 " 35 "	2
» 36 " 45 "	3
» 46 " 55 "	1
» 56 " 65 "	5

Что касается другихъ этиологическихъ моментовъ — худой гигиенической обстановки, золотухи, экономического положенія и др., то въ этомъ отношеніи нѣтъ въ литературѣ никакихъ указаній.

Нѣкоторые авторы (Bensch ¹⁾, Mikulicz ²⁾ указываютъ, что національность играетъ нѣкоторую роль въ появленіи и фибромы. Такъ, индусы особенно часто страдаютъ этою опухолью.

Фиброма носоглоточнаго пространства появляется обыкновенно у людей въ другихъ отношеніяхъ вполне здоровыхъ.

Ростъ ея совершается довольно медленно: обыкновенно проходитъ въ среднемъ не менѣе трехъ лѣтъ прежде чѣмъ больной обращается къ врачебной помощи. Впрочемъ, быстрота роста зависитъ и отъ нѣкоторыхъ условий: замѣчено, что чѣмъ моложе заболѣвшій субъектъ, тѣмъ ростъ опухоли происходитъ быстрее (Gerard-Marchant ³⁾); у болѣе пожилыхъ лицъ ростъ совершается

¹⁾ Beiträge Z. Beurtheilung der Nasen-Rachen Polypen. Dissert. 1878 г.
²⁾ Neubildungen des Rachens und Nasen-Rachenraumes (Handbuch der Laryng und. Rhin. 1897 г. v. Saumann.

³⁾ Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus 1898 г. p. 705.

медленнѣе и даже можетъ прекратиться (Legouest ¹⁾, Koenig ²⁾, Hueter ³⁾, Samondés ⁴⁾).

Собранныя нами изъ литературы данныя въ этомъ отношеніи показали среднюю продолжительность роста фибромъ у субъектовъ до 25 лѣтъ равною 2, 5 годамъ, у субъектовъ свыше 25 лѣтъ равною 7,75 года. Средняя продолжительность роста фибро-саркомъ въ общемъ гораздо короче—въ среднемъ она равняется около года.

Нѣкоторыми авторами сообщены даже случаи обратнаго развитія фибромъ съ наступленіемъ зрѣлаго возраста (Gasselin ⁵⁾, Lafont ⁶⁾, Trélat ⁷⁾, Hueter ⁸⁾).

Слѣдуетъ при этомъ присовокупить, что данныя относительно продолжительности роста имѣютъ лишь относительное значеніе, такъ какъ начало заболѣванія въ большинствѣ случаевъ, сопровождаясь неопредѣленными симптомами не тяжелаго свойства, не побуждаетъ больныхъ обращаться къ врачебной помощи.

Исходнымъ мѣстомъ, откуда опухоль начинается, всегда служитъ основаніе костей черепа. Старые авторы (Nélaton) утверждаютъ даже, что единственнымъ мѣстомъ, откуда происходятъ фибромъ, слѣдуетъ считать нижнюю поверхность тѣла затылочной кости. Въ настоящее время хотя большинствомъ авторовъ и согласны съ тѣмъ, что утолщенный періостъ тѣла затылочной кости является наиболѣе частымъ мѣстомъ развитія опухоли, но вмѣстѣ съ тѣмъ не подлежитъ никакому сомнѣнію, что фиброма носоглоточной полости можетъ развиваться и на другихъ мѣстахъ основанія черепа. Отсюда нижняя поверхность тѣла клиновидной кости, основаніе внутренней пластинки крыловидныхъ отростковъ, for. lacerum., швы каменисто-затылочный и клиновидно-каменистый, а также крыловидно-челюстная ямка (зачелюстная опухоль Langenbeck'a) являются нѣрѣдко мѣстомъ происхожденія этихъ новообразованій.

¹⁾ Bull. de la société d. Chirurg. de Paris 1865 г. p. 523.

²⁾ Руководство къ частной хирургіи. Русское изданіе третье 1894 г. стр. 342—360.

³⁾ Общая и частная Хирургія. Русскій переводъ 1883 г.

⁴⁾ Thèse de Paris 1878 г.

⁵⁾ Thèse de Samondés 1878 г. p. 44.

⁶⁾ Gazette hebdomad. 1875 г. p. 37.

⁷⁾ Gaz. des hôpitaux. 1885 г. № 48.

⁸⁾ l. c.

Начинаются онѣ обыкновенно широкимъ основаниемъ. Нѣкоторые авторы (Virchow ¹⁾, Dubois ²⁾ допускаютъ возможность происхожденія этихъ опухолей нѣсколькими ножками или корнями. Однако уже въ прошломъ столѣтіи Levret, обсуждая этотъ вопросъ, пишетъ, что присутствіе нѣсколькихъ ножекъ говорить за существованіе нѣсколькихъ опухолей. Такимъ образомъ уже этотъ авторъ допускалъ только одну ножку.

Поводомъ къ допущенію нѣсколькихъ ножекъ послужили, по мнѣнію нѣкоторыхъ врачей (Naab ³⁾), соединительно-тканвыя перемычки или тяжи, образующіяся по объясненію проф. Nélaton ⁴⁾ вследствие соприкосновенія извѣнныхъ поверхностей опухоли и глотки и образованія между ними рубцовой ткани. Существованіе этихъ перемычекъ допускается главнымъ образомъ старыми авторами (Michaux ⁵⁾, Marjolin ⁶⁾ Nélaton ⁷⁾, а изъ новѣйшихъ только Naab'омъ. Въ клиникѣ проф. В. А. Ратимова подобныхъ тяжей не было отмѣчено, да и трудно вообще допустить возможность образованія ихъ въ носоглоточномъ пространствѣ, гдѣ, при существованіи опухоли, условія для образованія перемычекъ весьма неблагоприятны — увеличивающаеся по мѣрѣ роста опухоли давленіе скорѣе вызоветъ омертвѣніе. Д-ръ de Gandt ⁸⁾ въ своей диссертациі говоритъ, что онъ просмотрѣлъ много протоколовъ вскрытій лишь умершихъ отъ опухолей носоглоточнаго пространства и нигдѣ не нашелъ указаній на существованіе этихъ сращеній.

Наружный видъ носоглоточныхъ полиповъ довольно разнообразенъ.

Въ началѣ развитія опухоль, не встрѣчая препятствія со стороны окружающихъ частей, растетъ равномерно во все стороны, образуя при этомъ обыкновенно полшарообразную форму съ гладкой, дончатой, рѣдко

¹⁾ Ученіе объ опухоляхъ 1867 г.

²⁾ Thèse de Gandt 1866 г.

³⁾ Beiträg. Z. klinischen. Chirurgie, Bd. 22, Heft 3-4 S. 761.

⁴⁾ l. c.

⁵⁾ Gaz. d. hôpitaux. 1864 г. p. 254.

⁶⁾ Ibidem. 1861 г. p. 244.

⁷⁾ l. c.

⁸⁾ Thèse de Paris 1866 г.

слегка бугристой, покрытой сосочками поверхностью, цвѣтъ которой въ началѣ, когда опухоль не велика, обыкновенно красный или темно-красный въ зависимости отъ образующихся здѣсь застойныхъ явленій. Впослѣдствіи, когда опухоль увеличивается до значительныхъ размѣровъ, растягиваетъ и истончаетъ покрывающую ее слизистую оболочку, цвѣтъ поверхности опухоли измѣняется и становится блѣднымъ отъ прорыванія самой опухоли.

При дальнѣйшемъ развитіи, по мѣрѣ увеличенія своего объема, опухоль встрѣчаетъ препятствіе для своего роста со стороны стѣнокъ носоглоточной полости, въ слѣдствіе чего она постепенно измѣняетъ свою форму, посылая отъ себя отростки по пути наименьшаго сопротивленія. Эти отростки въ сосѣднія полости всегда слѣдуютъ опредѣленнымъ направленіямъ и настолько измѣняютъ форму опухоли, что послѣдняя дѣйствительно получаетъ нѣкоторое сходство съ морскимъ животнымъ осьминогимъ.

Объемъ носоглоточныхъ фибромъ можетъ достигать чрезвычайно большихъ размѣровъ, можетъ выполнять всѣ сосѣднія полости и обезобразить лицо. Опухоль извлеченная проф. Зауфальемъ ¹⁾ по своему объему одна изъ самыхъ большихъ. Размѣры ея по длинѣ главной массы 11 см., а съ отростками 16 см., ширина 6 см., и толщина 3 $\frac{1}{2}$ см.

Изслѣдуя со стороны ближайшаго анатомическаго строенія, находимъ, что ткань этихъ новообразованій мало эластична. По словамъ проф. Miculicz'a эластичность ихъ напоминаетъ твердую резину.

При разрѣзѣ опухоли хрустятъ подъ ножомъ; на поверхности разрѣза представляются бѣлыми, блестящими и имѣютъ видъ сухожильной ткани; иногда цвѣтъ поверхности разрѣза бываетъ красновато-бѣлый (Naab) или мраморный отъ кровоизліянія въ вещество опухоли; поверхность часто неровная отъ неравномѣрнаго распредѣленія кровеносныхъ сосудовъ, образования кисто-

¹⁾ Prag. Med. Wochenschr. 1893 г.

видныхъ полостей, въ слѣдствіе слизистаго перерожденія опухоли и т. п.

Покрты фибромы всегда слизистаго оболочкой свода глотки, которая обыкновенно находится въ состояніи хроническаго воспаленія въ слѣдствіе чего она рыхла, полнокровна и легко кровоточитъ; часто она изъязвлена. При микроскопическомъ изслѣдованіи находятъ сильно выраженную инфильтрацію эпителия и membranae propriae кѣтками различной формы съ однимъ или нѣсколькими ядрами, похожими во всѣхъ отношеніяхъ на лейкоциты; сосуды подслизистаго слоя расширены и въ свѣжихъ случаяхъ переполнены красными кровяными шариками; въ толщѣ слизистаго оболочка нерѣдко находятъ небольшія точечныя кровоизліянія.

Ткань опухоли состоитъ изъ соединительно-тканыхъ волоконъ, часто съ ясно выраженнымъ волнистымъ ходомъ; волокна эти мѣстами переплетаются между собою, образуя густую сѣть, иногда же идутъ параллельно, при чемъ складываются въ отдѣльные пучки различной толщины, которые въ своемъ ходѣ повторяютъ отдѣльныя волокна т. е., слѣдовательно, или идутъ параллельно, или переплетаются между собою. Нѣкоторые авторы (Miculicz, Nélaton, Jamain и Terrier ²⁾) описываютъ концентрическое расположеніе волоконъ и пучковъ вокругъ кровеносныхъ сосудовъ въ слѣдствіе чего получается нѣсколько отдѣльныхъ узловъ. По отношенію къ основанію опухоли волокна имѣютъ или перпендикулярное направленіе или радиальное. Вообще по словамъ проф. Miculicz'a никакого типическаго расположенія волоконъ не существуетъ.

Слѣдующую составную часть фибромъ образуютъ кѣтки различной формы—круглой, веретенообразной, овальной, съ однимъ или нѣсколькими ядрами; большинство этихъ кѣтокъ находится въблизи и вокругъ кровеносныхъ сосудовъ. Количество ихъ весьма различно; въ нѣкоторыхъ случаяхъ ихъ такъ много, что является поводъ смѣшивать эти опухоли съ саркомами (Virchow ³⁾ Lannelongue ⁴⁾).

¹⁾ Traité de Chirurgie de m. m. Duplay et Reclus 1898 an. p. 705.

²⁾ l. c.

³⁾ Gaz. des hôpit. 1873 an. p. 827.

Молодые фибромы в периодъ своего роста содержатъ больше этихъ кѣтокъ, чѣмъ старыя и остановившіяся въ своемъ ростѣ.

Наиболѣе, однако, важную составную часть фибромъ составляютъ кровеносные сосуды, содержаніе которыхъ въ веществѣ опухоли бываетъ весьма различно—въ большинствѣ случаевъ ихъ весьма много и распределяются они или равномерно, или, напротивъ, нѣкоторые участки опухоли содержатъ такъ много сосудовъ, что эта часть новообразования пульсируетъ, при давленіи уменьшается въ объемѣ, иначе говоря, принимаетъ характеръ сосудистой опухоли, между тѣмъ какъ другіе участки почти лишены кровеносныхъ сосудовъ. Сосуды почти всегда расширены, такъ что ткань представляется пронизанной во всѣхъ направленіяхъ широкими каналами и щелями неправильной формы, съ тонкими, почти всегда, стѣнками. Въ свѣжихъ препаратахъ сосуды наполнены сбившимися красными кровяными шариками. Благодаря такому обильному содержанію расширенныхъ кровеносныхъ сосудовъ, фибромы основанія черепа весьма часто принимаютъ видъ fibrae telangiectodeae.

Ткань этихъ опухолей часто подвергается различнымъ дегенеративнымъ процессамъ, между которыми наиболѣе часто встрѣчается слизистое перерожденіе, далѣе, указываютъ также на случаи жирового перерожденія (Cloquet)¹⁾ и отложения въ веществѣ опухоли известковыхъ солей. Иногда наблюдается частичное омертвѣніе опухоли, являющееся обыкновенно слѣдствіемъ давленія твердыхъ соедѣнныхъ частей глотки; отмѣчены также кровоизліянія въ ткань опухоли то въ видѣ точечныхъ фокусовъ, то въ видѣ болѣе значительныхъ участковъ.

Такимъ образомъ, на основаніи изложеннаго можно сказать, что фиброма основанія черепа, являясь въ гистологическомъ отношеніи новообразованиемъ шлѣннѣ доброкачественнымъ, состоитъ изъ плотныхъ соединительно-тканыхъ волоконъ, кѣтокъ и сосудовъ, при

¹⁾ Traité de Chirurgie de m. m. Duplay et Reclus 1898 an. p. 706.

чемъ количество двухъ послѣднихъ составныхъ частей опредѣляетъ характеръ самой опухоли: къ числу мягкихъ, растущихъ фибромъ относятся новообразования съ большимъ количествомъ кѣтокъ и сосудовъ, между тѣмъ какъ старыя, остановившіяся въ своемъ ростѣ фибромы содержатъ немного этихъ составныхъ частей. Вообще, по отношенію къ содержанію кровеносныхъ сосудовъ и кѣтокъ слѣдуетъ замѣтить, что фибромы основанія черепа въ большинствѣ случаевъ являются опухолями съ весьма большимъ содержаніемъ этихъ составныхъ частей, что, между прочемъ, дало поводъ нѣкоторымъ авторамъ (Schmaus¹⁾, Broca²⁾, Lannelongue³⁾) считать ихъ за фибро-саркомы.

Исходною тканью для развитія этихъ опухолей служитъ утолщенный періостъ основанія черепа, fibrocartilago basilaris. Указываютъ также на заблудившіяся островки соединительной ткани, преимущественно въ Sinchondrosis-sphenooccipitalis, а также на костную ткань (Naab).

Начальный періодъ болѣзни почти никогда не удается наблюдать.

Субъективныя жалобы больныхъ, относящаяся къ началу болѣзни, во всѣхъ почти безъ исключенія случаевъ сводятся главнымъ образомъ на затрудненіе новаго дыханія, сначала черезъ одну ноздрю, а затѣмъ и черезъ другую и на кровотеченіе изъ носа или рта, которое бываетъ иногда на столько обильно, что буквально доводитъ больного до обморока; къ нимъ часто присоединяются жалобы на головныя боли, головокруженіе, чувство тяжести въ головѣ, боли въ области носа, лба, ухъ, въ глазу, зубахъ, шумъ въ ухахъ и ослабленіе слуха, измѣненіе голоса, затрудненіе глотанія, храпѣніе во время сна, потерю обонянія, отвратительный запахъ изо рта и общую слабость. Иногда больные жалуются на ощущеніе инороднаго тѣла въ носу и носоглоточномъ пространствѣ.

Волѣзненные измѣненія, наблюдаемыя у больныхъ

¹⁾ Основы патологической Анатоміи. 1895 г.

²⁾ Gaz. hebdomad. de Médecine et de Chirurg. 1897 г. p. 37.

³⁾ l. c.

въ периодъ обращенія ихъ къ врачебной помощи, могутъ быть подраздѣлены на общія и мѣстныя.

Къ числу первыхъ относится главнымъ образомъ малокровіе и связанныя съ нимъ явленія—блѣдность наружныхъ покрововъ иногда съ желтоватымъ восновиднымъ оттѣнкомъ, общія слабость, доводящая больныхъ до невозможности движеній, сильное исхуданіе.

Порядокъ наступленія мѣстныхъ измѣненій и преобладаніе тѣхъ или другихъ изъ нихъ зависитъ главнымъ образомъ отъ мѣста исхода опухоли.

Если опухоль исходитъ отъ нижней поверхности тѣла затылочной кости, что чаще всего, какъ извѣстно, и бываетъ, то, по мѣрѣ своего роста, она направляется главною своею массою черезъ одну изъ хоанъ въ соответствующую половину носовой полости: отростки въ средней отдѣлѣ глотки и во вторую половину носовой полости при этомъ обыкновенно рѣдко достигаютъ значительныхъ размѣровъ.

Распространяясь въ одной половинѣ носовой полости, фиброма часто достигаетъ наружнаго отверстія носа и въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ выступать наружу въ видѣ придатка круглой или продолговатой формы темно-краснаго цвѣта. Въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда опухоль посылаетъ отростки въ обѣ половины носовой полости, оба они могутъ выстать изъ наружныхъ отверстій носа. Подобнаго рода препаратъ хранится въ музеѣ Dupuytren'a; обыкновенно же этотъ отростокъ не достигаетъ сколько нибудь значительныхъ размѣровъ, а иногда представляется только въ видѣ небольшого выпячиванія на главной массѣ опухоли, какъ слѣдъ отъ давленія краевъ хоаны.

Въ свою очередь носовой отростокъ посылаетъ отъ себя отростки черезъ клиновидно-небное отверстие, for. speno-palatinum, въ крыловидно-челюстную ямку, fossa pterygo-maxillaris и иногда въ Гайморову пещеру. Изъ крыловидно-челюстной ямки новообразованіе направляется чрезъ нижнюю глазничную щель, fissura orbitalis inferior, въ полость глазницы. Нѣкоторые авторы (Miculicz, Gerard-Marchant, Vèrneuil, Nélaton, Brulatour¹⁾

¹⁾ Gaz. d. hôpit. 1830 г. p. 93—94.

и др.) указываютъ на возможность прониканія опухоли изъ полости глазницы черезъ верхнюю глазничную щель, fissur. orbitalis superior, или черезъ зрительное отверстие, for. opticum, въ полость черепа, куда, впрочемъ, опухоль можетъ поступать также и послѣ атрофій костей основанія черепа (Weber²⁾, Бобровъ³⁾, Nélaton⁴⁾); отсюда же т. е. изъ крыловидно-челюстной ямки, впрочемъ довольно рѣдко, фиброма можетъ посылать отростки въ подвисочную область regio infratemporalis, въ височную область и на щеку, а также и въ Гайморову пещеру, въ послѣднемъ случаѣ атрофируя заднюю стѣнку этой полости. Но откуда ни поступила бы опухоль въ Гайморову пещеру здѣсь она, по мѣрѣ увеличенія своего объема, давитъ на переднюю стѣнку полости, выпячиваетъ ее вперед, атрофируетъ и иногда выступаетъ въ области fossae caninae подъ наружными покровами щеки въ видѣ шарообразной опухоли (Bruns⁵⁾, Vèrneuil⁶⁾, Naab, Maisonneuve⁶⁾, Lincoln⁷⁾, Isch-Wall⁸⁾, Barbrou⁹⁾, Ledru¹⁰⁾, Denucé¹¹⁾, Gusmann¹²⁾).

Отростокъ въ средней отдѣлѣ глотки (pars oralis pharyngis) по мѣрѣ своего роста отдавливаютъ мягкое небо внизъ и вперед, обыкновенно на одной сторонѣ больше, а при значительномъ объемѣ выдается изъ за свободнаго края мягкаго неба, иногда достигаетъ корня языка и даже входа въ гортань (Vèrneuil¹³⁾, Раузовскій¹⁴⁾, Naab¹⁵⁾). Въ томъ случаѣ, когда фи-

²⁾ Traité de Chirurg. de Duplay et Reclus 1808 г. p. 708.

³⁾ Отчетъ факультета Хирург. клиники 18⁹⁶ г. стр. 75.

⁴⁾ l. c.

⁵⁾ Dissertation 1879 г. и Beitr. z. klinisch. Chirurg. Bz. XI.

⁶⁾ Bull. et memoir. d. la Société de Chirurg. de Paris 1884 г. p. 249—252.

⁷⁾ Clinique Chirurgic. de Maisonneuve т. II стр. 394 (Илт. по Thèse de Samonéas 1878 г.).

⁸⁾ N. I. Medic. journal 1894 г.

⁹⁾ Rev. Hebdomad. de Laryngol., d'otolog. etc. 1898 г.

¹⁰⁾ Bull. de la Société anatomique 1855 г. p. 312—314.

¹¹⁾ Bull. et. memoir. d. la Société d. Chirurg. d. Paris 1888 г.

¹²⁾ Thèse de Bodrimont 1869 г.

¹³⁾ Münch. Medicin. Wochenschr. 1896 г. № 15.

¹⁴⁾ Gaz. des hôpit. 1879 г. p. 1029.

¹⁵⁾ Arch. f. klinisch Chirurg. 1897 г.

¹⁶⁾ l. c.

брома при своемъ ростѣ принимаетъ направлѣніе въ ротъ, она можетъ достигать до переднихъ зубовъ и отдавливаетъ при этомъ языкъ внизъ (Разумовскій); мягкое небо въ этихъ случаяхъ отодвигается вверхъ и впередъ и, сильно напрягаясь, покрываетъ переднюю часть новообразованія.

Въ тѣхъ случаяхъ когда опухоль получаетъ свое начало впереди или сзади своего обычнаго мѣста, или въ крыловидно-челюстной ямкѣ (защелюстная опухоль Langenbeck'a) и порядокъ наступленія измѣненій, а также отчасти и сами измѣненія будутъ другія.

Въ первомъ случаѣ, т. е. когда фиброма получаетъ свое начало впереди тѣла затылочной кости, она всей своей массой направляется въ полость носа и вмѣстѣ съ тѣмъ сильно отдавливаетъ внизъ мягкое и твердое небо, атрофируетъ и узурируетъ кости твердаго неба, выступая иногда въ ротъ черезъ образовавшіяся узурры.

Если новообразование начинается позади обычнаго мѣста, то мы будемъ имѣть измѣненіе главныхъ образцовъ со стороны глотки, куда опухоль опускается.

Наконецъ при защелюстныхъ опухляхъ Langenbeck'a преобладаютъ и обыкновенно раньше наступаютъ измѣненія со стороны щеки, виска и глаза.

Уже при наружномъ осмотрѣ лицъ страдающихъ фибромой основанія черепа бросаются въ глаза измѣненія со стороны лица.

Изъ числа послѣднихъ чаще всего наблюдаются измѣненія со стороны носа; ихъ не бываетъ только въ первыхъ стадіяхъ развитія опухоли и въ тѣхъ случаяхъ когда новообразование начинается позади обычнаго своего мѣста, обыкновенно же онѣ состоятъ въ выпячиваніи кнаружи боковой стѣнки пораженной половины носовой полости, а въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣзни спинка носа вздувается, расширяется, а иногда наступаетъ разрушеніе костей носа (Naab, Collandre)¹⁾. Позднее носовое отверстіе большой стороны расширено, здоровой, напротивъ, сужено, часто до весьма незначительной щели.

¹⁾ Gaz. d. hôpit. 1873 г. p. 1010—1012.

Въ соответствующей наружнымъ измѣненіямъ половине носовой полости всегда находится присутствіе опухоли, занимающей различное протяженіе; предлагающая ей поверхность гладка или слегка бугриста, покрыта слизистою оболочкою краснаго съ различными оттѣнками отъ темно-краснаго, до блѣдно-сѣраго цвѣта, иногда изъязвлена. На поверхности опухоли часто находится грязно-сѣрый, гнилостный налетъ, издающій зловонный запахъ, а иногда и кусочки свернувшейся крови. Опухоль плотно прилежитъ къ стѣнкамъ носовой полости, такъ что зондъ съ трудомъ можетъ проходить между опухолью и стѣнками носа. Слизистая оболочка, выстилающая полость носа въ большинствѣ случаевъ находится въ состояніи хроническаго воспаленія. При осмотрѣ второй половины носовой полости замѣчается суженіе, а иногда и полное уничтоженіе прохода, зависящее отъ выпячиванія сюда носовой перегородки, которое происходитъ отъ давленія опухоли со стороны пораженной половины носовой полости. Позади самаго узкаго мѣста прохода часто можно видѣть второй носовой отростокъ.

Уничтоженіе просвѣта сначала одной половины носовой полости, а затѣмъ и другой, естественно, влечетъ за собою невозможность прохожденія дыхательнаго воздуха сначала съ одной стороны, а потомъ и съ другой, слѣдствіемъ чего является необходимость дышать ртомъ. Такіе болные всегда держатъ ротъ открытымъ. Отъ закупорки носовыхъ полостей зависитъ также потеря обонанія.

Измѣненія со стороны глаза принадлежатъ также къ весьма частымъ; состоятъ онѣ главнымъ образомъ въ выпячиваніи глазнаго яблока впередъ и отклоненіи его вверхъ и кнаружи опухолью поступившено въ глазницу черезъ fissur orbit. infer.; присутствіе этой опухоли въ глазницѣ въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ быть обнаружено помощью ощупыванія пальцемъ, проведеннымъ между нижней стѣнкой глазницы и глазнымъ яблокомъ (Bruns¹⁾). Изъ другихъ болѣзненныхъ симптомовъ со

¹⁾ Beitr. z. klinisch. Chirurg. 1894 г. (второй случай).

стороны глаза, встречающихся впрочемъ, довольно рѣдко, наблюдаются косоглазие, затрудненное движеніе глазнаго яблока, гиперемія слизистой оболочки глаза, расширение и слабая реакція на свѣтъ зрачка, застойный и атрофическій сосокъ съ ослабленіемъ и полной потерей зрѣнія, параличъ двигательныхъ нервовъ и слезотеченіе (Baillay¹⁾, Bruns²⁾, Le Dentu³⁾, Letenneur⁴⁾, Naab⁵⁾, Nélaton⁶⁾, Richet⁷⁾). Нѣкоторые изъ этихъ симптомовъ могутъ зависѣть также отъ поступленія опухоли въ полость черепа. Отсутствие выпячиванія глазнаго яблока говоритъ за мозговое происхожденіе описанныхъ припадковъ со стороны глаза (Miculicz). Слезотеченіе можетъ зависѣть какъ отъ сдавленія слезно-носового канала носовыми отростками, такъ и отъ раздраженія опухолью в. lacrymalis.

Болѣзненные явленія, вызываемыя присутствіемъ опухоли въ среднемъ отдѣлѣ глотки главнымъ образомъ, относятся къ затрудненію глотанія, рѣчи и въ нѣкоторыхъ случаяхъ дыханія. Первые два припадакъ зависятъ отъ недостаточной, а иногда и полной неподвижности мягкаго неба, затрудненіе же дыханія наблюдается только при большихъ опухоляхъ, достигающихъ входа въ гортань.

Остальные болѣзненные припадки встречаются гораздо рѣже: сюда относится измѣненіе со стороны височной области, щеки, со стороны мозга и черепныхъ нервовъ.

Наиболѣе часты между ними измѣненія со сторонѣ височной области, куда, какъ известно, опухоль проникаетъ изъ fossa pterygo-maxillaris черезъ regio infratemporalis, а также со стороны щеки: состоятъ эти измѣненія въ появленіи опухолей на вискѣ и на щекѣ; первыя изъ нихъ представляются обыкновенно въ видѣ полусферической, гладкой, твердой, слегка подвижной припухлости (Brunn); опухоль щеки распространяется или

¹⁾ Soc. Anatomique 1850 г. p. 244—245.

²⁾ l. c.

³⁾ Bullet. et memoir. de la Société d. Chirurg. d. Paris. 1881 г. p. 515—

516.

⁴⁾ Gaz. des. hôpit. 1859 г. Январь.

⁵⁾ l. c.

⁶⁾ Thèse de Gandt, 1866 г.

⁷⁾ Thèse de Petit 1881 г.

по наружной поверхности восходящей вѣтви нижней челюсти и можетъ достигать до угла нижней челюсти, или же выходитъ изъ подъ скуловой дуги и располагается надъ альвеолярнымъ отросткомъ верхней челюсти въ видѣ продолговатаго, гладкаго, иногда неровнаго — колбасовиднаго тѣла, твердой консистенціи, покрытаго вполнѣ здоровой кожей; эта опухоль выдается въ преддверіе рта, vestibulum oris, выпячивая впереди себя десенно-щечную складку слизистой оболочки. Отростокъ этотъ обыкновенно легко смѣщается. При одновременномъ существованіи опухолей височной области и лица между ними находится углубленіе образуемое скуловой дугой. Если опухоль щеки происходитъ въслѣдствіе увеличенія въ объемѣ отростка Гайморовой полости съ послѣдующимъ выпячиваніемъ и разрушеніемъ передней стѣнки этой полости, то она обыкновенно имѣетъ полусферическую форму и занимаетъ область foveae caninae.

Изъ числа черепныхъ нервовъ, кромѣ глазныхъ, въ черепной полости поражается чаще всего вторая вѣтвь n. trigeminus, благодаря своему анатомическому положенію въ крыловидно-челюстной ямкѣ. Давленіе опухоли на нервъ можетъ проявиться сначала гиперестезіей кожныхъ нервовъ лица и виска-чувствомъ ползанья мурашекъ, невралгическими болями, болями въ зубахъ верхней челюсти (Miculicz), при дальнѣйшемъ давленіи гиперестезія смѣняется анестезіей и даже полною нечувствительностью (Wueth¹⁾). Существованіе черепныхъ отростковъ въ первое время можетъ ничѣмъ неказываться. Изъ числа припадковъ находящихся въ зависимости отъ поступленія опухоли въ полость черепа слѣдуетъ указать на постоянныя головныя боли (Nélaton²⁾), судороги, потерю сознанія (Gerard-Marchant³⁾), даже на фокусныя явленія — гемиплегію (Gasselin⁴⁾), параличъ языка (Verneuil⁵⁾), нерѣдко также и глазныя нервы поражаются въ полости черепа.

¹⁾ N. I. Medic. journal. 3 Auphas 1897 г.

²⁾ Bull. et. memoir. d. la Société de Chirurg. d. Paris. 1860 г.

³⁾ Traité de Chirurg. de Duplay et Reclus 1898 г. p. 710.

⁴⁾ Thèse de Samondés 1878 г. p. 44.

⁵⁾ Gaz. des hôpit. 1879 г. № 99.

Весьма важную клиническую особенность фибромъ составляет кровотечение изъ опухоли черезъ носъ или ротъ, которое бываетъ почти безъ исключения во всѣхъ случаяхъ. Количество теряемой крови бываетъ весьма различно. Въ началѣ болѣзни потеря крови въ большинствѣ случаевъ незначительна и происходитъ она изъ воспаленной слизистой оболочки, покрывающей опухоль. Впоследствии, когда опухоль подвергается давлению со стороны окружающихъ твердыхъ частей и наступаетъ изъязвление слизистой оболочки и ткани опухоли, кровотечения эти бываютъ иногда весьма обильны, кровь льетъ струей (Bruns ¹⁾ и угрожаетъ жизни; повторяются онѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ довольно рѣдко небольшие 3-хъ разъ въ годъ, иногда же, напротивъ, нѣсколько разъ въ день; въ случаѣ Bruns'a до 10 разъ въ день. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровотечение продолжается нѣсколько дней подъ рядъ, при чемъ больной теряетъ за разъ крови стаканъ и больше (Раузумовскій ²⁾. Проф. Miculicz большое значеніе въ происхожденіи этихъ потерь крови придаетъ незначительной эластичности опухоли, благодаря чему стѣнки сосудовъ послѣ разрыва не могутъ спадаются, а Gross особому измѣненію стѣнокъ сосудовъ, благодаря чему онѣ легко разрываются.

Вторую клиническую особенность составляетъ большая наклонность къ мѣстнымъ рецидивамъ (Miculicz), особенно у субъектовъ до 25 лѣтъ. По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ рецидивъ послѣ удаленія опухоли составляетъ правило (Vérneil ³⁾, Voescel ⁴⁾. По имѣющимся у насъ литературнымъ даннымъ возвратъ послѣ основательнаго удаленія опухоли у субъектовъ до 25 лѣтъ составляютъ не менѣе 50%, у субъектовъ послѣ 25 лѣтъ весьма рѣдки.

Метастазовъ въ другія области фиброма основанія черепа не даетъ. Отростки опухоли увядаютъ если уничтожена связь ихъ съ главной массой опухоли (Bensch).

Нѣкоторые авторы (Naab, Jordan ⁵⁾ допускаютъ воз-

¹⁾ Dissertation. 1879 г.

²⁾ Врѣчъ 1895 г., стр. 183 (второй случай).

³⁾ Bull. et. memoir de la Société de Chirurg. 1894 г. p. 802.

⁴⁾ Ibidem. 1879 г. p. 719.

⁵⁾ Münch. Medicin. Wochenschr. 1898 г. № 21.

можность саркоматознаго перерожденія фибромъ. Впрочемъ, фактъ, что фиброма при послѣдовательныхъ возвратахъ можетъ превратиться въ саркому, давно уже извѣстенъ. Проф. Богдановскій доказалъ что ткань фибромовъ можетъ такъ же служить почвою для развитія саркомы, какъ и физиологическая соединительная ткань.

Такимъ образомъ на основаніи изложеннаго слѣдуетъ сказать, что фиброма основанія черепа, являясь въ гистологическомъ отношеніи, какъ сказано выше, доброкачественною опухолью, клинически протекаетъ какъ злокачественное новообразование, благодаря своей наклонности къ мѣстнымъ возвратамъ, обильному и часто угрожающему жизни кровотеченію, сильно истощающему организмъ, возможности саркоматознаго перерожденія, а также содѣйствію съ важными для жизни органами въдѣствие чего она вызываетъ затрудненіе глотанія и дыханія, обрекающее иногда больныхъ на медленную асфикцію и голоданіе; кромѣ того, проникая въ полость черепа, она вызываетъ явленія сдавленія мозга со всѣми его роковыми послѣдствіями.

Данныхъ для предсказанія относительнаго исхода мы не имѣемъ. Большинство, однако, авторовъ (Кенигъ ¹⁾, Gerard-Marchant ²⁾, Jordan, Naab) считаютъ прогнозъ весьма серьезнымъ, по мнѣнію ихъ болѣзнь эта слишкомъ часто оканчивается смертельно, что зависитъ главнымъ образомъ отъ топографическаго положенія опухоли и быстраго распространенія по важнымъ областямъ; смерть можетъ наступить отъ задушенія, отъ затрудненнаго глотанія или поврежденія мозга (Кенигъ). Роковой конецъ еще болѣе ускоряется отъ кровотечения, которое безъ всякаго внѣшняго повода можетъ проявляться въ сильной, прямо угрожающей жизни, формѣ (Jordan). Ухудшающій предсказаніе молодой возрастъ, когда опухоли быстрѣе растутъ и послѣ удаленія часто рецидивируютъ, а также возможность саркоматознаго перерожденія опухоли. Напротивъ, появленіе опухоли въ возрастѣ за 25 лѣтъ дѣлаетъ предсказаніе нѣсколько лучшимъ, такъ какъ въ болѣе пожилахъ лѣтахъ фиброма

¹⁾ Руководство къ частной Хирургіи. Русск. пер. 1894 г. Т. I.

²⁾ Traité de Chirurg. de Duplay et Reclus 1898 г. p. 713.

основания черепа растут, как известно, медленно и могут даже остановиться в своем росте, однако рассчитывать на обратное развитие новообразований, как это наблюдали Gosselin, Trélat, Hueter, Lafont, прѣтъ достаточного основания въ виду незначительнаго числа наблюдавшихся случаевъ. Оперативное лѣчение дѣлаетъ предсказаніе значительно лучшимъ только въ томъ случаѣ, когда опухоль удаляется вмѣстѣ съ тканью, изъ которой она возникла, чѣмъ устраняется рецидивъ. Впрочемъ, нужно замѣтить, что сама по себѣ операція, въ виду техническихъ трудностей и ужасающаго кровотечения наблюдаемаго при отдѣленіи опухоли, не безопасна и можетъ повлечь затеканіе крови въ дыхательные пути съ послѣдующимъ воспаленіемъ легкихъ (Разумовскій ¹⁾) или даже смерть на операционномъ столѣ отъ значительной потери крови (Vernueil ²⁾, Кенитъ ³⁾, Bousquet ⁴⁾, Deguise ⁵⁾, Dumenil ⁶⁾, Бобровъ ⁷⁾, Richet ⁸⁾).

Распознаваніе.

При распознаваніи прежде всего необходимо опредѣлить откуда опухоль исходитъ, для чего въ началѣ заблѣванія слѣдуетъ пользоваться задней риноскопией и непосредственнымъ ощущеніемъ при діомии пальца проведеннаго за мягкое небо. Когда опухоль достигнетъ значительныхъ размѣровъ и посылаетъ отростки въ соседнія полости, для опредѣленія мѣста исхода большое значеніе имѣетъ порядокъ наступленія болѣзненныхъ измѣненій, кровотеченіе, а также преобладаніе тѣхъ или другихъ симптомовъ. Далѣе, такое же большое значеніе въ дѣлѣ опредѣленія характера опухоли имѣютъ физиологическіе и физическіе признаки, изъ числа кото-

¹⁾ Arch. f. klinisch. Chirurg. 1897 г.

²⁾ Bull. et. memoir. d. la Société de Chirurg. d. Paris. 1894 г. p. 802.

³⁾ Руководство къ числн. Хирург. Т. I, стр. 356. Русск. изд. 3-е 1894 г.

⁴⁾ Bull. et. memoir. d. la Société de Chirurg. d. Paris 1839 г.

⁵⁾ Ibidem. 1861 г.

⁶⁾ Gasetto d. hôpit. 1873 г. p. 780—781.

⁷⁾ Отчетъ Хирург. клиники за 1895—1897 г.

⁸⁾ Thèse de Petit, 1881 г.

рыхъ наиболѣе важны быстрота роста, консистенція опухоли и состояніе поверхности ея, а также отношеніе къ окружающимъ соседнимъ частямъ и наконецъ возрастъ носителя опухоли.

По отношенію быстротѣ роста слѣдуетъ сказать, что фиброма основанія черепа, принадлежа гистологически къ доброкачественнымъ опухолямъ, растетъ медленно и вообще въ среднемъ, какъ сказано уже, проходитъ не менѣе 3 лѣтъ, прежде чѣмъ больно обрашается къ врачебной помощи. Саркома и ракъ растутъ гораздо быстрѣе, при чемъ продолжительность теченія ихъ въ среднемъ не превышаетъ 8 мѣсяцевъ.

Консистенція опухоли до нѣкоторой степени опредѣляетъ характеръ ея — твердая, неуступчивая консистенція свойственна остеомамъ и энхондромамъ; мягкая, эластическая фибро-миксомамъ, слизистымъ полипамъ и т. п.

Отношеніе къ окружающимъ соседнимъ частямъ также имѣетъ не маловажное значеніе при распознаваніи характера опухоли. Такъ, раки уже въ самомъ началѣ своего существованія вовлекаютъ въ страданіе окружающія части, инфильтрируя ихъ, саркомы, обыкновенно, только въ послѣднихъ стадіяхъ своего существованія, фибромы же и фибро-миксомы совершенно обособлены отъ окружающихъ тканей и если производить въ нихъ какое-либо измѣненіе, то только въ силу давленія.

Наконецъ, что касается возраста носителя опухоли, то фибромы и фибро-миксомы принадлежатъ преимущественно молодому возрасту, саркомы не разбираютъ лѣтъ, а раки предпочитаютъ обыкновенно болѣе пожилыхъ субъектовъ.

Поводомъ къ смѣшенію чаще другихъ служатъ фибро-миксомы, которыя перволу удаляютъ подъ видомъ фибромъ основанія черепа и только микроскопическое изслѣдованіе приводитъ къ настоящему діагнозу. Относительными признаками служатъ болѣе мягкая консистенція фибро-миксомъ, тонкая ножка и мѣстопрікрѣпленія ея, дальнѣе форма и подвижность, а также отсутствіе кровотеченія при фибро-миксомахъ; наконецъ отсутствіе

обезобразивания, разрушения костей и проникания въ полость черепа.

Весьма труден также дифференциальный диагноз между фибромами и саркомами основанія черепа, такъ какъ послѣднія, особенно, въ началѣ своего развитія протекаютъ при совершенно такихъ же болѣзненныхъ явленіяхъ, какъ и фиброма. Главнымъ отличіемъ служитъ быстрый ростъ саркомы и скорое наступленіе такихъ болѣзненныхъ принадлежковъ, которые при фибромѣ наблюдаются только въ послѣднихъ стадіяхъ болѣзни и то рѣдко. Къ числу ихъ относится прониканіе новообразованія въ полость черепа и разрушеніе костей. Нѣкоторое значеніе при распознаваніи имѣеть также возрастъ и полъ: саркомы, какъ извѣстно, могутъ появляться во всякомъ возрастѣ и одинаково поражаютъ какъ мужчинъ, такъ и женщинъ, фибромы же свойственны молодому возрасту и рѣдко наблюдаются у женщинъ. Инфильтрація тканей болѣзненнымъ процессомъ можетъ имѣть значеніе въ отношеніи распознаванія только въ извѣстныхъ періодахъ болѣзни.

Въ отношеніи раковыхъ опухолей, могущихъ давать поводъ къ смѣшенію, слѣдуетъ сказать, что онѣ составляютъ весьма рѣдкую болѣзнь верхняго отдѣла глотки, встрѣчаются болѣе въ пожиломъ возрастѣ и при нихъ обыкновенно уже въ началѣ преобладаетъ процессъ разрушенія.

Хондромы и остеомы отличаются отъ фибромъ своею твердою консистенціею, кромѣ того хондромы растутъ весьма медленно (Graumann ¹⁾).

Врожденные полипы или тератомы почти никогда не даютъ повода къ смѣшенію, такъ какъ они опредѣляются обыкновенно въ первые дни жизни. До настоящаго времени описано только 3 случая въ томъ возрастѣ, въ которомъ они могли быть смѣшаны съ фибромой (Comitzer ²⁾, Arnold ³⁾, Barton ⁴⁾), но здѣсь отличіемъ могутъ служить физическіе признаки этихъ полиповъ, по кото-

¹⁾ Die Krankheiten des Nasenrachenraumes 1893 г.

²⁾ Deutsch. Medic. Wochenschr. 1892 г.

³⁾ Virchow's Archiv 1888 г. Bd. CXL.

⁴⁾ Deutsch. Medic. Wochenschr. (Цит. по Kónitzer'y).

рымъ они гораздо болѣе напоминаютъ собою фибромы, чѣмъ фибромы.

Возможно также смѣшеніе фибромъ съ кистовидными опухолями (Guillaume ¹⁾).

Къ числу новообразованій дающихъ поводъ къ смѣшенію съ опухолями основанія черепа, особенно, съ такъ называемыми, зачелюстными опухолями Langenbeck'a, получающими свое начало въ крылонебной ямкѣ, относятся также опухоли верхней челюсти, преимущественно развившіяся изъ Гайморовой пещеры. Для отличія слѣдуетъ помнить, что опухоли крыловидно-челюстной ямки, ретромаксиллярныя опухоли, при своемъ развитіи, такъ сказать, обрастаютъ верхнюю челюсть — отростокъ въ regio infratemporalis, откуда въ височную ямку, на щеку далѣе, въ носовую проходъ, въ полость глазницы, между тѣмъ какъ опухоли верхней челюсти, если можно такъ выразиться, распираютъ челюсть — выпячиваніе внутренней стѣнки челюсти въ носовую проходъ, передней стѣнки впереди, далѣе, отдавливаніе вверхъ нижней стѣнки глазницы, измѣненіе наружно-задней стѣнки верхней челюсти и наконецъ утолщеніе и отдавливаніе въ полость рта костей твердаго неба и разрушеніе альвеолярнаго отростка съ послѣдующимъ выпаденіемъ зубовъ. При распознаваніи слѣдуетъ также принимать въ расчетъ и описанный только что порядокъ наступленія измѣненій при опухоляхъ верхней челюсти. Ко всему этому слѣдуетъ прибавить, что при зачелюстныхъ и носоглоточныхъ опухоляхъ наблюдаются также всегда и измѣненія со стороны глотки, что при опухоляхъ верхней челюсти бываетъ весьма рѣдко.

¹⁾ Annal. d. Malad. de l'oreille, du larynx etc. 1898 г. Извѣ.

Фибро-миксомы

носоглоточного пространства (края хоанъ).

Опухоли эти рѣдко встрѣчаются, описаны онѣ преимущественно французскими авторами (Ranas, Tillaux, Vigot, Hertaux, Degail и др.).

Новообразования эти, возникая въ большинствѣ случаевъ вблизи края хоанъ, начинаются тонкой ножкой и имѣютъ продолговато-овальную форму, похожую на миндаль, сливу, или грушу, часто посылаютъ отростки въ сосѣднія полости.

Причины появления такъ же мало извѣстны, какъ и носоглоточныхъ фибромъ.

Развиваются онѣ въ возрастѣ главнымъ образомъ отъ 15 до 25 лѣтъ, хотя и всякій другой возрастъ не исключаетъ возможности появления новообразования (Vigot) Изъ 11 случаевъ, собранныхъ нами, было въ возрастѣ между 18 и 25 годами 8 душъ, изъ остальныхъ двое въ возрастѣ за 25 лѣтъ (въ одномъ случаѣ возрастъ неавѣстенъ).

Поль по мнѣнію Vigot не имѣетъ никакого значенія въ появлении опухолей, онѣ одинаковымъ образомъ встрѣчаются какъ у мужчинъ, такъ и женщинъ. Данные полученные нами изъ литературы говорить за то, что эти опухоли отдають предпочтеніе мужскому полу: изъ 10 случаевъ, въ которыхъ опредѣленъ полъ, мужчинъ было 6, женщинъ 4.

Фибро-миксомы, начинаясь вблизи края хоанъ тонкой ножкой, опускаются по мѣрѣ увеличенія своего объема внизъ, удлиняютъ и истончаютъ ножку. Отростки посылаемые этими опухолями въ сосѣднія полости не достигаютъ той величины и разнообразія, какъ это бываетъ при фибромахъ. Поверхность ихъ гладкая, иногда дольчатая, консистенція эластическая, мягкая, цвѣтъ опухоли имѣютъ различный—отъ темно-краснаго до свѣтло-сѣраго. Консистенція и цвѣтъ вполне зависятъ отъ преобладанія слизистой или волокнистой ткани. Иногда онѣ имѣютъ желатинообразный видъ, что зависитъ отъ количества слизи.

По размѣрамъ своимъ опухоли эти гораздо меньше фибромъ. Описаны фибро-миксомы величиною въ куриное яйцо и больше.

Гистологически состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани и слизистой. Распредѣленіе той и другой ткани неравномерно: обыкновенно въ одной части опухоли преобладаетъ волокнистая соединительная ткань, въ другой слизистая.

Опухоли эти бѣдны кровеносными сосудами.

Нѣкоторые авторы (Naab) принимаютъ фибро-миксомы края хоанъ за типическія слизисто-перерожденныя фибромы носоглоточного пространства.

Посылаемые этими опухолями отростки, прорастаютъ главнымъ образомъ въ носовыя полости и въ глотку; въ другихъ областяхъ онѣ наблюдаются весьма рѣдко. Въ глазницѣ, на лицѣ и въ черепной полости ихъ никогда не наблюдали. Точно также и разрушенія костей при нихъ не бываетъ.

Субъективныя жалобы больныхъ главнымъ образомъ сводятся на затрудненіе носоваго дыханія сначала одной ноздрей, а затѣмъ и другой, на истечение изъ носа, иногда на пониженіе слуха, а также на измѣненіе голоса и головныя боли.

Кровотеченія изъ опухоли никогда не бываетъ.

При объективномъ изслѣдованіи находимъ въ носоглоточномъ пространствѣ опухоль по формѣ своей приближающуюся къ шаровидной, опускающуюся часто за свободный край мягкаго неба, а иногда достигающую корня языка. Опухоль эта обыкновенно подвижна.

При осмотрѣ полости носа въ большинствѣ случаевъ можно констатировать присутствіе полипообразной опухоли, иногда выполняющей всю половину носовой полости.

Прогнозъ всегда благоприятенъ. Рецидивы послѣ удаленія рѣдки.

Саркомы

носоглоточного пространства.

Опухоли эти весьма рѣдко встрѣчаются въ носоглоточномъ пространствѣ. По даннымъ Moritz Schmidta ¹⁾ одна саркома приходится на 42000 больныхъ.

Нѣкоторые авторы (Naab) ²⁾ считаютъ ихъ за саркоматозно-перерожденныя фибромы или за саркомы носовой полости и другихъ смежныхъ областей.

По своему наружному виду саркомы, особенно въ началѣ появленія, почти ничѣмъ не отличаются отъ обыкновенныхъ фибромъ; при дальнѣйшемъ же теченіи онѣ вовлекаютъ въ страданіе окружающія ткани и разрушаютъ ихъ. Опухоли эти весьма часто проникаютъ въ полость черепа.

Нѣкоторые авторы (Störck ³⁾, Pierre ⁴⁾ относятъ ихъ къ группѣ лимфо-саркомъ, послѣднія получаютъ свое начало изъ глоточнаго миндалика и по своему строенію принадлежатъ большею частію къ кругло-клеточковымъ саркомамъ.

Въ клиническомъ отношеніи опухоли эти въ началѣ протекаютъ при такихъ же болѣзненныхъ явленіяхъ, какъ и фибромы, въ дальнѣйшемъ же теченіи здѣсь преобладаютъ процессы разрушенія и болѣзненные припадки со стороны черепнаго мозга.

Продолжительность существованія въ среднемъ на основаніи 6 случаевъ равняется приблизительно $2\frac{1}{2}$ мѣсяцамъ.

Предсказаніе весьма неблагоприятно: почти всѣ случаи оканчиваются смертію.

Ракъ.

Первично эти опухоли весьма рѣдко наблюдаются въ носоглоточномъ пространствѣ. Изъ 11-ти случаевъ,

¹⁾ Arch. internat. de Laryngol. etc. 1898 г. p. 409. (Цит. по van Leyden'у).

²⁾ l. c.

³⁾ Цит. по Miculicz'у.

⁴⁾ Arch. internat. de Laryngol., d'otolog. etc. 1898 г. p. 398.

собранныхъ Manbouyran'омъ только 3 возникли въ верхнемъ отдѣлѣ глотки, остальные просли сюда изъ соседнихъ областей. На 900 случаевъ рака собранныхъ Krönlein'омъ ¹⁾ два раза опухоль начиналась въ носоглоточномъ пространствѣ.

По мѣрѣ своего роста раки распространяются въ соседнія полости носа, верхней челюсти (Schmidt ²⁾, гланды (Zyonett ³⁾).

Изъявляясь уже въ началѣ своего появленія, опухоли эти въ то же время вовлекаютъ въ страданіе соседнія ткани и разрушаютъ ихъ.

Причины появленія мало извѣстны. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ указываютъ на существовавшую раньше гипертрофію глоточнаго миндалика (Kich ⁴⁾).

Обыкновенно раки ноявляются въ болѣе пожиломъ возрастѣ—между 35-ю и 70 годами.

Мужескій полъ преобладаетъ.

Клинически протекаютъ въ высшей степени злокачественно, даютъ метастазы (Lotzbeck ⁵⁾; весьма скоро послѣ своего появленія разрушаютъ соседнія ткани и проникая въ полость черепа, вовлекаютъ въ страданіе, заключающіеся въ немъ органы, отъ чего обыкновенно уже вскорѣ послѣ появленія опухоли наблюдаются болѣзненные припадки, зависящіе отъ пораженія головного мозга и 12-и паръ черепныхъ нервовъ. Летальный исходъ, какъ слѣдствіе пораженія центральной нервной системы, есть обыкновенный исходъ болѣзни.

Послѣ удаленія быстро рецидивируютъ, обыкновенно, въ первые два мѣсяца.

Предсказаніе весьма неблагоприятно—всѣ случаи заблѣванія оканчиваются смертію.

Такіе неблагоприятные исходы установили за этими опухолями мнѣніе, по которому онѣ при нележать пока къ новообразованиямъ «non me tangere».

¹⁾ Rev. Hebdomad. de Laryngol., d'otolog. etc. 1898 г. p. 171.

²⁾ Prag. medicinisch. Wochenschr. 1881.

³⁾ Annal. d. Malad. de l'oreille, de larynx, etc. 1893 г. p. 193.

⁴⁾ Médic. Record. N. Y. 17 Апрель 1897 г.

⁵⁾ Thèse de Monbouyran. 1895 г.

Лечение.

Наибольше распространенный методъ лечения опухолей носоглоточного пространства оперативный.

Способовъ оперативнаго лечения существуетъ весьма много и прежде всего ихъ можно раздѣлить на двѣ большія группы—простыя и сложныя операціи.

Первыя состоятъ въ удаленіи опухоли черезъ естественные пути, *per vias naturales*,—носъ и ротъ. Между ними особенно распространены холодная и гальвано-каустическая петля, выскабливаніе ложками, отдѣленіе распаторомъ и ножницами, далѣе отрываніе щипцами. Къ мало употребительнымъ относятся удаленіе при помощи каленаго желѣза, наложенія лигатуры.

Подъ сложными операціями слѣдуетъ понимать собственно сочетаніе двухъ операцій—одной состоящей въ подготовленіи достаточно-широкаго доступа къ мѣсту нахожденія опухоли путемъ окончательнаго или временнаго удаленія той или другой части лица, такъ называемой, предварительной операціи и другой состоящей въ удаленіи самой опухоли.

Всѣ предварительныя операціи можно раздѣлять на три группы въ зависимости отъ того, какой путь избирается для удаленія опухоли. Такимъ образомъ, будемъ имѣть операціи производимыя по носовому методу въ томъ случаѣ, когда предварительная операція предпринимается въ области носа, далѣе различаютъ небный и лицевой методы.

Простыя операціи.

Показаніемъ къ примѣненію простыхъ операцій въ настоящее время служатъ только опухоли, сидящія на тонкой ножкѣ. До начала восемнадцатаго столѣтія всѣ опухоли носа и носоглоточнаго пространства удалялись почти исключительно при помощи простыхъ операцій, изъ которыхъ отрываніе практиковалось еще Гиппократомъ, который проводилъ одинъ конецъ нитки черезъ носовую полость въ ротъ и на этотъ конецъ навязывалъ губку, которую затѣмъ и выводилъ за свободный

конецъ нитки черезъ носъ наружу. Благодаря этому губка по пути своемъ отрывала полипы. Въ 16-омъ столѣтіи этотъ способъ отрыванія былъ замѣненъ щипцами, предложенными Albucasis'омъ (Levet). Способъ этотъ употребляется и до настоящаго времени для удаленія небольшихъ сидящихъ на тонкой ножкѣ опухолей, при чемъ отрываніе теперь производится при помощи крѣпкихъ прямыхъ или слегка изогнутыхъ щипцовъ, которыя проводятся черезъ *canal respiratorium nasi* до носоглоточнаго пространства, здѣсь захватываютъ подъ руководствомъ пальца проведеннаго черезъ ротъ опухоль въ области ножки и обратнымъ движеніемъ и поворотомъ щипцовъ вокругъ продольной оси отрываютъ новообразование. Нѣкоторые хирурги (Miculicz) производятъ отрываніе щипцами проведенными черезъ ротъ; въ этомъ случаѣ щипцы имѣютъ соответствующую кривизну. Цельсь удалять эти опухоли при помощи прижиганія каленымъ желѣзомъ; при этомъ для защиты здоровыхъ частей употреблялась металлическая трубочка, черезъ которую желѣзо проводилось до поверхности опухоли; а Guidon и Dionis предложили для той же цѣли острый инструментъ—родъ шпателя.

Выскабливаніе ложками, отдѣленіе распаторомъ съ послѣдующимъ прижиганіемъ мѣста исхода употребляется нѣкоторыми врачами (Hornmann ¹⁾, Kijewski ²⁾, Wróblewski ³⁾) не только для удаленія опухолей на тонкой ножкѣ, но и сидящихъ на широкомъ основаніи. Первый изъ нихъ (Hornmann) предварительно оттягиваетъ мягкое небо при помощи предложеннаго имъ аппарата *veliretractor* и затѣмъ удаляетъ опухоль въ положеніи больного по Rose'. Д-ра Kijewski и Wróblewski удаляютъ эти опухоли при помощи щипцовъ, вырѣзыванія и выскабливанія.

Наложеніе лигатуры въ настоящее время почти не употребляется въ виду возможности задушенія и общаго зараженія при омертвѣннй опухоли.

¹⁾ Münch. medicin. Wochenschr. 1898 г. № 21.

²⁾ Arch. f. Laryngolog. und. Rhinolog. v. Frankel. 1894 г. т. 2-я, ч. 1. S. 78—105.

³⁾ Тамъ же.

Изъ всѣхъ простыхъ операций наиболѣе часто употребляется металлическая отдавливающая и гальванокаустическая петля, предложенная Mieddeldorff'омъ въ 1853 г. и состоящая въ томъ, что концы проволоки, обхватывающей опухоль возможно ближе къ основанію ея, выводятся наружу черезъ носовыя полости и соединяются съ отжимнымъ аппаратомъ, а въ случаѣ гальванокаустической петли и съ электрическимъ приборомъ, хорошо урегулированнымъ, затѣмъ при постепенномъ затягиваніи проволоки опухоль медленно отдавливается.

Сложныя операци.

Здѣсь мы рассмотримъ главнымъ образомъ предварительныя операци, такъ какъ самое удаленіе опухоли производится при помощи описанныхъ уже простыхъ оперативныхъ приемовъ.

Предварительныя операци составляютъ, какъ сказано выше, первую половину сложной, ведутъ свое начало отъ Гиппократа, который производилъ расщепленіе крыла носа для удаленія большихъ полиповъ.

Первая предварительная операци, которая несомнѣнно была произведена для удаленія опухоли изъ носоглоточнаго пространства, была предложена въ 1717 г. Manne'омъ ¹⁾, она состояла въ разрѣзѣ мягкаго неба по срединной линіи.

Въ 1832 г. Sime ²⁾ изъ Эдинбурга произвелъ впервые для удаленія фибромы носоглоточнаго пространства резекцію верхней челюсти съ летальнымъ исходомъ на 3-й день послѣ операци отъ затеканія крови въ дыхательные органы. Спустя восемь лѣтъ (въ 1840 г.) такая же операци была произведена Flaubert ³⁾, съ номъ, и, несмотря на сильное кровотеченіе во время операци, сопровождавшагося двумя обмороками, больной выздоровѣлъ. Съ этого времени резекція верхней челюсти весьма часто стала употребляться для удале-

¹⁾ Diverses observations sur des polypes du nez, de la gorge 1717 г.

²⁾ Bail, et memoir, de la Société de Chirurg. 1860 г.

³⁾ Arch. génér. de Med. 1840 г. Août.

нія носоглоточныхъ опухолей. Къ этому же сроку, приблизительно, слѣдуетъ отнести и появленіе нѣсколькихъ способовъ частичной резекціи верхней челюсти (Michaux ¹⁾, Demarquay ²⁾, Langenbeck ³⁾).

Отдѣльную эпоху въ леченіи опухолей основанія черепа составляютъ, такъ называемыя, временныя предварительныя операци, состоящи въ томъ, что резецируемая часть не вполне отдѣляется, но остается въ связи съ матерной почвой посредствомъ мостика изъ мягкихъ частей и послѣ удаленія опухоли прилагивается на прежнее мѣсто, укрѣпляется швами и приживляется.

Идея примѣненія временныхъ операций, безусловно, принадлежитъ французскому хирургу Huguier ⁴⁾, примѣненіе же на дѣлѣ этихъ операций впервые было сдѣлано Langenbeck'омъ ⁵⁾ въ 1859 году.

Носовой методъ.

Состоитъ въ томъ, что путь для удаленія новообразованія изъ носоглоточнаго пространства прокладывается при помощи операци въ области носа.

Показаніемъ къ примѣненію операци по этому методу служатъ опухоли, которыя при своемъ ростѣ преимущественно распространяются въ носовыя полости. Слѣдовательно, сюда принадлежатъ всѣ опухоли основанія черепа за исключеніемъ ретрофарингеальныхъ и ретроаксиллярныхъ.

Ведетъ свое начало носовой методъ, какъ сказано выше, отъ Гиппократа.

Относящаяся сюда операци можно раздѣлить на операци на мягкихъ частяхъ носа и операци на костяхъ носа.

Къ числу первыхъ относится простой разрѣзъ спинки носа, какъ его производили Véruenil, Dieffenbach, Legouest, Koenig; далѣе, отворотъ крыла носа вслѣдѣ стъ

¹⁾ } Hist. по Nélaton'y—Éléments de patholog. Chirurgie 1874 г.

²⁾ } Deutsch. klinik. 1854 г. № 50.

³⁾ Bail, et memoir, de la Société de Chirurg. de Paris 1852 г.

⁵⁾ Deutsch. klinik. 1859 г. № 48.

соответствующимъ участкомъ губы до грушевиднаго отверстія носа (Jordan ¹⁾, Baracz ²⁾; отворотъ этотъ производится слѣдующимъ образомъ: проводится разръзъ по спинкѣ носа и верхней губѣ въ сторону отъ срединной линіи носа, затѣмъ, отворачивая въ сторону полученный лоскутъ, разръзаютъ слизистую оболочку на мѣстѣ перехода ея съ губы на верхнюю челюсть, при чемъ лоскутъ легко отводится въ сторону и обнажается *apertura rugiformis*. Къ числу этихъ же операций принадлежатъ и способъ Rouge'a ³⁾, состоящий въ томъ, что разръзкомъ сразу до кости, произведеннымъ въ десенно-щечной складкѣ между первыми коренными зубами, отдѣляются мягкія части до совершеннаго обнаженія грушевиднаго отверстія. Операция эта производится подъ хлороформнымъ наркозомъ со свѣщенной внизъ головой.

Только что описанныя операции на мягкихъ частяхъ носа въ настоящее время весьма рѣдко примѣняются, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ онѣ оказываются совершенно недостаточными.

Костныя операции принадлежатъ къ наиболѣе употребительнымъ.

Изъ всѣхъ этихъ способовъ первымъ по времени, а также самымъ употребительнымъ до настоящаго времени считается способъ Langenbeck'a ⁴⁾, предложенный въ 1854 г. въ видѣ окончательнаго удаленія носовой кости и восходящаго отростка верхней челюсти; въ 1859 г. Langenbeckъ впервые произвелъ эту операцию, не удаляя этихъ костей, а лишь временно отклонивъ ихъ вмѣстѣ съ періостомъ. Производится эта операция слѣдующимъ образомъ: проводятъ вертикальный разръзъ сразу до кости отъ корня до конца костной части носа и отсюда поворачиваютъ разръзъ въ сторону и внизъ по границѣ костной и хрящевой части носа, продолжая разръзъ немного на щеку. Послѣ этого отпрепаровывается кожный лоскутъ безъ надкостницы

и отклоняется вверхъ и кнаружи на область глаза. Носовыя кости раздвигаются ножевой пилой послѣ предварительнаго разръза слизистой оболочки, а восходящій отростокъ верхней челюсти перепиливается, начиная отъ *apertura rugiformis* до нижняго края глазницы. Наконецъ, выпиленные части вмѣстѣ съ періостомъ отклоняются при помощи подъемца по направлению кожного лоскута, при чемъ происходитъ надломъ въ области слезной кости. По удаленіи опухоли, отклоненныя части прикладываются на прежнее мѣсто и укрѣпляются швами. Выгоды этой операции вполне очевидны: она даетъ въ большинствѣ случаевъ достаточный и самый кратчайшій доступъ къ основанію опухоли, почти не обезображиваетъ лица, лоскутъ вполне обезпеченъ въ отношеніи питанія изъ а. *dorsalis nasi*, конечной вѣтви а. *ophthalmicae*.

Способъ Ollier ¹⁾ вертикальный двухсторонней остеотоміи носа, пропагандируемый въ Россіи проф. Разумовскимъ, состоитъ во временномъ отклоненіи всего носа внизъ. Мостикомъ, соединяющимъ отклоненный носъ съ матерной почвой, служатъ прилежачія къ крыльямъ носа участки кожи, питающіи сосудами, обѣ а. а. *angulares*, вѣтви а. *maxill. externae*. Производится слѣдующимъ образомъ: подовообразный разръзъ, проникающій сразу до кости, начинается сбоку крыла носа одной стороны и поднимается вверхъ къ наиболѣе высоколежащей точкѣ корня носа, откуда этотъ разръзъ опускается по аналогичному же мѣсту противоположной стороны носа и оканчивается на томъ же разстояніи отъ крыла носа, на какомъ восходящій разръзъ начинается. Затѣмъ тонкой пилой распилываютъ кости носа сверху внизъ, въ направленіи кожного разръза, послѣ чего носъ отворачивается внизъ. Если необходимо, то можно продолжить ножницами разръзъ хрящевой перегородки и хрящей крыльевъ носа, отчего отворачиваніе происходитъ легче; кожный разръзъ слѣдуетъ начинать и оканчивать такъ, чтобы не перерѣзать питающихъ сосудовъ. Послѣ удаленія опухоли

¹⁾ Хирург. Лѣтопись 1891 г. Т. I, стр. 79.

²⁾ Цит. по Эмарку и Ковальцугу. Хирургич. Техника. 1893 г. стр. 125.

³⁾ l. c.

¹⁾ Bull. et memoir. d. la Société de Chirurg. de Paris. 1866 г.

носъ прилаживается на прежнее мѣсто и или тотчасъ же укрѣпляется швами, или спустя болѣе или менѣе продолжительное время, смотря по надобности. По словамъ автора, эта операція быстро производится, даетъ небольшое кровотеченіе, нисколько не угрожаетъ жизнеспособности носа, ибо главныя артеріи, питающія носъ, сохранены въ нижнихъ мостикахъ.

Способъ Chassaignac¹⁾—Brunst's²⁾, описанный одновременно обоими авторами, названіе которыхъ онъ носитъ, состоитъ во временномъ отклоненіи на сторону или всего носа, или только половины его и производится слѣдующимъ образомъ: проводятъ сразу до кости сначала два горизонтальныхъ разрѣза—одинъ на корнѣ носа въ области соединенія лобной и носовыхъ костей; каждый конецъ этого разрѣза не доходить до внутренняго угла ~~носа~~; другой разрѣзъ идетъ по верхней губѣ на границѣ прикрѣпленія крыльевъ носа и носовой перегородки; концы этихъ разрѣзовъ съ одной стороны соединяются вертикальнымъ разрѣзомъ, послѣ чего остроконечной пилой распиливаютъ изнутри кнаружи восходящій отростокъ верхней челюсти по ходу отвѣснаго разрѣза и перепиливаютъ мѣсто прикрѣпленія носовыхъ костей къ лобной по верхнему горизонтальному разрѣзу. Черезъ верхній распилъ надрѣзываютъ спереди назадъ ножомъ или ножницами носовую перегородку, затѣмъ подпиливаютъ пилой переднюю носовую часть, *spina anterior nasalis*, продолжаютъ отдѣленіе хрящевой части носовой перегородки до тѣхъ поръ, пока верхній и нижній разрѣзъ перегородки не встрѣятся. Послѣ этого отклоняютъ подлежащую резцированную часть носа, при этомъ если отклоняется весь носъ на сторону, то надломъ происходитъ въ области соединенія носовой кости и восходящаго отростка верхней челюсти противоположной стороны; при отклоненіи половины носа надломъ происходитъ въ мѣстѣ соединенія между собою носовыхъ костей. Проф. Кар-

¹⁾ *Traité clinique et pratique des opérations chirurgic. T. II, 1862 г. стр. 434.*

²⁾ *Berlin, klin. Wochenschr. 1872 г. № 13.*

нинскій¹⁾ и Tirifaby²⁾ предлагаютъ округлять углы разрѣзовъ, считая такое видоизмѣненіе болѣе удобнымъ для прилаживанія и заживленія краевъ раны.

Проф. Киттеръ³⁾, руководствуясь тѣмъ, что при удаленіи носоглоточныхъ полиповъ необходимо достигъ главнымъ образомъ свода глотки, что легче всего происходитъ при резекціи костей носа, предложилъ резцировать только эти послѣднія, оставшая нетронутой хрящевую часть носа, для чего онъ проводитъ поперечный разрѣзъ вмѣсто верхней губы на границѣ костной и хрящевой части носа, въ остальномъ операція производится какъ въ способѣ Chassaignac.

Способъ этотъ до настоящаго времени не былъ опубликованъ. Производился онъ въ клиникѣ проф. Рунека.

Способъ Lawrence'a⁴⁾ состоитъ во временномъ отклоненіи всего носа вверхъ, при чемъ проводится по бокамъ носа два разрѣза сразу до кости, начиная отъ слезнаго мѣшка до верхней губы, внизу концы разрѣзовъ соединяются поперечнымъ разрѣзомъ тотчасъ подъ крыльями носа, затѣмъ оба *processus nasalis* верхней челюсти перепиливаютъ по ходу боковыхъ разрѣзовъ; носовая перегородка разрѣзается ножницами; послѣ этого носъ отклоняется къверху. По удаленіи опухоли резцированная часть прилаживается на прежнее мѣсто и укрѣпляется швами.

Д-ръ Gaudier⁵⁾ производитъ удаленіе этихъ опухолей при помощи разрѣза мягкихъ частей спинки носа отъ его корня до кончика и послѣдующаго затѣмъ разединенія и раздвиганія костей носа до полученія возможно широкаго отверстія, чрезъ которое и удаляется опухоль осторожной тракціей и перерываніемъ всего того, что препятствуетъ извлеченію опухоли; носоглоточная полость при этомъ тампонируется со стороны полости рта.

¹⁾ Гейннеръ—Руководство къ операт. Хирургіи, вып. I-II, 1881.

²⁾ *Gaz. d. hôpit. 1897 г. № 46. (Цит. по Sargnon—Traitement des fibromes naso-pharyng.)*

³⁾ Русскій Хирург. Архивъ 1895 г. (Михайловъ—къ техникѣ удаленія носоглот. полиповъ).

⁴⁾ *Gaz. des hôpit. 1862 г. № 113. p. 900.*

⁵⁾ *Bull. et memoir. d. la Soc. de Chirurg. de Paris 1897 г.*

Способъ Bilroth'a¹⁾. Разрѣзъ отъ корня по спинкѣ носа до кончика его, второй разрѣзъ отъ начала первого по длинѣ нижняго орбитальнаго края до наружнаго угла глаза и третій отъ крыла носа по щецкѣ наружи на 1½ сант.; раздѣленіе костей производится рукою пилюю по ходу кожныхъ разрѣзовъ; отклоненіе и надломъ происходитъ кнаружи.

Небный методъ.

Manne первый въ 1717 г. разрѣзалъ мягкое небо по срединной линіи, чтобы подойти къ мѣсту прикрѣпленія носоглоточныхъ шишковицъ; послѣ Manne'a оперировать по этому же способу Dieffenbach²⁾, Maisonneuve³⁾ и Rochet⁴⁾ измѣнили этотъ способъ; первый изъ нихъ производилъ его такимъ образомъ, что свободный край мягкаго неба не разрѣзалъ, благодаря чему въ мягкомъ небѣ получалось отверстіе съ продольнымъ направлениемъ. По мнѣнію автора такое видоизмѣненіе имѣло тѣ выгоды, что края разрѣза ровнѣе прилаживались и лучше заживали. Впослѣдствіи авторъ совѣтовалъ производить раздѣненіе мягкаго неба гальванокаутеромъ. Rochet къ разрѣзу Manne'a присоединялъ отдѣленіе мягкаго неба распаторомъ отъ костей твердаго на 1½ сант. въ каждую сторону отъ разрѣза. Voessel⁵⁾ производитъ поперечный разрѣзъ мягкаго неба, проходящій по краю прикрѣпленія его къ костямъ твердаго, длиною отъ 2 до 3 сант. Если этотъ разрѣзъ недостаточенъ, то къ одному изъ концовъ его присоединяется маленькій длиною въ 6—8 м.м. перпендикулярный разрѣзъ. Способъ этотъ весьма кровоточивъ, такъ какъ при немъ почти всегда разрѣзаются обѣ а. а. pterygo-palatinae тотчасъ же по выходѣ своемъ изъ одноимяннаго канала. Въ виду изложеннаго, авторъ предложилъ дѣлать операцию въ два приема: сначала произвести разрѣзъ, а на слѣдующій день, когда кровотеченіе остановится,

¹⁾ Arch. f. klinisch. Ch. X. 106.

²⁾ Dict. по Nélaton'y—éléments de patholog. Chirurgie. 1874 г.

³⁾ Gaz. des hôpit. 1897 г. (Замѣст. у Sargnon'a).

⁴⁾ Тамъ же.

⁵⁾ Gaz des hôpit. 1879 г. № 95.

сдѣлать удаленіе опухоли или же производить раздѣненіе посредствомъ гальванокаутера.

Такъ какъ операція Manne'a часто недостаточна для удаленія опухоли изъ носоглоточнаго пространства, а между тѣмъ она, по мнѣнію Nélaton'a, обладаетъ важнымъ преимуществомъ въ томъ отношеніи, что совершенно не обезображиваетъ лица, то онъ (Nélaton), чтобы сохранить эти выгоды, въ 1848 году предложилъ свой способъ, состоящій въ разрѣзѣ мягкаго неба и резекціи костей твердаго. Производитъ Nélaton эту операцію слѣдующимъ образомъ: больной сидитъ съ сильно запрокинутой назадъ головою, ротъ широко раскрытъ, хирургъ захватываетъ мягкое небо щипцами и разрѣзаетъ его на всемъ протяженіи по срединной линіи; затѣмъ разрѣзаетъ слизисто-періостальный покровъ твердаго, не доходя 2 сант. до рѣзовъ; къ этому разрѣзу у передняго его конца присоединяется второй разрѣзъ длиною до 3 сант. такимъ образомъ, что получается T. фигура; распаторомъ отдѣляетъ слизисто-періостальный покровъ въ обѣ стороны отъ продольнаго разрѣза, при этомъ получаются два лоскута; впереди по концамъ поперечнаго разрѣза производятъ два отверстія, чрезъ которыя вводится одна вѣтвь ножницъ Liston'a, при помощи которыхъ и резецируются кости свода въ длину, на 3,2 сант. и въ ширину на 2,5 сант. Проф. Legouest¹⁾ считаетъ этотъ способъ невыгоднымъ въ томъ отношеніи, что при немъ открывается тѣло опухоли, а не мѣсто исхода, вслѣдствіе чего при удаленіи новообразованія получается сильное кровотеченіе. Botrel²⁾ видоизмѣнилъ операцію Nélaton'a въ томъ смыслѣ, что онъ разрѣзаетъ мягкое небо по способу Maisonneuve'a. Gussenbauer, отдѣливъ слизисто-періостальный покровъ, резецируетъ все твердое небо. По удаленіи опухоли мягкія части или тотчасъ спаиваются, или спустя нѣкоторое время. Richard³⁾, резецируя кости твердаго неба, мягкое оставляетъ нетронутымъ. Къ числу другихъ операцій этого метода принадлежатъ спо-

¹⁾ Bull. et memoir. de la Société de Chirurg. de Paris. 1860 г. p. 13.

²⁾ Замѣст. у Jullien'a.—Thèse de Paris. 1892 г.

³⁾ Тамъ-же.

собъ временной резекціи твердаго неба и части альвелярнаго отростка верхней челюсти Chalot¹⁾, даѣе, способъ Partsch'a²⁾, въ которомъ временно резецируется твердое небо и весь альвеолярный отростокъ верхней челюсти. Временная резекція твердаго неба д-ра Деличина³⁾ до сихъ поръ, повидимому, была произведена только на трупахъ.

Способъ Chalot производится слѣдующимъ образомъ: вырываются оба клыка, верхняя губа захватывается по угламъ и сильно оттягивается вверхъ, переходная складка слизистой оболочки раздѣляется до кости отъ перваго кореннаго зуба одной стороны до таковаго же другой и затѣмъ отдѣляется распаторомъ вмѣстѣ съ періостомъ до spina nasal. anter. и до основанія обихъ носовыхъ впадинъ. Со стороны этой раны мягкіе покровы, выступающіе обѣ половины носовой полости прокалываются остроконечнымъ скальпелемъ и черезъ образовавшіяся отверстія проводятъ изъ раны слизистой оболочки въ каждую носовую впадину катетеръ Nélaton'a, одинъ конецъ котораго проводится черезъ носъ въ полость рта; къ ротовымъ концамъ этихъ катетеровъ привязываютъ концы проволочной пилы Gigli, которые и выводятъ обратно черезъ носъ въ рану; при этомъ пила охватываетъ носовую перегородку, которую и распиливаютъ сзади напередъ. Послѣ этого кладутъ больного съ запрокинутой головой, захватываютъ и отклоняютъ челюсть и, начиная отъ мѣста удаленныхъ клыковъ, отдѣляютъ твердое небо параллельно ячеевому краю зубнаго отростка съ обихъ сторонъ, точно также отдѣляютъ и часть зубнаго отростка, заключенная между клыками. Когда все это сдѣлано, то отдѣленная часть опускается и ложится на языкъ, находясь въ соединеніи заднимъ своимъ краемъ съ мягкимъ небомъ. По удаленіи опухоли резецированной части прилаживаются на прежнее мѣсто и укрѣпляются швами.

Способъ Partsch'a отличается отъ способа Chalot толь-

¹⁾ Deutch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 47, 1897 r. S. 100. (Цит. по Habs'y)

²⁾ Verhandlungen der. deutschen Gesellschaft. f. Chirurg. S. 552. 1898.

³⁾ Врачи 1895 г. стр. 467.

ко тѣмъ, что здѣсь резецируется весь альвеолярный отростокъ, для чего послѣ отдѣленія мягкихъ частей, послѣднія сильно оттягиваются вверхъ и кнаружи тупыми крючками, вслѣдъ затѣмъ отдѣляютъ очень широкимъ долотомъ носовую перегородку, переднюю и наружную стѣнку верхней челюсти до tub. maxillar., щадя при этомъ слизистую оболочку носовой и Гайморовой полости. Если теперь слегка нажать на резецированную часть, то все твердое небо и альвеолярный отростокъ опускаются книзу, при чемъ образуется широкій доступъ къ опухоли, но удаленіи которой твердое небо и альвеолярный отростокъ прилаживаются на мѣсто.

Д-ръ Деличинъ изъ костей твердаго неба выпиливаетъ прямоугольный лоскутъ путемъ двухъ распиловъ—одного продольнаго, проходящаго въ сторонѣ отъ срединной линіи параллельно ячеевому краю и другаго, перпендикулярнаго къ первому, начинающагося отъ передняго конца его. Отдѣливъ затѣмъ выпиленный слизисто-періостально-костный лоскутъ отъ носовой перегородки ножницами, введенными въ носовую полость, отламываютъ его отъ противоположной стороны вблизи ячееваго края рычагообразнымъ движеніемъ долота. Въ началѣ операціи мягкое небо раздѣляется сбоку отъ срединной линіи, при чемъ костный распилъ твердаго неба служитъ какъ бы продолженіемъ этого разреза.

Лицевой методъ.

Къ нему относятся всѣ операціи, производимыя на верхней челюсти и въ области виска: сюда принадлежатъ резекція верхней челюсти частичная и полная съ окончательнымъ отдѣленіемъ резецируемыхъ частей или только временнымъ отклоненіемъ ихъ, временная резекція скуловой кости и дуги, даѣе, временная резекція вмѣстѣ костей носа и верхней челюсти. Для исторической полноты слѣдуетъ упомянуть объ операціяхъ на слезной кости (Palasciano, Pampolla).

Показаніемъ къ примѣненію этихъ операцій слу-

жать главным образом зачелюстные опухоли и опухоли носоглоточного пространства съ преимущественным распространением на область щеки и носа.

Послѣ Syme'a и Flaubert'a резекція верхней челюсти стала весьма часто примѣняться въ качествѣ предварительной операціи при удаленіи опухолей основанія черепа. Изъ всѣхъ существующихъ способовъ резекціи верхней челюсти весьма часто въ прежнее время употреблялись операціи Velpeau, Nélaton'a, Maisonneuve'a Dieffenbach'a, Weber'a, поднадкостничная Ollier, временная Boeckel'я и др., но съ тѣхъ поръ какъ въ 1861 г. проф. Langenbeck предложилъ свою временную резекцію верхней челюсти—эта послѣдняя заняла первенствующее мѣсто въ ряду другихъ резекцій.

Изъ частичныхъ резекцій верхней челюсти раньше часто примѣнялся способъ Michaux, Demarquay, Dezanpeau, но въ настоящее время почти исключительно употребляется временная частичная резекція Langenbeck'a.

Къ числу другихъ операцій этого метода относится временная резекція скуловой кости (Bruns, Wyeth), изъ нихъ первая примѣняется въ томъ случаѣ когда опухоль главнымъ образомъ разрастается въ височной области и полости глазницы, а вторая, если опухоль кромѣ того проникаетъ еще и въ Гайморову пещеру, да иже, операціи основанныя на раздвиганіи (écartement) верхнихъ челюстей въ области соединенія небныхъ отростковъ (Roux, Kocher), временная резекція костей верхней челюсти и мѣстѣ костей носа (Jordan).

Описывать всѣ способы удаленія верхней челюсти мы не будемъ, такъ какъ онѣ подробно изложены въ специальныхъ работахъ. Въ своемъ изложеніи мы ограничимся описаніемъ только нѣкоторыхъ изъ нихъ и прежде всего описаніемъ временной резекціи верхней челюсти Langenbeck'a¹⁾, которая состоитъ во временномъ отворотѣ передней стѣнки верхней челюсти, оставаемой въ связи при помощи мягкихъ частей съ остальной частью лица. Производится она слѣдующимъ образомъ: разрѣзъ до кости отъ наружнаго угла ноздри

до середины скуловой дуги и отдѣленіе мѣста прикрѣпленія *m. masseteris* отъ нижняго края скуловой кости; послѣ этого раздвигаютъ челюсти и протискиваютъ правый указательный палецъ между опухолью и верхней челюстью въ fossa pterygo—palatina, откуда черезъ for. Spheno-palatinum въ носовую полость; по пальцу этому проводятъ элеваторъ и затѣмъ крѣпкую ножевую шилу, конецъ которой встрѣчаетъ въ полости носа лѣвый указательный палецъ, введенный туда черезъ глотку, носоглоточное пространство и хоаны, и по кожному разрѣзу переносиваютъ верхнюю челюсть до apertur rugiformis. Окончивъ это, проводятъ другой кожный разрѣзъ отъ корня носа по нижнему краю глазницы до соединенія съ первымъ: разрѣзъ этотъ тоже до кости. Освободивъ отъ мягкихъ частей область наружнаго угла глазницы, затѣмъ уголъ между process. frontalis до передняго отдѣла fissur. orbit. infer. и отсюда нижнюю стѣнку орбиты и, не затрагивая слезнаго мѣшка, переносиваютъ process. nasalis maxill. sup. до носовой кости. Распиливъ такимъ образомъ костныя части, элеваторомъ вставленнымъ подъ скуловую кость поднимаютъ вышденная части, при этомъ происходитъ надломъ чаще всего по шву въ мѣстѣ соединенія носового отростка верхней челюсти съ носовою костью. Такимъ образомъ производится операція на лѣвой сторонѣ, если же резецируется правая половина верхней челюсти, то первый костный распилъ производится со стороны полости носа, лѣвый же указательный палецъ проводится между опухолью и наружно-задней стѣнкой верхней челюсти въ fossa pterygo-palatina и слѣдствъ за концомъ шилы. По удаленіи опухоли резецированная часть прилагивается на прежнее мѣсто и укрѣпляется швами. Weber измѣнилъ кожный разрѣзъ этой операціи, проводя его отъ наружнаго угла глаза по нижнему краю орбиты къ внутреннему углу глаза и отсюда отвѣсно внизъ по носо-щечной бороздѣ, у нижняго угла ноздри разрѣзъ заворачиваетъ на верхнюю губу, идетъ до средней линіи верхней губы, которую и раздвѣкаетъ впередъ до свободнаго края. Переносиваніе костей производится такъ же, какъ и при операціи Langenbeck'a; вы-

¹⁾ Deitsch. Klinik. 1861 г. № 29.

пиленная челюсть отворачивается кнаружи, при этом надламывается скуловая дуга. Выгоду подобнаго разреза Weber видитъ въ томъ, что при этомъ сохраняются вѣтви п. facialis.

Boeckel ¹⁾ предложилъ временно отдѣлять переднюю стѣнку верхней челюсти и отворачивать ее кнаружи, для чего онъ проводитъ три разреза сразу до кости, выкраивая при этомъ четыреугольный лоскутъ съ округленными углами: первый разрезъ проводитъ отъ скуловой кости по длинѣ нижняго орбитальнаго края до слезнаго мѣшка, откуда заворачивается внизъ и по носо-щечной бороздѣ достигаетъ нижняго края ноздри, и отсюда поворачивается кнаружи параллельно свободному краю верхней губы и достигаетъ передняго края жевательной мышцы. Кости раздвигаются по ходу разрезъ: скуловую же кость отдѣляютъ подкожнымъ способомъ цѣлочной пилой, которая при помощи иглы Neyfelder'a проводится изъ наружнаго конца верхняго разреза чрезъ fissur. orbit. inf. въ наружный конецъ нижняго разреза. Huguier ²⁾ въ одномъ случаѣ произвелъ временное отдѣленіе альвеолярнаго и небнаго отростка верхней челюсти, для чего мягкія части разрезаютъ слѣдующимъ образомъ: разрезъ отъ губной спайки до передняго края жевательной мышцы, второй разрезъ, начинаясь сбоку носа выше его крыла, направляется прямо внизъ окружаетъ крыло носа и разрезаетъ верхнюю губу въ вертикальномъ направленіи. Dezanneau измѣнилъ кожный разрезъ—онъ проводитъ разрезъ на верхней губѣ во всю толщю отъ свободнаго ея края до середины нижней поверхности соответствующей носовой впадины. Крыло носа, верхняя губа и щека отпрепаровываются и отворачиваются кнаружи; затѣмъ костными щипцами Liston'a раздвигаютъ сначала кости твердаго неба, а затѣмъ отдѣляется альвеолярный отростокъ. Roux ³⁾ въ одномъ случаѣ раздвинулъ челюсти въ области соединенія, временно отдѣливъ верхнюю челюсть перешливаниемъ

костей на мѣстѣ соединенія скуловой и лобной кости, далѣе, на мѣстѣ соединенія скуловаго и височнаго соединенія, въ области восходящаго отростка верхней челюсти и на мѣстѣ соединенія крыловиднаго отростка и верхней челюсти. По удаленіи опухоли раздвигнутая часть вновь приводить въ соприкосновеніе. Профес. Kocher ⁴⁾ достигаетъ такого раздвиганія челюстей путемъ расщепленія слизистой оболочки преддверія рта на мѣстѣ заворота въ обѣ стороны отъ срединной линіи и продольнымъ въ этомъ же направленіи обѣихъ верхнихъ челюстей надъ альвеолярнымъ отросткомъ.

Послѣ раздвиганія горизонтальной пластинки твердаго неба по срединной линіи и срединнаго расщепленія мягкаго верхняго челюсть растягивается острыми крючками.

Способъ Bruns'a ⁵⁾, предназначенный, какъ сказано выше, для удаленія опухолей съ преимущественнымъ распространеніемъ въ височную область, производится двояко: если отростка опухоли нѣтъ въ глазницѣ, то производятъ разрезъ мягкихъ частей сразу до кости, который, начинаясь на верхней границѣ fossae temporalis, идетъ позади наружнаго угла глаза косо сверху внизъ и сзади напередъ и оканчивается нѣсколько выше угла рта, чтобы не ранить Стеноваго протока, къ этому разрезу присоединяется другой, идущій горизонтально вдоль верхняго края скуловой дуги. Затѣмъ скуловая дуга раздвигается въ двухъ мѣстахъ—въ области соединенія дуги съ височнымъ отросткомъ скуловой кости и въ задней своей части и отклоняется внизъ вмѣстѣ съ нижнимъ лоскутомъ мягкихъ частей. Въ случаѣ присутствія отростка опухоли въ глазницѣ производится резекція всей скуловой кости, для чего первый кожный разрезъ измѣняетъ свое направленіе, отыбая ниже—наружный край орбиты. Отдѣливъ затѣмъ мягкія части отъ ниже-наружнаго края орбиты и отъ нижней стѣнки орбиты до появленія передняго отдѣла fissur. orbit. inf., производятъ отдѣленіе височнаго отростка скуловой кости

¹⁾ Thèse de Jullien 1892 г.

²⁾ Gaz. des hôpitaux 1861 г. № 85. Болл.

³⁾ Gaz. des hôpitaux 1861 г.

⁴⁾ Ученіе о хирургическихъ операціяхъ 1897 г. стр. 69.

⁵⁾ Beiträg. z. klinisch. Chirurg. 1894 г.

отъ лобной кости до передняго отдѣла *fissur orbit inf.* откуда перепиливаютъ скуловую кость въ вертикальномъ направленіи. По удаленіи опухоли резецированные части приживаются на прежнее мѣсто и приживляются. Wyeth ¹⁾ резецируетъ вмѣстѣ со скуловою костью и часть верхней челюсти, для чего онъ разрѣзъ мягкихъ частей, начиная отъ верхней границы виска на 2 д. позади наружнаго угла глаза, проводитъ по краю глазницы, огибая его и достигаетъ до *for. infraorbitalis*, откуда, не ранивъ артерій и нерва подглазничной дыры, направляется косо внизъ и наружу къ Стенонова протока. Отдѣливъ пиллою соединеніе скуловой и лобной кости, перепиливаютъ дно глазницы, начиная отъ передняго отдѣла *fissur orbit infer.*, и верхнюю челюсть по щечному разрѣзу; вставляютъ въ наружный уголокъ глазницы крючокъ, которымъ и отворачиваютъ скуловую кость съ частью верхней челюсти наружу, при чемъ скуловая дуга переламывается въ задней своей части.

Проф. Jordan ²⁾ временно резецируетъ вмѣстѣ верхнюю челюсть и кости носа, при чемъ резецированные части отклоняются то въ различныя стороны, то въ одну. Въ первомъ случаѣ резекціи костей носа производится по Brunsy, которая отклоняется на здоровую сторону, передняя-же стѣнка верхней челюсти отдѣляется отъ альвеолярнаго отростка пиллою, а по орбитальному краю долотомъ, послѣ предварительнаго проведенія разрѣзовъ мягкихъ частей, начиная отъ верхняго и нижняго конца вертикальнаго разрѣза сбоку носа; послѣ отдѣленія височнаго отростка скуловой кости отъ лобной кости, резецированная передняя стѣнка и скуловая кость находится въ соединеніи съ остальными костями лица только при посредствѣ скуловой дуги и легко отклоняется впередъ, послѣ чего получается широкой доступъ къ опухоли. Если резецируются кости носа и верхней челюсти однимъ кускомъ, то онъ отклоняется на здоровую сторону, при чемъ перегибъ происходитъ въ области соединенія носовой кости и восходящаго отростка верхней челюсти

¹⁾ N. I. Medic. Journal, 1897 г.

²⁾ Münch. med. Wochenschr. 1898 г. № 21.

здоровой стороны. Кожные разрѣзы въ этомъ случаѣ проводятся, первый начиная отъ нижняго края крыла носа здоровой стороны по верхней губѣ на большую щеку къ среднѣй скуловой дугѣ, второй отъ внутренняго угла глаза тоже здоровой стороны по корню носа вдоль нижняго края орбиты большой щеки къ лобному отростку скуловой кости, гдѣ концы обонхъ разрѣзовъ соединяются дугообразнымъ разрѣзомъ.

Способъ Palasciano и Rampolla состоитъ въ томъ, что слезная кость, послѣ предварительнаго обнаженія или резецируется, или только перфорируется, послѣ чего черезъ образовавшееся отверстіе проводится въ носоглоточное пространство, а отуда въ ротъ изогнутый зондъ съ шелковой ниткой, привязавъ къ которой въ полости рта концы отжимающей проволоки, выводятъ нитку обратнѣ. Наложивъ петлю на опухоль и соединивъ концы проволоки съ отжимателемъ, удаляютъ опухоль. Операция эта была произведена одинъ разъ на трупѣ и одинъ разъ на живомъ съ смертельнымъ исходомъ.

Въ клиникѣ проф. В. А. Ратмова для удаленія опухолей носоглоточной полости примѣняется обыкновенно способъ временной частичной резекціи верхней челюсти по Langenbecky.

Если при удаленіи опухоли одной предварительной операцией оказывается недостаточнѣ, то обыкновенно къ ней присоединяется еще другая (проф. Valette ¹⁾, Proebsting ²⁾, Michaux ³⁾ и др.).

Вѣсь операции удаленія опухолей изъ носоглоточнаго пространства чрезвычайно кровоточивы. Кровотечение здѣсь является какъ слѣдствіемъ предварительной операции, при которой рванется ткань богатыя сосудами, такъ еще болѣе слѣдствіемъ удаленія самой опухоли, какъ извѣстно, снабженной всегда чрезвычайно большимъ количествомъ сосудовъ. Потеря крови опасна въ двухъ отношеніяхъ—прежде всего кровь можетъ затекать въ дыхательные органы и обусловить или смерть

¹⁾ Bull. et memoir. d. la Société d. Chirurg. de Paris, 1860 г. p. 419.

²⁾ Münch. med. Wochenschr. 1896 г. S. 760.

³⁾ Gaz. des hôpitaux 1864.

отъ асфикіи (Syme ¹⁾, Langenbec'k ²⁾, или, по меньшей мѣрѣ, вызвать воспаленіе легкихъ (Разумовскій), а затѣмъ количество потерянной крови можетъ быть настолько велико, что больные гибнутъ отъ остраго малокровія (Вобровъ ³⁾, Vérneuil ⁴⁾, Dumenil ⁵⁾. Въ виду изложеннаго хирургіи уже давно изыскиваютъ различныя средства для предотвращенія этой опасности. Къ числу этихъ средствъ относится предложенное Rose ⁶⁾ въ 1874 г. запрокидываніе головы. Способъ этотъ въ настоящее время довольно распространенъ (Разумовскій ⁷⁾, Habs ⁸⁾, Jordan ⁹⁾, Partsch ¹⁰⁾, Isch-Wall ¹¹⁾, Picqué ¹²⁾; по словуамъ послѣдняго положеніе съ запрокинутой головой устраняетъ всякую опасность затеканія крови въ дыхательные пути. Если, однако, запрокидываніе головы и устраняетъ возможность затеканія крови въ дыхательные пути, то такое неестественное положеніе, вызывая застойныя явленія въ области головы, значительно усиливаетъ и безъ того уже опасное по своему количеству кровотеченіе. Vérneuil ¹³⁾ для предупрежденія затеканія крови въ дышат. пути еще въ 1867 г. предложилъ тампонаду хоанъ. Въ клиникѣ проф. Czerny ¹⁴⁾ затеканіе крови въ легкія и пищеводе предупреждается тампонажей носоглоточнаго пространства при помощи трубки Беллока, точно такъ же поступають и другіе (Gaudier) ¹⁵⁾ въ томъ случаѣ, если опухоль распространяется преимущественно въ носовыя полости; при такой тампонажѣ у нихъ не было ни одного случая затеканія крови.

¹⁾ Bull. et. memoir. de la soc. de Chirurg. 1860 г.

²⁾ См. случай № 153. II-я таблица диссертаціи проф. В. А. Ратимова.

³⁾ Отчетъ факультетск. клиники за 1895—1896 г. за № 559.

⁴⁾ Bull. et memoir. de la soc. de Chirurg. de Paris. 1894 г. p. 802.

⁵⁾ Gaz. des hôp. 1873 г. p. 750—751.

⁶⁾ Arch. f. klinisch. Chirurg. V. XVII, S. 454.

⁷⁾ Врачъ 1895 г. стр. 147.

⁸⁾ Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 47, 1897 г. S. 100.

⁹⁾ Münch. medic. Wochenschr. 1898 г. № 21.

¹⁰⁾ L. e.

¹¹⁾ Rev. hebdomad. de Laryng., d'otolog. etc. 1898 г.

¹²⁾ Rev. de Chirurg. de Paris. 1893 г. p. 445—446.

¹³⁾ Gaz. d. hôp. 1867 г. p. 370.

¹⁴⁾ См. статью Naab'a «Die Chirurg. Behandlung. der Nasenrachenflür.

¹⁵⁾ Bull. et memoir. de la Société de Chirurg. d. Paris. 1897 г.

Предложенная съ тою-же цѣлью предварительная трахеотомія съ тампонадой гортани по Nussbaum'у ¹⁾ или Trendelenbourg'у ²⁾ въ первое время имѣла много поклонниковъ, особенно среди нѣмецкихъ хирурговъ. Нѣкоторые хирурги (Разумовскій, Kocher ³⁾, Picqué ⁴⁾, впрочемъ, и въ настоящее время пользуются ею, не смотря на то, что способъ этотъ, какъ показали многіе случаи, ненадеженъ и не всегда предупреждаетъ затеканіе крови; кромѣ того въ этомъ случаѣ трахеотомія не можетъ считаться безразличною для организма, особенно произведенная непосредственно передъ удаленіемъ носоглоточной опухоли. Многіе опытные хирурги (Vérneuil ⁵⁾, Berger ⁶⁾, Reinier ⁷⁾ считаютъ эту операцію по меньшей мѣрѣ бесполезной. Въ клиникѣ проф. В. А. Ратимова не приѣмляется ни одна изъ этихъ предлиминарныхъ операцій; здѣсь существуетъ весьма простой приемъ, благодаря которому всегда удастся предотвратить затеканіе крови въ дыхательные пути; приемъ этотъ состоитъ въ томъ, что въ носоглоточное пространство при раскрытыхъ челюстяхъ вводится лѣвый указательный палецъ, по руководству котораго, во 1-хъ отдѣляется опухоль отъ основанія черепа, и во 2-хъ, палецъ этотъ, надавливая опухоль, приемомъ этимъ тампонируетъ носоглоточную полость, чѣмъ и предотвращаетъ затеканіе крови.

Для предупрежденія большихъ потерь крови уже Lizars ⁸⁾ при удаленіи верхней челюсти произвелъ въ двухъ случаяхъ предварительную перевязку а. carotis communis. Bryant ⁹⁾, собравшій 86 случаевъ перевязокъ наружной сонной артерій, приходитъ къ заключенію, что операція эта безопасна и считатьъ одновременную

¹⁾ Eine temporäre Tracheotomie. Aetz. tühe Intell.—Blau. 1869 г. стр. 521. (Цит. по В. А. Ратимому—Диссертація).

²⁾ Arch. f. klinisch. Chirurg. Bd. XII, стр. 121.

³⁾ Ученіе о хирургическихъ операціяхъ 1897 г. стр. 69.

⁴⁾ Annal des maladies de l'oreille, du larynx, du nez, et du pharynx 1893 г. p. 507.

⁵⁾ Rev. de Chirurg. de Paris. 1893 г. p. 446.

⁶⁾ L. e.

⁷⁾ Lancet, 1890 г. T. II стр. 54. (Записка у проф. Ратимова Диссертація).

⁸⁾ N. I. Medic. Journal. 1889 г.

⁹⁾ N. I. Medic. Journal. 1889 г.

перевязку обихъ наружныхъ каротидъ цѣлесообразно мѣрою при операціяхъ надъ тѣми частями, которыя получаютъ свои сосуды изъ этихъ артерій. Однако случаи кровотеченія, наблюдавшіеся и послѣ одновременной перевязки наружныхъ каротидъ, а также общей сонной артеріи, совершенно противорѣчатъ выводамъ Вуанга: въ случаѣ Derage'a 1), несмотря на перевязку обихъ наружныхъ каротидъ, большой потерей во время операціи весьма много крови, тоже повторилось и въ случаѣ Dumenil'a 2) послѣ перевязки общей сонной артеріи. Случай Park'a 3), гдѣ передъ операціей была произведена перетяжка шей резиновой трубкой, проведенной позади дыхательнаго горла до полного уничтоженія пульсаціи сосудовъ выше этой перетяжки и гдѣ во время удаленія опухоли было большое венозное кровотеченіе, ясно указываетъ на неэффективность перевязки сонныхъ артерій. Кровотеченіе при удаленіи опухоли зависитъ главнымъ образомъ отъ застойной гипереміи (Разумовскій 4), условия для существованія которой здѣсь самая благоприятная.

Большинство хирурговъ при удаленіи опухолей изъ носоглоточнаго пространства пользуются для остановки кровотеченія перевязкой въ ранѣ болѣе крупныхъ сосудовъ и періодическимъ прижатіемъ во время операціи раневой поверхности марлевымъ тампономъ, отъ чего паренхиматозное кровотеченіе значительно уменьшается. По окончаніи операціи раневая полость прижигается гальванокautéромъ или термокаutéромъ и тампонируется марлей.

Изъ 136 случаевъ, собранныхъ изъ литературы, въ которыхъ была сдѣлана операція, смертью окончилось отъ кровотеченія во время самой операціи 5 случаевъ. Въ четырехъ случаяхъ предварительная операція состояла во временномъ удаленіи верхней челюсти. Въ одномъ случаѣ, наблюдавшемся въ клиникѣ, смерть наступила отъ сочетанія потери крови и шока.

1) Internat. Centrallbl. f. Laryng. Jюль 1893 г. № 7.

2) Gaz. des hôpít., 1887 г. p. 804—805.

3) Centrallbl. f. Chirurgie 1894 г. S. 485.

4) Arch. f. klinisch. Chirurgie 1897 г.

Умерло въ постоперационномъ періодѣ всего 7 душъ. Причины смерти различны: въ 2-хъ случаяхъ, смертельный исходъ наступилъ отъ кровотеченія (Naab VII, Richet 1), одинъ разъ отъ рожи, осложнившейся ретробульбарной флегмоной и базиллярнымъ менингитомъ (Naab I) и въ одномъ случаѣ отъ гнилостнаго зараженія (Nélaton 2), затѣмъ отъ обиднаго упадка силъ и паралича сердца (Brulout 3) и въ двухъ случаяхъ отъ быстро-наступившаго рецидива (Nélaton, Paige 4).

Постоперационный періодъ часто протекаетъ при повышенной температурѣ, повышение это въ нѣкоторыхъ случаяхъ достигаетъ до 39,5. Изъ другихъ осложненій этого періода кровотеченіе является наиболѣе частымъ, затѣмъ нагноеніе, которое чаще всего наблюдается на мѣстахъ швовъ. Въ двухъ случаяхъ присоединилась рожа, въ одномъ гнилостное зараженіе и въ одномъ воспаленіе легкихъ, вълѣдствіе затеканія крови.

Электролизъ.

Электролизъ для леченія вообще опухолей былъ примененъ въ первый разъ Cimicelli 5), для леченія же опухолей носоглоточнаго пространства проф. Nélaton'омъ въ 1859 г., для чего онъ вкалывалъ въ вещество опухоли электроды, изолированные гутта-перчей и держалъ тамъ ихъ нѣсколько минутъ. Применяется всегда постоянный токъ. Сила тока различна: нѣкоторые авторы (Kaarsberg 6) применяли токи огромнаго напряженія, причемъ большие хлороформировались во время сеанса, большинство же (Разумовскій 7), Bruns 8), Саpart 9) начинаютъ леченіе со слабыхъ токовъ, руковод-

1) Thèse de Petit 1881.

2) Bull. et. memoir. d. la Société de Chirurg. d. Paris 1860 г.

3) Gaz. des hôpít., 1830 г. p. 93—94.

4) Rev. des. Sciences. medic. en France et à l'étranger 1893.

5) Записк. у Вуанга.—Гальвано—Хирургія. Русскій пер. 1875 г.

6) Записк. у Тихова—Мед. Обозрѣніе. Мартъ, 1897 г.

7) Arch. f. klinisch. Chirurg. 1897 г.

8) Berlin. klinisch. Wochenschr. 1873 г. № 32.

9) Arch. d'électricité med. № 33, 1895 г. (Записк. у Тихова. Мед. Обзор. 1897 г.).

ствуюсь при этомъ состояніемъ больного. Количество сеансовъ, необходимыхъ для полного излеченія, различно—въ среднемъ оно достигаетъ сорока и болѣе сеансовъ. Продолжительность каждаго сеанса равняется отъ 10—15 минутъ.

По однимъ авторамъ (Nélaton) электролизъ дѣйствуетъ химически на ткань опухоли, по другимъ (Bruns) онъ производитъ омертвѣніе участковъ опухоли въ мѣстахъ приложенія электродовъ въ силу прижигающаго его дѣйствія вокругъ электродовъ.

Carart, Grönbech *) приводятъ довольно значительное число полныхъ излеченій при помощи электролиза; къ числу благоприятныхъ въ смыслѣ излеченія слѣдуетъ также отнести случаи Разумовскаго (126), Михалкина (94), Guyon'a (41), Bruns'a (10), Тихова (147).

По мнѣнію Bruns'a въ будущемъ все случаи опухолей носоглоточнаго пространства, для удаленія которыхъ необходима серьезная предварительная операція, будутъ предварительно лечиться электролизомъ.

Въ настоящее время электролизъ примѣняется въ тѣхъ случаяхъ, когда состояніе больного не позволяетъ тотчасъ приступить къ удаленію опухоли (Тиховъ).

ВЫВОДЫ.

Такимъ образомъ, на основаніи вышеизложеннаго, можно сдѣлать слѣдующіе выводы:

- 1) Фиброма основанія черепа — страданіе довольно рѣдкое.
- 2) Начинается всегда широкимъ основаніемъ.
- 3) Непосредственныя причины появленія болѣзни неизвѣстны, предрасполагающими-же моментами служатъ возрастъ и полъ.
- 4) Наблюдаются онѣ, главнымъ образомъ, въ моло-

*) Заимств. у Bruns'a—Beitr. z. klin. Chirurg. 1894 г. Bd. XI.

домъ возрастѣ, между 15 и 25 годами и преимущественно у мужчинъ.

5) Ростъ медленнее: въ общемъ проходить не мене 3-хъ лѣтъ, прежде чѣмъ больной обращается къ врачебной помощи, при чемъ быстрота роста зависитъ и отъ возраста: чѣмъ моложе субъектъ, тѣмъ ростъ совершается быстрее; въ болѣе зрѣломъ возрастѣ ростъ опухоли замедляется и даже можетъ прекратиться.

6) Гистологически фиброма основанія черепа отличается отъ другихъ фибромъ большимъ содержаніемъ кровеносныхъ сосудовъ и форменныхъ элементовъ.

7) Клинически протекаетъ какъ злокачественное новообразованіе, что зависитъ отъ мѣстоположенія опухоли въ глубинѣ отъ поверхности лица среди важныхъ для жизни органовъ.

8) Наиболѣе важную клиническую особенность этого новообразованія составляетъ кровотеченіе изъ опухоли, наблюдаемое почти во всѣхъ случаяхъ и нерѣдко угрожающее жизни больного своимъ обиліемъ; далѣе, наклонность опухоли къ мѣстнымъ рецидивамъ и, наконецъ, возможность саркоматознаго ея перерожденія.

9) Предсказаніе весьма серьезно: болѣзнь часто оканчивается смертью.

10) Молодой возрастъ ухудшаетъ предсказаніе.

11) Операція улучшаетъ предсказаніе въ томъ случаѣ, когда опухоль удаляется вмѣстѣ съ тканью, изъ которой она возникла.

12) Распознаваніе опухоли нетрудно, особенно въ періодъ обращенія больныхъ къ врачебной помощи.

13) Наиболѣе распространенный методъ леченія оперативный, при помощи временныхъ предварительныхъ операцій.

14) Въ клиникѣ проф. В. А. Ратимова такой операціей служить временная частичная резекція верхней челюсти по Langenbeck'у.

15) Показанія къ примѣненію электролиза еще не установлены. Въ настоящее время этотъ способъ леченія примѣняется, главнымъ образомъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ удаленіе опухоли оперативнымъ путемъ мо-

жить угрожать жизни больного: напр., при сильном истощении.

16) Изъ предварительныхъ операций, предназначенныхъ для предотвращения затеканія крови въ дыхательные пути, наиболее часто применяется положение Rose, даѣе тампонада носоглоточнаго пространства, гораздо рѣже предварительная трахеотомія съ канюлюю Trendelenbourg'a и весьма рѣдко перевязка сонныхъ артерій.

17) Въ клиникѣ проф. В. А. Ратимова съ этою цѣлью применяется совершенно невинный приемъ тампонады носоглоточной полости тѣломъ опухоли при низведении ее внизъ и пальцемъ, проведеннымъ со стороны полости рта.

Клиническія исторіи болѣзней.

№ 1. Fibro-Sarcoma baseos cranii.

В. Прохоровъ, крестьянинъ, 38 лѣтъ, поступилъ въ клинику 12—и 91 г., выбылъ 2—v 91 г.

Происходить изъ здоровой семьи, женатъ, дѣтей не имѣтъ; четыре года тому назадъ перенесъ сифилисъ. Затрудненное дыханіе носомъ впервые замѣтилъ около двухъ мѣсяцевъ тому назадъ; сначала заложило правый носовой проходъ, а вскорѣ затѣмъ и лѣвый, такъ что къ концу мѣсяца больной не могъ дышать носомъ; въ то же время у него нѣсколько разъ повторилось кровоточеніе изъ правой ноздри.

Лицо больного асимметрично: правая половина носа представляется выпяченною кнаружи; у внутренняго угла праваго глаза находится припухлость величиною въ вишню съ покраснѣвшею надъ нею кожей. Правый глазъ нѣсколько выпяченъ впередъ и отклоненъ вверхъ и кнаружи, онъ слезитъ, соединительная его оболочка отечна, красна. Въ правой ноздрѣ видна бугристая опухоль, выполняющая весь просвѣтъ носоваго прохода, опухоль имѣетъ темнокрасный цвѣтъ, мѣстами покрыта сѣроватымъ распадомъ и свертками крови. Сошникъ отклоненъ влѣво и лѣвый проходъ суженъ, больной дышетъ только ртомъ; при самомъ осторожномъ прикосновеніи опухоль кровоточитъ. При осмотрѣ полости рта рѣзко бросается въ глаза выпяченная впередъ небная занавѣска; введеннымъ за край ея пальцемъ можно убѣдиться, что все носоглоточное пространство занято опухолью, которая своимъ основаніемъ сидитъ на задней стѣнкѣ глотки и отсюда посылаетъ свои отростки въ носовую полость и орбиту. Опухоль бугриста, плотна, покрыта слизистой оболочкой, легко кровоточитъ; величиною приблизительно съ гусиное яйцо. Зондъ, введенный черезъ нижній носовой проходъ подъ опухолью, проходитъ до глотки. Больной блѣденъ, но въ общемъ не представляетъ отклоненій отъ нормы.

Операция 22-—II 91 г. произведена проф. В. А. Ратиновым. Хлороформный наркоз. Положение больного на спивъ съ приподнятой и повернутой въ сторону оператора головой. Предварительно *временная частичная резекция верхней челюсти по Langenbeck'u*. Полость носа раскрыта двумя разрезами: одинъ всей спинки носа отъ корня его, другой дугообразный отъ свободного края праваго крыла носа къ нижнему краю глазницы. Соответственно разрезу мягкихъ частей на щеку въ нижняго угла грушевиднаго отверстия носа къ срединѣ нижняго края глазницы долотомъ и молоткомъ разсѣченъ въ основаніи носовой отростокъ; затѣмъ, вставляя долото въ шовъ носовыхъ костей ударами молотка нарушена связь между послѣдними; послѣ этого отдѣленная костная часть помощью поддемика была отворочена вмѣстѣ съ кожнымъ лоскутомъ внаружи и вверхъ. Черезъ образованное такимъ образомъ отверстие скребцомъ и ножницами опухоль вмѣстѣ съ частью сонника отдѣлена отъ основанія черепа и удалена. Операция эта выполнена при слѣдующихъ приемахъ предосторожности: чтобы лучше ориентироваться при отдѣленіи опухоли въ глубинѣ у основанія черепа и вмѣстѣ съ тѣмъ помѣшать затеканію крови въ дыхательные пути, въ носоглоточное пространство при раскрытыхъ челюстяхъ вводится лѣвый указательный палецъ, по руководству котораго и производится отдѣленіе опухоли; низдавливая опухоль, приемъ этотъ служитъ въ то же время и тампонадой отъ затеканія крови въ дыхательные пути. Кровотеченіе было умѣренное. Основаніе опухоли прижжено термокаутеромъ Raquelin'a; носоглоточное пространство тампонировано йодоформной марлей. Кожно-костный лоскутъ приложенъ на прежнее мѣсто и укрѣпленъ швами.

Послѣоперационное теченіе сопровождалось повышеніемъ t° въ предѣлахъ 38,1—38,8 на 5—7-ой день. Повсюду получилось сращеніе рег ргітамъ за исключеніемъ нѣкоторыхъ швовъ на щечномъ лоскутѣ, которые нагноились и въ послѣдствіи выдѣлялись лигатуры.

Лѣченіе обычное — промываніе дезинфицирующими растворами носоглоточной полости и закладываніе полосокъ марли. Больной оправился и 2 Мая выписанъ изъ клиники при совершенно зажившей ранѣ и свободномъ проходимомъ носѣ.

Удаленная опухоль плотной консистенціи съ значительнымъ

развитіемъ сосудовъ исходила изъ періоста основанія черепа и свои отростки посылала въ оба носовые прохода, черезъ for. Sphenopalatinum въ обѣ крылобныя впадины, также и въ орбиту. Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило клиническій діагнозъ.

№ 2. Fibro-Sarcoma baseos cranii.

П. Васильевъ, крестьянинъ, 18 лѣтъ, поступилъ въ клинику 12—v 91 г., умеръ 21—v 91 г.

Больной уже нѣсколько времени страдаетъ обильными кровотечениями изъ носа, вслѣдствіе чего онъ сдѣлался малокровнымъ, былъ подвергнутъ головокруженіямъ и страдалъ частыми головными болями. До поступления въ клинику никакими другими болями не страдалъ и пользовался до послѣдняго заболѣванія удовлетворительнымъ здоровьемъ. Со стороны наследственности ничего достойнаго замѣчана не было. Больной крайне малокровенъ, видимыя слизистыя оболочки и кожные покровы блѣдны. Изслѣдованіе сердца, дыхательныхъ органовъ и органовъ пищеваенія ничего ненормальнаго не обнаружило. Передняя риноскопія обнаружила катаррально воспаленную слизистую оболочку носа и присутствіе въ cav. respirator. nasi отростковъ опухоли, покрытыхъ слизистой оболочкой темнокраснаго цвѣта, на которой замѣчается грязно-сѣрый распадъ. Со стороны полости рта: небная занавѣска отдалена внизъ и впередъ находящеяся позади ея болоу опухолью, нижній конецъ которой достигаетъ aditus ad laryngem. Пальцемъ, введеннымъ со стороны полости рта, можно констатировать, что эта опухоль занимаетъ весь сводъ глотки, плотно-эластической консистенціи, дольчата; правый глазъ нѣсколько выпяченъ впередъ и отклоненъ вверхъ и внаружи.

Въ виду обильныхъ потерь крови, не уступавшихъ никакимъ средствамъ, больному ассистентомъ клиники д-ромъ Пракшинымъ 21—v 91 г. при хлороформномъ наркозѣ была сдѣлана предварительная операция временной резекціи правой половины верхней челюсти по Langenbeck'u, послѣ чего опухоль была удалена при помощи ножницъ и распатора. Во время операции наблюдалось обильное и неуправляемое кровотеченіе. По удаленіи опухоли мѣсто происхожденія ея приж-

жено термокавером Raquelin'a и носоглоточное пространство тампонировано йодоформной марлей.

Резецированная половина верхней челюсти уложена на прежнее место, укреплена швами и наложена повязка.

Удаленная опухоль величиною въ кулакъ взрослого, началась шарокомъ основаніемъ отъ периста костей основанія черепа, имѣла продолговато-овальную форму. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли клиническій діагнозъ подтвержденъ.

Больной вскорѣ послѣ операніи умеръ. При вскрытіи всѣ органы оказались малокровными, но не въ такой мѣрѣ, чтобы объяснить смерть; послѣдняя объяснена суммированіемъ малокровія и шока.

№ 3. Fibroma baseos cranii.

В. Антоновъ, крестьянинъ, 23 лѣтъ, поступилъ въ клинику 25—х 91 г., выбылъ 5—хп 91 г.

Больной раньше ничѣмъ не хворалъ. Три года тому назадъ у него появилась насморкъ и вскорѣ затѣмъ онъ сталъ ощущать какъ бы присутствіе инороднаго тѣла въ правой ноздрѣ; дыханіе черезъ носъ становилось все болѣе и болѣе затрудненнымъ и черезъ 1½ приблизительно года совершенно заложило правую половину носа—дыханіе черезъ нее сдѣлалось невозможнымъ. Затѣмъ послѣдовательно заложило и лѣвую и большой могъ дышать только ртомъ, но въ послѣднее время и черезъ ротъ дыханіе сдѣлалось затрудненнымъ, въ особенности когда больной лежитъ на спинѣ. Ко всему этому присоединились боли въ области лба и носа. Въ теченіе двухъ послѣднихъ лѣтъ наблюдались сильныя кровотечения, которыхъ большой насчитываетъ до 20-ти.

Больной средняго тѣлосложенія съ правильно развитой костной и мышечной системой; кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны; ротъ держитъ постоянно открытымъ, голосъ гнусавый; правымъ ухомъ слышитъ хуже чѣмъ лѣвымъ. Внутренніе органы уклонены отъ нормы не представляютъ. Конфигурація носа, особенно съ правой стороны представляется обезображенной; костныя стѣнки его, начиная отъ корня, вздуты, расширены и тѣмъ болѣе это выражено, чѣмъ ближе къ хрящевой части.

При осмотрѣ носовой полости найденъ весь правый носовой проходъ выполненъ слегка бугристой опухолью темно-краснаго цвѣта съ гладкой поверхностью, мѣстами изъязвившеюся и покрытъ грязно-сѣрымъ налетомъ. Носовая перегородка выпячена вѣзбо до полнаго почти соприкосновенія съ внутренней поверхностью наружной стѣнки лѣвой половины носа. Обѣ носовыя полости совершенно непроходимы для воздуха. Со стороны полости рта: мягкое небо отдалено впередъ и книзу, неподвижно при фонаціи, позади его виденъ заростъ, состоящій изъ двухъ долей, и выпячивающій все носоглоточное пространство, почти до основанія надгортанника; опухоль плотной консистенціи съ гладкою поверхностью и она плотно сидитъ на задней поверхности носоглоточнаго пространства у основанія черепа, откуда повидимому и исходитъ.

Операнія 13—хп 99 г. Хлороформный наркозъ. Предварительно *временная частичная резекція верхней челюсти по Langenbeck'y*: Одинъ разръзъ вдоль спинки носа, второй отъ свободнаго края праваго крыла носа къ нижнему краю глазницы. При отворотѣ кожно-костнаго лоскута оказалась вскрытой и Гайморова пещера. Опухоль быстро была отдѣлена частью ножницами, частью распаторомъ. Она оказалась сидящей на широкомъ основаніи и исходила изъ основанія черепа. Кровотеченіе во время операніи было весьма обильное; потребовалось быстрое окончаніе операнія. Опухоль удалена черезъ ротъ. Затѣмъ, послѣдовательно кровотеченіе легко было остановлено съ помощью прижиганія термокаверомъ Raquelin'a и тампонадой; кожно-костный лоскутъ помѣщенъ на прежнее мѣсто, а носоглоточное пространство тампонировано йодоформной марлей. Для поднятія упавшей дѣятельности сердца достаточно было обычныхъ возбуждающихъ и большой быстро оправился. Послѣопераніонное теченіе безъ осложненій; кожная рана повсюду зажила первичнымъ натяженіемъ и на 7-ой день швы были удалены; введеніе полосокъ марли продолжалось еще недѣлю, а на 17-ый день послѣ операнія больной оправился. Получившійся рубецъ линейной формы, гладкій, едва замѣтный и совершенно не обезображиваетъ лица.

Удаленная опухоль имѣла блѣдно-розовый цвѣтъ, гладкую поверхность и покрыта слизистой оболочкой; по формѣ опухоль продолговато-округлая и состоитъ изъ двухъ долей, изъ

которых меньшая принадлежит носовой полости, большая — глазниц. Глоточная часть опухоли на своем нижнем конце, как бы раздваивается, так что в свою очередь образует две доли. Длина всей опухоли 14½ стм., длина носовой части ее 6 стм., наибольшая толщина носовой части 2½ стм. в диаметре, глоточной 4½ стм. Ножка длиною в 2½ стм., толщиной в 1½ стм.

Микроскопическое исследование. Сохранение препарата в Мюллеровской жидкости. Окончательное уплотнение, после предварительной промывки в дистиллированной воде, произведено в алкоголь по указанию Кальдена. Препараты заключались в целлоидин. Часть срезов окрашивалась по способу двойной окраски ½% квасцовым гематоксилином Вöhner'a и алкогольным раствором эозина, другая часть по способу van Gieson'a. Гистологически опухоль состоит из соединительнотканых волокон, складывающихся в отдельные пучки. Пучки эти переплетаются между собою в различных направлениях. Клеточных элементов сравнительно мало; между ними преобладают клетки продолговатой формы. Кровеносных сосудов много, прорывающих опухоль во всех направлениях, распределены равномерно по всей опухоли, расширены.

№ 4. Fibroma baseos cranii et polypos nasi.

О. Ершовъ, крестьянинъ, 43 лѣтъ, поступилъ въ клинику 27—iv 92 г., выбылъ 28—v 92 г.

Три года тому назад больной стал замечать, что правая ноздря слабо пропускает воздух, а затем и совершенно стала непроходима; съ Августа прошлаго года заложил и лѣвую носовую полость; дышать носомъ стало затруднено. Въ Январѣ настоящаго года обратился къ земскому врачу, который удалил ему изъ правой половины носа нѣсколько полиповъ, но дыханіе черезъ носъ послѣ операціи не вполне восстановилось и спустя мѣсяць снова стало попрежнему. По временамъ у больного было кровотеченіе изъ носа. Въ послѣднее время больной самъ сталъ замечать присутствіе опухоли въ носу и нѣкоторое затрудненіе при глотаніи. За все

это время кровопотери были незначительны. Больной въ общемъ ничего особеннаго не представляетъ.

Правая сторона носа нѣсколько выпячена кнаружи. Ротъ держитъ открытымъ, дышетъ съ шумомъ, только черезъ лѣвую ноздрию; правая ноздря для воздуха совсѣмъ не проходима, лѣвая же съ большимъ трудомъ. Голосъ имѣетъ носовой оттънъ. Въ правой носовой полости ясно замѣтна опухоль блѣдно-краснаго цвѣта, на ощупь мягкая. При исследованіи полости рта находимъ: мягкое небо опущено, изъ подъ свободнаго края его видна опухоль, которая на ощупь болѣе плотна, чѣмъ опухоль въ носу, она величиною съ малое куриное яйцо и беретъ начало повидимому отъ основанія черепа.

Операція 12—v 92 г. подъ хлороформомъ, заключалась въ предварительной *частичной временной резекціи правой половины верхней челюсти по Langenbeck'у* и быстрымъ исѣченіи полипа ножницами и распаторомъ. Прежде всего ножницами былъ удаленъ слизистый полипъ, сидѣвшій на верхней раковинѣ. Затѣмъ распаторомъ удаленъ плотный наростъ, исходящій изъ стѣнки основной кости, при чемъ отдѣленіе мѣстами доходило до полного обнаженія костей черепа. Кровотеченіе во время операціи было значительное. Въ верхній отдѣлъ глотки введенъ тампонъ изъ іодоформной марли, а кожно-костный лоскутъ помѣщенъ на мѣсто и рана зашита нѣсколькими узловатыми швами. Повязка.

Послѣоперационный періодъ прошелъ безъ осложненій, незначительное повышеніе t° было на 2-ой и 3-й день вечер. (38°), въ остальное же время t° была нормальна. Операціонная рана повсюду зажила первичнымъ натяженіемъ. Швы удалены на 7-й день. Черезъ двѣ недѣли послѣ операціи больной выписался совершенно здоровымъ, при полной проходимости носовой полости.

Удаленный изъ правой ноздри слизистый полипъ былъ величиною съ грецкій орѣхъ, имѣлъ овальную форму. Носоглоточная опухоль въ два раза больше по величинѣ, чѣмъ носовой полипъ и гораздо плотнѣе его; исходнымъ мѣстомъ развитія служить нижняя поверхность основанія черепа.

Микроскопическое исследование подтвердило клиническій діагнозъ.

№ 5. Fibro-sarcoma baseos cranii.

Г. Андреев, сын крестьянина, 16 л. поступил в клинику 5—х 92 г., выбыл 27—х 92 г.

Родители и родные живы и никакими особыми болезнями не страдали. Больной до настоящего заболѣванія много разъ имѣлъ насморкъ. Около года тому назадъ у него появилось затрудненное дыханіе черезъ носъ, сначала заложило правый носовой проходъ, а мѣсяца четыре спустя стало закладывать и лѣвый, такъ что дыханіе черезъ носъ сдѣлалось почти невозможнымъ. При началѣ появленія болѣзни у больного наблюдались довольно частыя носовыя кровотечения. Три мѣсяца тому назадъ замѣтилъ опухоль, спускающуюся позади небной занавѣски. Кромѣ затрудненнаго дыханія больнои испытываетъ и затрудненіе при глотаніи.

Больной тѣлосложенія и питанія посредственнаго. Наружные покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Въ состояніи внутреннихъ органовъ никакихъ уклоненій отъ нормы не замѣчается. Шейныя лимфатическія желѣзы нѣсколько припухли, но безболѣзненны. Держить ротъ полуоткрытымъ, голосъ его гнусавый, дыханіе исключительно совершается ртомъ; правый носовой проходъ совершенно непроходимъ для воздуха, лѣвый проходитъ только при усиленномъ вдыханіи, выдыханіе же невозможно. При изслѣдованіи полости рта замѣчается, что небная занавѣска выпячена впередъ, позади ея находится опухоль, по величинѣ и формѣ напоминающая грушу среднихъ размѣровъ, опухоль заполняетъ все носоглоточное пространство, спускается внизъ до уровня нижняго края небной занавѣски, она плотно-эластической консистенціи, бугриста съ гладкою поверхностью, покрыта слизистой оболочкой, слегка кровоточащей. Лидо больнаго симметрично, конфигурація носа не измѣнена. При наблюденіи въ клиникѣ опухоль замѣтно увеличилась и припадки со стороны дыханія и глотанія усилились; больнои имѣлъ безпокойный сонъ, часто съ крикомъ просыпался.

Операция 5—х 92 г. при хлороформномъ наркозѣ. Предварительная *временная частичная резекція правой половины верхней челюсти по Langenbeck'u*. Открывши свободный доступъ къ опухоли, послѣдняя распаторомъ и ножницами была отдѣлена въ своемъ основаніи и удалена. Опухоль си-

дѣла въ широкомъ основаніи и имѣла такой объемъ, что могла быть извлечена только черезъ ротъ, исходящимъ мѣстомъ ея развитія служила задняя стѣнка носоглоточнаго пространства, а частью process. pterygoideus. Кровотеченіе при операци было весьма значительное. Мѣсто происхожденія опухоли было прижжено термокаутеромъ Raquelin'a, а носоглоточное пространство тампонировано іодоформной марлей. Кожно-костный лоскутъ уложенъ на мѣсто и рана соединена 10-ю узловатками швами. Вслѣдствіе значительной потери крови больнои въ первые часы послѣ операци представлялъ тяжелое состояніе упадка дѣятельности сердца, но достаточно было обычныхъ возбуждающихъ мѣръ и состояніе больнаго къ вечеру совершенно оправилось. Послѣдовательное теченіе безпихорядочное, мѣсто реакція выражалась отекомъ правой половины лица съ слизисто-гноиннымъ отдѣляемымъ изъ полости раны. Кожная рана на лицѣ и носу зажила первымъ натяженіемъ, швы удалены на 8-ой день.

Лѣченіе состояло въ тампонадѣ и ежедневномъ промываніи. Выписанъ поправившимся при полной проходимости носа. Новообразование исходитъ отъ основанія черепа, длина его 8,5 см., окружность въ нижнемъ отдѣлѣ 12 см., въ среднемъ 14. Толщина ножки по длинному диаметру прикрѣпленія 4 см., по короткому 3. Окружность опухоли около ножки 7 см.

Микроскопическое изслѣдованіе. Сохраненіе въ Мюллеровской жидкости. Окончательное уплотненіе и обработка какъ въ предыдущихъ случаяхъ. Двойная окраска $\frac{1}{2}$ % растворомъ красящаго гематоксилина и альюгольнымъ растворомъ азюана. Очень много клѣточныхъ элементовъ и кровеносныхъ сосудовъ, нѣкоторые изъ послѣднихъ значительно расширены.

№ 6. Fibroma baseos cranii.

А. Суринъ, крестьянинъ, 22 лѣтъ, поступилъ въ клинику 2—х 93 г., выбылъ 20—н 94.

Въ семьѣ больнаго родители и два брата живы и здоровы; одинъ братъ умеръ отъ носовыхъ кровотеченій. Весною 1891 г. впервые замѣтилъ затрудненіе при дыханіи носомъ; три недѣли спустя появилась боль въ лѣвой половинѣ, а изъ лѣвой ноздри показалась опухоль. Больнои, желая освободиться отъ опухоли, неоднократно отрывалъ небольшие кусочки, при

чем каждый раз получалось из нея обильное кровотечение. Постепенно увеличиваясь в своем объеме, опухоль к концу второго года достигла таких размеров, что вышла из ноздри, спускалась книзу впереди рта. В Декабрь 92 г. больной обратился за помощью в больницу, где ему и была удалена полость. После операции соединенные с присутствием припудки прежние носы и больной считал себя здоровым, но через полгода снова почувствовал затрудненное дыхание через левую ноздрю и снова появились головные боли, кровотечения из носа стали повторяться все чаще и чаще. В Ноябрь месяцы 1893 г. после попытки фельдшера вырвать опухоль было такое сильное кровотечение, что больной некоторое время находился в обморочном состоянии.

Больной явился в клинику с тампоном в левой ноздре, по удалении которого открылось обильное кровотечение из носа, но было тотчас остановлено. Больной бледен, анемичен, легко впадает в обморочное состояние. Костная и мышечная системы развиты слабо. Внутренние органы не представляют изменений. Лицо больного несколько ассиметрично, левая половина носа выпячена наружу, ноздря расширена; левый глаз выстоять впереди и отклонен кверху и наружу. Левая ноздря совершенно непроходима для воздуха и вся она выполнена плотной опухолю с фиолетово-беловатого цвета, легко кровоточивой при дотрогивании. При исследовании через полость рта замечается выпячивание в эту последнюю мягкого неба и задней части твердого на левой стороне больше, чем на правой. Палец введенный в носоглоточное пространство находит там опухоль твердой консистенции, расположенную больше влево. Больной в виду значительной слабости и малокровия некоторое время до операции находился на усиленном питании при соответственном режиме, благодаря которым он окреп и поправился, кровотечения уменьшились.

Операция 13—1 94 г. при хлороформном наркозе с приподнятой и повернутой в сторону оператора головой. Предварительно произведена *частичная временная резекция верхней челюсти по Langenbeck'sku*, один разрез от основания носа по свинцу его до кончика, другой от крыла носа по носово-щечной складке вверх к средине нижнего орбитального края. Носовые кости распелены костными щипцами,

носовой отросток верхней челюсти отсечен долотом, образованный таким образом кожно-костный лоскут отворочен наружу и кверху, при этом оказалась открытой и Гайморов пещера. Через открытое отверстие оператор под руководством левого указательного пальца, введенного со стороны глотки к основанию черепа, изогнутыми ножницами в несколько ударов удалил опухоль целиком. Оказалось опухоль сидела на основании черепа, довольно плотно выполняла глотку и давала продолжения в нос и Гайморову пещеру. Кровотечение было обильное. Основание опухоли прижжено наложением; носоглоточная полость тампонирована марлей йодоформной; кожно-костный лоскут прикреплен швами на место; повязка.

Послеоперационное течение сопровождалось осложнениями. Первые 2 дня были повторны кровотечения из носоглоточной полости, заставившие несколько раз мять тампон. Лихорадочные движения были довольно значительны до 39° и больше; отделение из полостной раны слизисто-гнойное. С 28 Января развивается рожа, захватившая лицо, голову и туловище. 13 Февраля рожа прекращается, через неделю больной оправился и выписан 14—и 95 г. совершенно здоровым.

При микроскопическом исследовании клинической диагноз подтвердился.

№ 7. Fibroma baseos cranii.

И. Гонганен, крестьянин СПБ. губ., 16 л., поступил в клинику 17/1 94 г., выбыл 8/11 94 г.

Давно жалуется на заложение носа и по временам кровотечения из последнего. Несколько времени тому назад замечал со стороны полости рта опухоль в глотке, которая доходила до основания языка. Особого затруднения ржи и глотания никогда не было. Родители здоровы. Со стороны наследственности ничего особенного нет.

Больной малокровен, наружные кожные покровы и видимые слизистая оболочка бледны, мышечная и костная системы развиты правильно. Внутренние органы никаких отклонений от нормы не представляют. Исследование со стороны полости носа: слизистая оболочка хронически воспалена, но-

свое проходы свободны. Со стороны полости рта: отклонение небной завязки вниз и вперед; пальцем введенным позади мягкого неба легко ошупывается опухоль величиною приблизительно съ небольшое куриное яйцо, гладкая, плотной консистенции, несросшаяся съ окружающими частями и сидящая, повидному, на широкомъ основаніи, исходить изъ періоста основанія черепа.

24/ч 94 г. Больному при хлороформномъ наркозѣ и возвышенномъ положеніи головы съ лицомъ повернутымъ въ сторону оператора предварительно произведена операция *временной частичной резекціи верхней челюсти по Langenbeck's*: одинъ разръзъ проведенъ вдоль всей спинки носа, другой отъ свободного края крыла носа вверхъ къ нижнему краю глазницы; отдѣленные по кожнымъ разръзамъ носовая кость и восходящій отростокъ верхней челюсти, отклонены вмѣстѣ съ кожнымъ лоскутомъ вверхъ и кнаружи. Опухоль удалена отчасти ножницами, отчасти распоромъ подъ руководствомъ указательнаго пальца, введеннаго со стороны полости рта. Кровоточеніе во время операции было умеренное; мѣсто происхождения опухоли прижжено наклепномъ; носоглоточное пространство тампонировано йодоформной марлей. Временно резецированный гошко-костный лоскутъ уложенъ на прежнее мѣсто и укрѣпленъ нѣсколькими швами. Повязка.

Лѣченіе состояло въ перемѣнѣ тампона и промываніи носоглоточной полости дезинфицирующими растворами. Послеоперационное теченіе безъ всякихъ осложнений, рана повсюду зажила *per primam intentionem* и больной черезъ 2 недѣли выписался здоровымъ.

Удаленная опухоль величиною была съ небольшое куриное яйцо, продолговатой формы, плотной консистенціи, покрыта слизистой оболочкой, исходила широкимъ основаніемъ изъ верхне-задней стѣнки верхняго отдѣла глотки.

№ 8. *Fibroma baseos cranii.*

А. Сычуговъ, 17 лѣтъ, ученикъ, поступилъ въ клинику 10/ш 95 г., выбылъ 2/ч 95 г.

Больной происходитъ изъ здоровой семьи; въ дѣтствѣ перенесъ какую то инфекционную болѣзнь, 1½ года тому назадъ у больного появился сильный насморкъ, а мѣсяца три

спустя стала показываться кровь изо рта и носа; около того же времени больной замѣтилъ закладываніе правой половины носа. Состояніе это все болѣе и болѣе увеличивалось; вскорѣ заложило вѣдую половину носа, такъ что дыханіе стало возможнымъ только ртомъ. Во все это время кровотопери были довольно сильныя и часто повторялись. Въ началѣ Декабра 1894 г. больной подвергся лѣченію электролизомъ; состояніе его на нѣкоторое время какъ бы улучшилось, но уже черезъ мѣсяць онъ снова чувствовалъ затрудненное дыханіе черезъ носъ, а затѣмъ наступила и полная непроходимость его. Кровоточенія снова повторяему обильныя и крайне истошали больного. Въ послѣднее время больной лихорадитъ, часто кашляетъ, головная боль постоянна. Большой крайне блѣденъ и худъ, жалуется на слабость и головокруженіе. Липо его асимметрично; правая верхне-челюстная область и правая половина носа представляются выпяченными; правое глазное яблоко смѣщено впередъ, кнаружи и вверху. При осмотрѣ полости носа найдено: правая носовая полость расширена и выподнена опухолью красовато-синеватаго цвѣта съ мягкой эластической консистенціей, слегка бугристая, на передне-наружномъ отдѣлѣ покрытая грязно-сѣрымъ распадомъ. Отдѣляемое въ полости носа слизисто-гноное, кровянистое, съ противнымъ запахомъ. Носовая перегородка выпячена влѣво; лѣвый носовой проходъ сильно суженъ, шелудивъ, непроходимъ для воздуха, содержитъ значительное количество слизи отъ гнобнаго отдѣляемого съ зловоннымъ запахомъ. При изслѣдованіи со стороны полости рта замѣчается выпячиваніе мягкаго неба впередъ. Введеннымъ за мягкое небо пальцемъ ошупывается неровная, мягкой и эластической консистенціи, опухоль, почти совершенно выполняющая носоглоточное пространство; опухоль относительно легко отдавливается и ее можно немного обойти пальцемъ сзади и съ боковъ, но опредѣлѣть мѣсто ея прикрѣпленія не удается. Изслѣдованіе малоблѣзненно, сопровождается кровоточеніемъ изо рта и носа. Задняя риноскопия показываетъ, что опухоль желтовато-синеватаго цвѣта и слегка бугриста. Слухъ на правое ухо ослабленъ. Въ легкихъ, въ обѣихъ верхушкахъ, заглупленіе легочнаго звука, бронхіальное дыханіе и мелкопузырчатые хрипы. Отдѣляемая больнымъ мокрота слизисто-гнобнаго характера, коховскихъ палочекъ не содержитъ; небольшой носочъ. Пудель-

слабый и частый—126 разъ въ минуту; т. 37,6—38,5, бываютъ потемнѣніе въ глазахъ и головокруженіе. Въ виду значительной слабости большого и имѣющихся осложненій со стороны легкихъ, больной въ теченіе болѣе мѣсяца былъ подвергнутъ предварительному лѣченію. Подъ вліяніемъ антипиретика, тоническихъ средствъ и надлежащаго поддержанія чистоты носоглоточной полости температура оставалась въ теченіе первыхъ десяти дней съ рѣзкимъ поднятіемъ до 39°—мало по малу пала и къ концу мѣсяца устоялась и пришла къ нормѣ, кашель и отдѣленіе мокроты уменьшились. Кровотеченія повторявшіяся первые дни почти ежедневно и въ большомъ количествѣ, стали рѣдки. Въ общемъ состояніе больного улучшилось, но свертываемость крови оставалась слабой. Къ концу шестой недѣли, когда температура установилась совершенно нормальной, явленія со стороны легкихъ совершенно почти прекратились, рѣшено было сдѣлать попытку удалить опухоль, тѣмъ болѣе, что послѣдняя быстро увеличивалась въ своемъ объемѣ.

24/iv 95 г. съ осторожностью приступлено къ операціи. Наркозъ хлороформный. Едва больному была сдѣлана предварительная частичная временная резекція челюсти, какъ сердечная дѣятельность больного стала ослабѣвать, кровь обнаруживала плохую свертываемость. Предпринимать въ такихъ условіяхъ удаленіе кровотоочивой опухоли было невозможно; поэтому операція осталась и рана закрыта. Предприняты возбуждающія средства для поднятія дѣятельности. Больной скоро оправился отъ наркоза. Послѣдующее теченіе было безъ осложненій; рана зажила первымъ натяженіемъ и больной на 8-й день оставилъ клинику.

№ 9. Fibroma baseos cranii.

В. Калининъ, крестьянинъ, 15 л., поступилъ въ клинику 28/xi 95 г., выбылъ 14/ii 96 г.

Годъ тому назадъ у больного появился насморкъ; дыханіе черезъ носъ стало затруднено; сначала заложило лѣвую ноздрю, затѣмъ мало по малу стало закладывать и правую; въ настоящее время больной дышетъ только ртомъ. Болѣзнь сопровождалась частыми носовыми кровотечениями изъ лѣвой ноздри. Первое кровотеченіе изъ лѣвой ноздри появилось на 2—3-мъ

мѣсяцѣ заболѣванія, затѣмъ кровотеченіе стало повторяться все чаще и чаще и было столь обильное и упорное, что большой нѣсколько разъ принужденъ былъ ложиться въ больницу и по недѣлямъ оставался въ кровати. Въ Февралѣ 95 г. имѣлъ острое воспаленіе легкаго; въ Маѣ открылось гноетеченіе изъ лѣваго уха: въ раннемъ дѣтствѣ (5 л.) имѣлъ ушибъ груди вслѣдствіе паденія.

Большой слабого тѣлосложенія, со слабо развитой мускулатурой и подкожнымъ жирнымъ слоемъ; видимыя слизистыя оболочки и наружныя кожныя покровы блѣды, лимфатическія железы шеи и паховыя увеличены; правая половина грудной кѣтки соответственно 3, 4, 5 и 6 ребернымъ хрящамъ образуетъ выступъ впередъ, грудная кость въ нижней своей части вдавлена. При исследованіи легкаго въ надключичной области правой стороны опредѣляется загуденіе легочнаго звука и бронхальное дыханіе, другіе внутренне органы не представляютъ измѣненій. Въ лицѣ больного ясно замѣтна асиметрія: лѣвая половина носа выпячена кънаружу, верхушка его отклонена вправо; лѣвое глазное яблоко стоитъ выше праваго и немного выпячено изъ орбиты, зрѣніе въ обоихъ глазахъ нормально. При осмотрѣ полости носа найдено: лѣвая носовая полость расширена и занята слегка бугристой опухолью, покрытой блѣдно-краснаго цвѣта слизистой оболочкой, легко кровотоочивой. Носовая перегородка отклонена вправо; правый носовой проходъ суженъ и съ трудомъ проходимъ. Со стороны рта: небная занавѣска опущена, красна отеена; пальцемъ, введеннымъ за мягкое небо, ясно ощущивается опухоль, которая, повидимому, исходитъ изъ основанія черепа и, выполняя носоглоточное пространство, вдается и въ носовую полость. Опухоль плотная, бугристая, покрыта гладкой оболочкой, кровотоочива. Вскорѣ послѣ поступленія больного въ клинику, у него открылся рядъ сильныхъ кровотеченій изъ носа, которая съ трудомъ могли быть останавливаемы тампонадой. Подъ вліяніемъ укрѣпляющаго лѣченія общее состояніе больного улучшилось, кашель исчезъ.

Операція 15/ii 96 г. при хлороформномъ наркозѣ. Сдѣлана предварительная, временная, частичная резекція верхней челюсти по Langenbeck'у. Черезъ образованное отверстіе опухоль при помощи респиратора и подъ руководствомъ указательнаго пальца лѣвой руки быстро отдѣлена въ своемъ основа-

ни и удалена. Кровотечение было относительно небольшое. Прижигание пакаленомъ раны на основаніи черепа, тампонада йодоформной марлей съ выведеніемъ полосокъ черезъ носъ. Кожно-костный лоскутъ уложенъ на мѣсто и соединенъ швами. Операция продолжалась 1 ч. 20 мин.

Опухоль имѣла широкое основаніе и исходила изъ періоста основанія черепа; она была длиною въ 8 см., шириною въ 3—4 см. На разрьѣзѣ опухоли имѣла характеръ фибромы съ обильно развитыми сосудами и полостями. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль опредѣляется какъ *fibro-myxoma telengiectodes*.

Послѣоперационное теченіе прошло совершенно нормально, безъ повышенія т°; швы сняты на 7-й день; рана по всему протяженію зажила первичнымъ натяженіемъ. Раневое отдѣленіе умирѣнное, слизисто-гноинное совершенно прекратилось. Выписанъ 14/и 96 г. здоровымъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. Сохраненіе препарата въ растворѣ формалина. Обработка препаратовъ какъ въ предъидущихъ случаяхъ. Окраска по van Gieson'y. Волнообразная волокна образуютъ тонкіе пучки, переплетающіеся между собою, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣтны слизисто перерожденные участки ткани; клѣтокъ довольно много, распределены въ веществѣ опухоли болѣе или менѣе равномерно. Сосуды сильно развиты, расширены, нѣкоторые изъ нихъ наполнены измѣнившимися красными кровяными шариками. Кое-гдѣ точечныя кровоизліянія въ веществѣ опухоли. Гистологическій діагнозъ — *fibro-myxoma telengiectodes*.

№ 10. *Fibroma baseos cranii.*

П. Кузкинъ, крестьянинъ, 19 лѣтъ, поступилъ въ клинику 18/и 97 г., выбылъ 7/и 97 г.

Въ семьѣ никакихъ наследственныхъ болѣзней не было; самъ больной всегда пользовался здоровьемъ. Приблизительно года 1½ тому назадъ въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе при дыханіи носомъ, которое онъ приписывалъ насморку, но вскорѣ затѣмъ сталъ ощущать легкое затрудненіе при глотаніи, а въ глоткѣ замѣтилъ присутствіе инороднаго тѣла. Эти признаки затрудненнаго дыханія и глотанія постепенно усили-

вались. Было примѣнено лѣченіе вяжущими средствами, но безъ результата.

Большой средняго роста и сложенія, умирѣннаго питанія: со стороны внутреннихъ органовъ уклоненій отъ нормы не представляется, за исключеніемъ незначительныхъ разстройствъ съ стороны кишечника. Ротъ держать всегда открытымъ; рѣчь свободна и гнусавая, дыханіе съ шумомъ и часто, особенно оно затруднено при лежаніи положеніи, — ночью часто просыпается отъ удущья; при закрытомъ ртѣ выдыханіе черезъ ноздри совершается лишь съ большимъ трудомъ. Передній отдѣлъ носа свободенъ и лишь слизистая оболочка раковины представляется нѣсколько отечной, гиперемированной. При осмотрѣ полости рта рѣзко бросается въ глаза выпяченная впередъ небная завѣска, изъ-за свободнаго края которой опускается большая шарообразная опухоль, достигаая почти корня языка, она покрыта гиперемированной слизистой оболочкой, на ощупь плотна, равномерно эластична, сидитъ на широкомъ основаніи въ задней части носоглоточной полости и, выполняя последнюю, спускается наибольшую свою массою внизъ. Въ теченіе 2-хънедѣльнаго наблюденія за больнымъ особаго роста опухоли не было замѣчено.

Операция 5/и 97 г. при хлороформномъ наркозѣ. Сначала произведена предварительная *временная частичная резекція верхней челюсти по Langenbeck'у*. Образованное отверстіе оказалось недостаточнымъ для удаленія опухоли, такъ какъ послѣдняя главною своею массою вдавалась въ глотку, задней же отдѣлъ носовой полости былъ свободенъ. Поэтому, въ виду легкаго доступа къ опухоли, произведена дополнительная операция расщепленія мягкаго неба по Mannel'y; черезъ этотъ разрьѣзъ и была удалена опухоль помощью ножницъ и расщепителя. Опухоль сидѣла ниже обычнаго ихъ расположенія; кровотеченіе было не сильное и легко остановлено тампонадой и мѣсто прикрѣпленія прижжено термокаверномъ Raquelin'a; мягкое небо слито; кожно-костный лоскутъ уложенъ на мѣсто и также пришитъ. Носоглоточное пространство за тампонировано йодоформной марлей. Повязка.

Опухоль величиною съ крупный мандаринъ, сердцевидной формы, съ широкой ножкой, плотна, при разрьѣзѣ хруститъ подъ ножомъ, бѣлаго цвѣта, фиброзна. Сосуды въ незначительномъ количествѣ. Опухоль по макроскопическому виду,

так и при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась фиброзою.

Послѣоперационное теченіе сопровождалось незначительнымъ повышеніемъ температуры до 38,4 в теченіи нѣсколькихъ дней. Рана зажила первичнымъ натяженіемъ за исключеніемъ верхняго угла кожной раны, гдѣ получилося нагноеніе въ 2-хъ верхнихъ швахъ. Отдѣленія гноя изъ раны было незначительное. Рана ежедневно промывалась; въ носоглоточную полость вводилась полоска йодоформной марли. На 27-й день послѣ операциі больной выписался въ совершенно здоровомъ состояніи; дыханіе совершенно свободно, рѣчь внятная.

Микроскопическое изслѣдованіе. Сохраненіе препарата въ растворѣ формалина. Обработка какъ въ предыдущихъ случаяхъ. Двойная окраска $\frac{1}{2}\%$ растворомъ краснаго гематоксилина и алкогольнаго раствора еозина. Распределеніе волокнистыхъ пучковъ какъ въ предыдущихъ случаяхъ. Слизистая оболочка, покрывающая опухоль, значительно инфильтрирована круглыми клетками. Клеточные элементы въ веществѣ опухоли распределены неравномерно: въ некоторыхъ мѣстахъ ихъ очень много, тогда какъ въ другихъ клеточекъ этихъ значительно меньше. Кровеносные сосуды значительно развиты, нѣкоторые изъ нихъ переполнены красными кровяными шариками. Въ слизистой оболочкѣ замѣтно много отдѣльных незначительныхъ кровозаливъ; въ веществѣ самой опухоли ихъ меньше.

№ 11. Fibroma baseos cranii.

А. Иванова, дѣвица, 25 л., поступила въ клинику 25/II 97 г., выбыла 29/III 97 г.

Родители умерли отъ случайныхъ болѣзней; братъ страдаетъ расширеніемъ венъ на ногахъ. Съ 12-ти лѣтъ болыная часто болѣла насморкомъ; восемь лѣтъ тому назадъ появилась ломота въ ногахъ. Три года тому назадъ стала страдать упорными носовыми кровотечениями, которыя тогда повторялись 3—4 раза въ день и вызывали у больной головокруженія, слабость, потемнѣніе въ глазахъ. Полтора года тому назадъ болыная впервые замѣтила закладываніе носа, дыханіе сдѣлалось труднымъ, появился шумъ въ ушахъ, тугость слуха на лѣвое ухо, неприятное ощущеніе при глотаніи — какъ будто

что мѣшаетъ; голосъ принялъ гнусавый носовой оттѣнокъ. Всѣ эти явленія при простудѣ обыкновенно усиливались, при чемъ особенно тягостнымъ для больной было дышать черезъ ротъ. Въ послѣднее время ко всему этому присоединились головныя боли, сонъ часто плохъ.

Болыная средняя роста, правильнаго тѣлосложенія, костная и мышечная системы развиты хорошо. Наружныя покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны, на нижнихъ конечностяхъ варикозныя расширенія. Внутренніе органы не представляютъ укловеній отъ нормы. Въ лицѣ не замѣчается никакихъ измѣненій, во болыная держитъ ротъ открытымъ, дыханіе при закрытомъ ртѣ затруднено, но носовые проходы для воздуха проходимы, хотя труднѣе справа, чѣмъ слѣва, при чемъ дыханіе получается хрипящее, свистящее. Изслѣдованіе передняго отдѣла носа никакихъ въ немъ измѣненій не открываетъ, за исключеніемъ покраснѣнія слизистой оболочки. Со стороны полости рта замѣчается незначительное выпячиваніе мягкаго неба кпереди, выраженное болѣе на правой сторонѣ, чѣмъ на лѣвой, язычекъ отклоненъ влѣво.

При изслѣдованіи пальцемъ, введеннымъ позади мягкаго неба, ощущается мягкая эластическая опухоль, величиною въ болыной воложскій орѣхъ, выполняющая правую половину носоглоточнаго пространства; опухоль подвижна, книзу доходить до основанія языка, съ боковъ и спереди ее можно обойти пальцемъ. Исходить опухоль, повидимому, изъ основанія черепа и верхней части носовой перегородки. При задней риноскопіи опухоль представляется яркочернаго цвѣта, гладкая, на поверхности ея видны кровозаливанія. За время пребыванія больной въ клиникѣ до 22/III особыхъ перемѣтъ въ состояніи здоровья не наблюдалось; кровотечения такъ же повторялись, какъ и раньше, но были незначительны и легко останавливались, опухоль не увеличилась; 22/III у болыной произошла рѣзкая перемѣна; подъ влияніемъ простуды у нея сразу появилось тяжелое обостреніе ринита и фарингита, которое сопровождалось крайнимъ затрудненіемъ дыханія, при чемъ и сама опухоль увеличилась въ объемѣ. Въ виду наступившихъ припадковъ задущенія болыной 23/III холодной петлей Вильде была у основанія отщеплена опухоль. Крово-

течение при отщеплении было незначительное. Полость верхнего отдела глотки тампонирована йодоформной марлей.

Удаленная опухоль представлялась величиною съ куриное яйцо, круговато-овальной формы, довольно мягкой консистенции и ярко-краснаго цвѣта.

Послѣдовательное течение было безъ всякихъ осложненій. Всѣ явленія удущенія быстро исчезли, слухъ сразу улучшился, головная боль прекратилась. 29/и 97 г. больная выписалась здороваю, при свободной проходимости носоглоточнаго пространства.

При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась фибромиксомой съ большимъ содержаніемъ кѣтокъ. Много сосудовъ съ толстыми стѣнками, нѣкоторые изъ нихъ содержатъ красныя кровяныя шарики. Въ толщѣ опухоли кое-гдѣ замѣчаются кровоизліянія. Свободный край опухоли покрытъ многослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, значительно инфильтрированнымъ кѣточными элементами.

№ 12. Fibroma baseos cranii.

А. Пошибайлова, дочь купца, 14 л., поступила въ клинику 27/х 97 г., выписалась 23/х 97 г.

Четыре года какъ страдаетъ хроническимъ насморкомъ, были частыя кровотеченія и обостренія. Годъ назадъ больная замѣтила затрудненіе дыханія черезъ носъ; сначала было незначительное, а потомъ все усиливалось; вскорѣ затѣмъ появилось затрудненіе при глотаніи и изъ-за свободнаго края небной занавѣски стала показываться опухоль. Со стороны организма и въ отношеніи наследственности ничего особеннаго указать нельзя.

Больная имѣетъ удовлетворительное питаніе; видныя слизистыя оболочки и кожа блѣдны; органы кровообращенія, питанія и пищеваренія нормальны. При осмотрѣ передняго отдела носа ничего особеннаго не замѣчается, кромѣ явленій хроническаго воспаленія слизистой оболочки; лѣвая половина носа для воздуха непроницаема, черезъ правую дыханіе совер-

шается съ трудомъ. Со стороны полости рта мягкое небо отодвинуту впередъ и изъ-за края его, при отдавливаніи языка, замѣчается опухоль блѣдно-краснаго цвѣта, плотно-эластическая, покрытая слизистой оболочкой, съ широкой ножкой. При изслѣдованіи пальцемъ оказывается, что опухоль исходить изъ основанія черепа, закрываетъ заднія носовыя отверстія и спускается книзу.

27/х 97 г. больная выписалась изъ клиники, не желая подвергнуться оперативному лѣченію.

Случай собранный из литературы.

1. Barbrau. — Bull. de la Société anatomique 1855 год
р. 312—314.

Опухоль появилась год тому назад, а шесть месяцев тому назад ростъ ея особенно началъ усиливаться. Местомъ распространения опухоли служатъ—глотка, полость носа и рта и лѣвая половина лица. Опухоль лица покрыта напряженной, нормальной кожей, которая подвижна, легко берется въ складку, безъ какихъ бы то ни было признаковъ воспаления; новообразование имѣетъ довольно правильную, шарообразную форму и только въ области скуловой дуги представляетъ вдавление, отъ чего и является какъ бы раздѣленнымъ на двѣ части—верхнюю меньшую и нижнюю большую. Границы этой опухоли слѣдующія: кзади она заходитъ за край восходящей ветви нижней челюсти, внизъ достигаетъ угла нижней челюсти, впередъ носа, верхней и нижней губы.

Въ лѣвой ноздрѣ замѣчается грибовидная, величиною въ орѣхъ, красного цвѣта опухоль, на ощупь она мягковата. Во рту опухоль представляется въ видѣ значительнаго объема грибовидной некротической массы, синевато-краснаго цвѣта. Въ глоткѣ опухоль занимаетъ лѣвую сторону и начинается частью отъ process. basilaris и отъ верхней части сошника, частью отъ крыловидныхъ отростковъ.

Опухоль рта и носа суть отрости глоточной; опухоль занимающая щеку соединяется съ глоточной только очень тонкой ножкой черезъ крыловидно-челюстное отверстие.

Новообразование это не очень мягко, не эластично, одинаковой консистенции во всехъ частяхъ, за исключеніемъ нижней части на щеку, гдѣ оно ясно флюктуируетъ на некоторомъ протяженіи; когда больной дѣлаетъ попытки сильнаго выдыханія, кашляетъ etc., часть эта твердеетъ и вся щека увеличивается въ объемѣ. Верхняя лѣвая челюсть представляется утолщенной справа на лѣво и отклонена опухолью внизъ, впередъ и внутрь, значительно уменьшая твердое небо въ поперечномъ размѣрѣ. Больной не можетъ вполне закрывать ротъ, зубной отростокъ нестаченъ и отклоненъ, такъ что не соответствуетъ правильному положенію.

Больной ѣстъ безъ большихъ затрудненій, пищу твердую глотаетъ хорошо. Голосъ имѣетъ носовой оттънокъ и не всегда хорошо слышенъ. Общее состояніе больного хорошо.

носа, на средней верхней губы, на нижнем крае орбиты и на щеки—следы бывших операций; левый глаз очень приподнят вверх, а conjunctiva нижнего века выворочена (ectropion) и воспалена. В области левой щеки и под нижним краем орбиты резко выражена припухлость, также над *arcus Zygomaticus* слезы; кожные покровы носу нормальны. При риноскопии видны сформативные массы, выполняющие дну носу и деляющие ее совершенно непроходимо для воздуха. При осмотре полости рта можно видеть, что альвеолярного края верхней левой челюсти нет и что слизистая оболочка щеки нормальна и спавна со слизистой оболочкой твердого неба. Опухоль, расположенная в толще левой щеки, на ощупь плотнo-упругой консистенции, местами бугристая, подвижная, безболезненная, съ кожей и слизистой оболочкой не спавна, величиною съ грецкий орехъ. Припухлость под нижнимъ вькомъ не имьеть обособленныхъ границъ, слегка бугристая, съ кожей не спавна и безболезна.

В носоглоточномъ пространстве продуцируется легко кровотокающая опухоль. Зренье нормально. При офтальмоскопировании слеза слабо-выраженный застойный сосокъ. Пульсъ 100, слабый, почти нитевидный. Былають потемнения въ глазахъ и головокружения. Анемичные шумы въ венахъ. Въ виду значительнаго малокровия, больной до операции въ течение цыаго мьсяца принималъ мышьякъ, жельзо и др. тонизирующие и способствующие кроветворению средства. Однако безъ значительнаго успеха: кровь оставалась все же плохо-свертывающеюся и количество гемоглобина почти не возрасло. Въ общемъ же мальчикъ выглядывалъ и розовые и вьроче.

18 октября операция съ кожнымъ разрьзомъ по Диффенбаху.

Несмотря на всь морпритязъ инъекции камфоры и вазераны упивание конечностей, горничей кламь съ коньякомъ и т. п., больной умеръ черезъ 2 часа послъ операции при явленияхъ паралича сердца.

При аутопси найдено: съ левой стороны въ средней черепной ямъ на внутреннемъ крае ея точась между *p. orbitis* et *p. trigemini* узурирована кость и существуетъ отверстие, пропускающее палецъ. Здсь найденъ кусочекъ, помьщаемо, новообразования.

Новообразования въ другихъ мьстахъ нигдъ не осталось.

Polipus nasopharyngealis (fibro-sarcoma).

4. П. К. крестьянинъ, 15 л., поступилъ 11/1. 97 г., выбылъ 28 п. 97 г.

В дьтвствь никогда не хворалъ. Годъ назадъ у больного появился насморкъ, дыхание черезъ носъ стало затруднено. Насморкъ продолжался 4 мьсяца, дыхание черезъ носъ за это время все болъе затруднялось. Мьсяцъ тому назадъ большою обратилъ въ земскую больницу, гдъ ему слъдана была какая то операция въ носу. По уходъ изъ больницы у него появилось сильное кровотечение изъ полости носа, которое было остановлено тампонадой; черезъ

недлю кровотечение повторилось. 10 Января большою поьхалъ въ Москву, а въ нагонъ поада у него снова было сильное кровотечение изъ носу. 11 Января кровотечение повторилось въ амбулатори клинки при первой попыткъ осмотреть полость носа.

Большой среднего роста, удовлетворительнаго тьлосложения и питания. Кожные покровы и видимыя слизистыя оболочки очень блдны.

Жалуется на слабость и головокружение при попыткахъ подняться съ постели. Внутренние органы уклонной отъ нормы не представляютъ. Правая верхне-челюстная область представляется немного выпяченной. Небольшая асиметрия глазъ: правое глазное яблоко ньсколько приподнo вверхъ и выпячено впередъ. Исздьловане зрнья дало одинаковые результаты для обоихъ глазъ. Зренье нормально. Движение глазъ содружественно. Реакция правого зрачка на свьтъ и аккомодации нормальны.

При осмотре полости носа найдено следующее: правый носовой проходъ сильно расширенъ въ переднемъ отдль, а въ заднемъ представляется выполненнымъ слегка бугристой опухолью, покрытой розоватыми грануляциями, на которыхъ мьстами виденъ грязно-срый распадъ. Въ нижне-наружномъ отдль опухоли находится глубокая язва, покрытая срыми, крошковатыми массами. Носовая перегородка выпячена вльво, левый носовой проходъ узокъ, цедевиденъ, съ трудомъ проходимъ для воздуха и жидкости. Отдльаемое изъ полости носа слизисто-кровнисто-гнойнаго характера съ гнилостнымъ запахомъ. Правая половина мягкаго неба ньсколько гиперемирована и выпячена въ полость рта. При ощупывании пальцемъ опускается черезъ мягкое небо плотная, неровная опухоль, выполняющая правую половину носоглоточнаго пространства. При задней риноскопии удается увидеть въ области правой хоаны, красную опухоль, нмьющую сосочковатый, зернистый видъ, величиною приблизительно съ грецкий орехъ. Черезъ недлю послъ поступления больного въ клинку у него ночью безъ всякой видимой причины явилось сильное носовое кровотечение, съ трудомъ остановленное тампонадой.

26 Января резекци верхней челюсти по Dieffenbach'у и быстрое изьщение полости ножницами. Новообразование оказалось исходящимъ изъ пазухъ основной кости, имло величину въ курино яйцо и выполняло почти все носоглоточное пространство.

При микроскопическомъ изздьлованьи, опухоль найдена сравнительно доброкачественнаго характера, т. е. преобладающимъ элементомъ оказалась соединительная ткань.

Послеоперационное течение прошло безъ осложнений. На 5-й день удалены всь швы. *Prima intentio*.

Останитъ клинку безъ рецидива.

5. *Boeckel-Gazette medic. de Strasbourg 1872 n.*

(Цит. по Thèse de Montano 1872 г.).

Blaise Voison, земледьвецъ, 49 лтъ. Два мьсяца тому назадъ подултъ насморкъ, сопровождавшийся сильной головною болью.

Уже три недели как все совершенно заложено, изъ него отъ времени до времени вытекаетъ гноевидная жидкость съ полосками крови; гонимъ получилъ носовую оттяжку.

Дно гъбой половины носовой полости занято плотною, розовато-бѣлою опухолью; правая ноздря свободно пропускаетъ зондъ, хотя не пропускаетъ выдыхаемаго воздуха. Мягкое небо сильно отклонено впередъ и подъ правой половиной свободнаго края его видна сѣроватая масса. Зондомъ невозможно пройти между опухолью и задней стѣнкой глотки. Изслѣдованіе вызываетъ только незначительное кровотеченіе. Слухъ очень тугой, особенно съ лѣвой стороны. Большой худъ, замеченъ, не имѣетъ аппетита. Ослабленіе дыхательнаго шума въ обоихъ легкихъ.

Опухоль удалена подъ хлороформнымъ наркозомъ при помощи вращенной резекціи верхней челюсти по Воескел'ю.

Спустя мѣсяцъ больной умеръ.

Микроскопическое изслѣдованіе показало sarcoma globo-cellulare.

Belot-Thèse de Delphu. 1877 г.

Josephine G. 13 л. Въ первыхъ числахъ сентября 1875 г. появились признаки насморка; пятнадцатіи дней спустя затрудненіе дыханія, храпѣніе во время сна. Въ октябрѣ замѣтила небольшую опухоль въ глоткѣ. Въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ опухоль настолько увеличилась, что заложила заднюю часть носовыхъ полостей и обусловила невозможность дыханія этими путями.

Позади мягкаго неба находится опухоль величиною въ куриное яйцо, выступающая изъ за нижняго края мягкаго неба на 1 см. Видимая часть опухоли бѣдно-розоваго цвѣта; при осязываніи получается ложная флюктуанція. Поднявъ мягкое небо пальцемъ, можно осмотрѣть опухоль, которая представляется яйцевидной формы; начинается она въ области process. basilar. ossis occipitalis. Аппаратомъ Dieulafoy былъ сдѣланъ проколъ, при чемъ вышло нѣсколько капелекъ серозно-гноивой жидкости.

Удаленіе произведено наложеньемъ лигатуры.

При микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась почти типическая sarcoma globo-cellulare.

7. Boullay-Soc. anatomique 1850 г. р. 244—245.

Въ началѣ болѣзни проявлялся только носовыми кровотеченіями, въ которыхъ два мѣсяца спустя присоединилось затрудненное прохожденіе воздуха черезъ носъ, несмотря на то, что въ носовой полости присутствіе опухоли нельзя было констатировать; спустя однако нѣкоторое время новообразование появилось въ правой ноздрѣ и выстало изъ нея на 2 см. Правая сторона лица припухла, правый глазъ выпяченъ впередъ, изъ правой ноздри появилось постоянное слизисто-гноивое истеченіе. Дыханіе и глотаніе сдѣлались труднѣе, рѣчь значительно замѣшилась; кровотеченія.

Больной постоянно держитъ ротъ открытымъ, дышетъ съ трудомъ; мягкое небо и небный сводъ отдалены впередъ и внизъ и касаются корня языка. Глотаніе происходитъ очень медленно, твердая пища проходитъ только съ трудомъ. Въ правомъ выпяченіи впередъ глазъ зрѣніе почти потеряно.

Резекція верхней челюсти по Velpeau.

Опухоль начиналась отъ основанія черепа и отъ верхней части позвоночника и послыала отростокъ въ правую fossa zygomatica, который былъ удаленъ простымъ влеченьемъ.

Bousquet-Bull. et Memoir. de la Société de Chirurg. de Paris. 1889 г.

Joseph Leprêtre, 16 л. Больному въ ноябрѣ была сдѣлана попытка удаленія опухоли черезъ носовую полость при помощи Serre-pneud; послѣ этого опухоль начала быстро увеличиваться, отъ нея пошли отростки въ средней отдѣлъ глотки и въ fossa pterygopalatina. Тяжелыя кровотеченія заставили рѣшиться на радикальное удаленіе опухоли.

Удаленіе опухоли произведено при помощи резекціи верхней челюсти. Во время операціи было громадное кровотеченіе, для остановки котораго пришлось сдѣлать прижатіе а. carot. communis. Послѣ операціи было нѣсколько повторныхъ обмороковъ и большой спустя два часа умеръ.

9. Brulatour-Gaz. des hôpit. 1830 г. р. 93—94.

Д. I. По словамъ больного опухоль сначала появилась въ правой ноздрѣ, откуда затѣмъ распространилась въ верхній отдѣлъ глотки и въ Гайморову правую щеку; мѣсяца 4 или 5 тому назадъ правая щека начала опухать.

Правая ноздря расширена круглою опухолью сѣровато-бѣлаго цвѣта; sinus maxillaris dexter чрезвычайно расширенъ; глазница и глазъ этой стороны пораженъ, хотя зрѣніе еще полное; мягкое небо отдалено внизъ и изъ за свободнаго его края видна нижняя часть опухоли. Дыханіе затруднено, головная боль, шумъ въ ушахъ, жажда и лихорадка.

Операція произведена на 10-й день послѣ поступленія.

Произведено вертикальный разрѣзъ верхней губы и разрѣзъ мягкихъ частей продолженъ до нижняго края глазницы, послѣ чего большая часть полна, занимающая щеку, обнажилась, ибо передняя стѣнка sinus maxillaris оказалась разрушенной на пространствѣ 1 пальца въ поперечномъ направленіи и немного меньше въ вертикальномъ. При осязываніи черезъ образовавшееся отверстіе опухоль представляется нервною, въ некоторыхъ мѣстахъ срашена съ стѣнками sinus'a.

На 3-й день смерть при явленіяхъ простраціи, упадка дѣятельности сердца.

Вскрытіе: твердая мозговая оболочка въ области lam. cribrosa приподнята, задняя часть lam. cribrosae разрушена, передняя стѣнка sinus sphenoid. изъѣдена, sinus maxill. содержитъ незначительное

количество гноя; в задней стѣнѣ ея находится отверстие соединяющее эту полость съ fossa pterygo-maxillaris, носовая перегородка сильно отклонена влево. Въ верхнемъ отдѣлѣ глотки замѣтна довольно большая часть опухоли, исходящая отъ process. basilaris, справа отъ этой опухоли замѣтна ножка, которая, пройдя через for. sphenopalat. выполняетъ всю fossa pterygo-maxillar. и посылаетъ отъ себя два отростка—одинъ въ орбиту через fissur. orb. inf., другой выполняетъ fossa infratempora alis.

10. Bruns P.

(Berlin. Klinisch. Wochenschrift. 1873 г. № 32).

С. F. 30 л. Съ 16 лѣтъ страдаетъ опухолью верхняго отдѣла глотки, при чемъ черезъ правую ноздрю дыхание невозможно. На 18 г. была удалена черезъ ротъ опухоль величиною въ грецкій орѣхъ, послѣ чего носовая полость сдѣлалась проходима для воздуха, но только на $\frac{1}{2}$ г. а затѣмъ опять залегла вследствие появления ринита. На 22 г. новая попытка удалить опухоль на этотъ разъ при помощи предварительной операціи расщепленія хрящевой части носа справа отъ середины линии, однако безуспѣшно и съ этого времени состояніе больного ухудшилось—дыханіе сдѣлалось труднѣе и совершалось только при открытомъ ртѣ, слухъ на правое ухо ухудшился и въ теченіе послѣднихъ 5-хъ лѣтъ 10 разъ наблюдалось кровотеченіе, иногда очень обильное, одинъ разъ кровотеченіе сопровождалось обморокомъ. Годъ тому назадъ самъ больной при помощи зеркала замѣтилъ у себя въ носоглоточномъ пространствѣ опухоль.

При изслѣдованіи найдена объемистая опухоль въ носоглоточномъ пространствѣ, новообразование носило характеръ фибромы и выполняло всю полость, отклоняя мягкое небо впередъ нижней конецъ опухоли достигалъ до основанія языка, прикрѣплялась она къ свода глотки съ правой стороны. Обѣ хоаны закрыты прилегающимъ новообразованиемъ, нитѣ не срощены со сѣбными частями; на ошупь фиброма гладка съ небольшими буграми на поверхности, чрезвычайно плотна. При риноскопии обнаружено изъясвленіе нижней поверхности. Вся правая половина носовой полости выполнена слизистыми полипами. Снаружи низшихъ измѣненій нѣтъ. Правая половина носовой полости совершенно недоступна для прохожденія воздуха, лѣвая по временамъ доступна въ незначительной степени.

Для леченія были примѣнены электролизъ; при этомъ предвѣстительно изъ правой ноздри были удалены полипы.

Всего сеансовъ было сдѣлано 11. Первые 3 съ пром. въ 4 дня. Слѣдующіе 3 сеанса послѣ 10-ти дневнаго перерыва. Опухоль при этомъ уменьшилась на половину. Сеансы 7—11 ежедневно. Опухоль быстро уменьшалась. Послѣ 11 сеанса больной уѣхалъ на родину. Черезъ мѣсяцъ послѣ этого можно было констатировать полное излеченіе.

11. Bruns. Berlin. Klin. Wochenschr. № 13. 1872.

(Цит. по Gaz. des hôpit. 1873 г. № 114 p. 910).

М. S., 21 г. Съ 1861 г. замѣтилъ, что лѣвая ноздря начала залегать; въ 1869 г. она всецѣло была закрыта. Появились повторныя кровотеченія, которыя вызвали очень тяжелую анемію. Съ 1869 г. правая ноздря начала залегать; дыханіе сдѣлалось затруднительнымъ, слухъ измѣнился.

Весьма бѣднѣе, расширеніе лѣвой ноздри, она выполнена опухолью, правая облитерирована отклоненіемъ перегородки. Мягкое небо выпячено впередъ. Пальцемъ проведеннымъ за свободный край мягкаго неба прощупывается, выполняющая всю лѣвую половину носоглоточнаго пространства, опухоль.

Послѣ безплодныхъ попытокъ излечить черезъ естественные пути, опухоль была удалена при помощи предварительной операціи и временнаго отклоненія носа въ сторону; самое отдѣленіе новообразованія произведено ножницами и бистури; при этомъ было значительное кровотеченіе, остановившееся послѣ тампонады. Носъ прилаченъ на мѣсто и укрѣпленъ швами только на 3-й день. Черезъ мѣсяцъ излеченіе.

12. Мальчикъ 16 л. Опухоль уже три раза удалялась при помощи частичныхъ отрываній.

Новообразованіе выполняло только лѣвую ноздрю; незначительное выпячиваніе глаза и слезотеченіе. Носоглоточное пространство всецѣло занято опухолью, получающею свое начало, повидимому, съ лѣвой стороны свода.

Дыханіе измѣнено, анемія, сонливость, затрудненіе рѣчи и слуха. Удаленіе при помощи временнаго отклоненія лѣвой половины носа.

Маленькіе отдѣльные полипы, сидящіе на сводѣ носа и на наружной стѣнѣ его отдѣлены ножницами; затѣмъ сдѣлана попытка захватить полипъ окрестеремъ, который былъ разорванъ, вслѣдствіе чего пришлось употребить ножницы и щипцы Museux, получившее сильное кровотеченіе, оставленное тампономъ.

Когда на 4-й день удаленъ тампонъ, то замѣтили, что остались части опухоли, почему на 15-й день была сдѣлана попытка удалить при помощи гальваноножтера оставшіяся части опухоли величиною въ фасоль, но обморокъ больного помѣшалъ операціи, которая была произведена только спустя 8 дней. На этотъ разъ было все удалено, что оставалось и основательно прижжено. Края раны осыпаны, омертвѣвшіе края кости резецированы, послѣ чего было наложено два шва.

13. Мальчикъ 14 л., опухоль появилась два года тому назадъ. Были произведены частичныя отрыванія и прижиганія носѣ предварительнаго расщепленія мягкаго неба.

Опухоль занимала лѣвую ноздрю, легкое выпячиваніе лѣваго глаза; височная область и fossa sinua слегка приподнята. Выпи-

чинею полпа через расщепленное мягкое небо. Обильныя кровотечения.

Применение электролиза. После 30 сеансов по 10 м., видя что опухоль больше и больше выпяливает полость, приступил к временной резекции дьвой половины носа. Сравнение полпа со всею внутренней поверхностью носовой полости. Отделение сранных, наличие гальванокаустической петли. Велдствие значительнаго кровотечения операция была оставлена и полость тампонирована; через 8 дней другая операция, отделение второй части опухоли при помощи электрическаго ножа. Через 2 дня оживление краев и прижигание резецированной половины носа на прежнее мьсто. Три мв.

14. *Bruns-Beitr. Z. Klin. Chirurg.* 1894 г. Bd. XI.

Karl B. 16 л. поступилъ въ клинику въ 1887 г. Ньсколько лть тому назадъ началъ замьчать, что у него постепенно увеличивается непроходимость носовыхъ полостей, такъ что онъ долженъ былъ дышать ртомъ. На 14 году жизни сталъ замьчать припухание дьвой щеки, а черезъ годъ и височной области. Вылеть съ тьмъ зрнье въ львомъ глазу стало ослабывать и вотъ уже годъ какъ совершенно уничтожилось. Шумъ и ослабление слуха на львое ухо. Большой для своего возраста физически мало развитъ; львая половина лица занята проросшимъ сюда опухолью, которая увеличивается въ объемъ львую щеку и львую височную область; скуловая дуга образуетъ границу между височной и щеочною опухолью. На всемъ протяжении опухоль покрыта совершенно здоровою, легко сдвигаемою кожей. Опухоль височной области занимаетъ пространство между наружнымъ угломъ глаза и ухомъ и заходитъ ньсколько на область лба, полшарообразна, тверда и слегка подвижна, при этомъ подучается впечатленье будто опухоль выходитъ изъ глубины. Опухоль щеки, начиная отъ скуловой дуги, простирается внизъ почти до угла нижней челюсти и при ощупываньи состоитъ изъ ньсколькихъ долей, которая можно придвигать другъ къ другу. Большой дышетъ черезъ ротъ, который постоянно держать открытымъ; объ носдри для воздуха совершенно непроходимы. При исследованьи носоглоточнаго пространства пальцемъ и зеркаломъ обнаружено, что оно выднено дьльчатой опухолью, мягкой консистенции. На львомъ глазу полный амврозъ, на правомъ амблионъ. При исследованьи глазамиъ зеркаломъ въ обоихъ глазахъ найдена атроphia papill., при чемъ слъва сильнае.

Для лечения былъ примененъ электролизъ; въ теченй 10 недель было сдлано 40 сеансовъ, при этомъ одна игла вьдвлялась въ глоточную часть опухоли черезъ ротъ, а другая игла тоже въ опухоль глотки или въ опухоль виска. Результатомъ этого лечения было уменьшение глоточной части опухоли настолько, что хоаны сдлались проходимы; височная же часть новообразования осталась, повидимому, безъ измьнения.

Черезъ 2 года, а именно въ мартъ мьсяцъ 1889 г. большой виопъ принять въ клинику. При исследованьи на этотъ разъ хоаны оказались свободны, какъ и раньше, дыханье носомъ свободно; височная же и щечная опухоль осталась безъ измьнений. Большой желалъ устранить обезображиванье лица.

Сдлана временная резекция скуловой кости.

Сама опухоль оказалась сдичней на кожкѣ голщичною въ мизинецъ, которую можно было прослѣдить до fiss. Sphenopalat., пока была перевязана и перерезана; послъ чего опухоль удалена.

Удаленная опухоль тверда мьстами мягче.

Микроскопически — фиброма съ большимъ количествомъ сосудовъ, частью сильно расширенныхъ.

Заживление per primam. Черезъ 3 года констатировано полное излечение.

15. *Bruns.—Тамъ же.*

Фридрихъ М. 19 л. Годъ какъ замьтилъ залегание носа, а спустя $\frac{1}{2}$ г. объ носовыя полости сдлались совершенно не проходимы для воздуха. Въ теченй послѣдняго времени довольно часто наблюдалось кровотечение изъ рта и носа.

При поступленьи въ клинику въ первый разъ замьчено, что большой можетъ дышать только открытымъ ртомъ. Исследование носоглоточнаго пространства пальцемъ и зеркаломъ обнаружило присутствие опухоли величайною въ куриное яйцо, выпячивающей мягкое небо впередъ, въ полость рта; опухоль эта покрыта слизистой оболочкой; небольшой участокъ ея величайню въ 10 фенниговъ изъдается. Новообразование на ощупь твердо, дьльчато, вполнѣ закладываетъ объ хоаны и даетъ отростокъ въ львую половину носовой полости, отростокъ этотъ занимаетъ только самую заднюю часть носоваго прохода. Нижнюю часть опухоли можно отвести пальцемъ, но достигъ до мьста прохожденья вить возможности.

Удаление опухоли на этотъ разъ произведено посредствомъ гальванокаустической петли.

Послъ операции большой свободно дышалъ носомъ и въ теченй года былъ здоровъ и способенъ къ труду. Затвьмъ опять появились кровотечения, дыханье носомъ стало опять затрудняться; появились выпячиванье льваго глаза. Во второй разъ пациентъ поступилъ въ клинику въ февраль мьсяцъ 1892 года, при этомъ въ это время особенно рьво выступало выпячиванье льваго глаза; слизистая оболочка, покрывающая нижнюю часть глазнаго яблока, была сильно инътирована и съ кровоподтеками; артеркѣ расширенъ и слабо реагируетъ на свьтъ. Движенья глазнаго яблока почти отсутствуютъ и зрнье значительно ослабьло. Если концомъ пальца проникнуть между глазнымъ яблокомъ и нижней стьбкой глазницы, то можно нащупать опухоль; на львой щеке какъ разъ подъ скуловой дугой можно тоже прощупать опухоль.

твердой консистенции. В носоглоточном пространстве имеются также остатки опухоли.

Опухоль на этот раз удалена при помощи временной резекции скуловой кости; самая опухоль была отделена отрыванием, при чем получилось сильное кровотечение, которое пришлось останавливать тампонадой.

Часть опухоли находившаяся в глазнице изолирована тушью способом, затем перевязана и отделена ножка ее из самой fossa sphenomaxillaris.

Удаленная опухоль дольчатая, сплюснутая, очень твердая, имеет 5 см. в длину, 4 — в ширину и 1½ — в толщину; ножка тоже сплюснута, длиною 2,5 см. и толщиной 0,5 см.

Микроскопически — твердая фиброма, бедная клетками и с небольшим количеством сосудов.

Полное выздоровление.

16. Bruns V. Dissertation 1879 г.

Е. Obermiller, булочник. Мясца 4 тому назад начало закладывать левую носовую полость, затем появилось кровотечение, которое один раз было весьма обильно — кровь лилась непрерывной струей; иногда наблюдалось до 10 кровотечений в сутки. Из-за этих кровотечений больной поступил в больницу, где потери крови однако повторились.

При малейших попытках к исследованию поимается кровотечение. На месте перехода глотки в левую носовую полость прощупывается опухоль, которая больше всего кровоточит; левая щека припухла, в десено-слезной левой складке можно прощупать верховую, легко смываемую опухоль, выступающую из под скуловой дуги. При исследовании спустя два мясца из верхнего отдела глотки найдена опухоль, свисавшаяся в средней отделе глотки, а еще через 2 мясца опухоль щеки заметно увеличилась; подвижность нижней челюсти уменьшилась до того, что больной мог при помощи приспособленного им деревянного клина, вставляемого между зубами, открывать рот только на два пальца; появилось также выпячивание левого глаза.

Опухоль удалена при помощи временной предварительной резекции верхней челюсти по Langenbeck'у.

Полное заживление операционной раны наступило через 7 недель; больной может раскрыть рот только на 2½ см.

Микроскопически опухоль — фиброма с большим количеством расширенных сосудов.

17. Bruns (там же).

Крестьянин 17 л. Заболел год тому назад. Сначала появилось затруднение носового дыхания, которое постепенно усилилось.

В глубине правой носовой полости видны желтого-белые массы, с левой стороны их не видно. При исследовании паль-

цем со стороны полости рта в носоглоточном пространстве ощущается верховая опухоль, закрывающая правую хоану вполне, левую только частично. Большой задохлый скарлатинный и по выздоровлении был отправлен домой на поправку. Когда он спустя мясца возвратился, то при исследовании у него нашли опухоль, заполняющую почти весь верхний отдел глотки и сдавляющую на своде глотки широким основанием. На этот раз опухоль удалена гальванокаустической петлей. Но через 1½ года больной опять возвратился, так как у него вновь появилось сначала затруднение носового дыхания, а потом и полное прекращение его; затем ½ г. тому назад появилось припухание правой щеки, а 4 м-ца тому назад без всякой видимой причины сильное кровотечение, потом второй раз, после чего кровь выделялась в течение 8 дней понемногу.

При исследовании больного при вторичном посещении найдено: правая половина лица толще левой, правая носовая полость совсем непроходима, левая почти; в правой поздравь светло-красная опухоль с гладкой поверхностью. В носоглоточном пространстве ощущается круглая опухоль, величиною с виною. Между задним краем верхней челюсти и processus coronoideus нижней захватывается узел величиною в лесной орех, укрепленной твердостью. Голос с носовым оттенком.

Удаление опухоли при помощи временной резекции верхней челюсти по Langenbeck'у.

Микроскопически опухоль-фиброма с большим количеством сосудов с ясно утолщенными стенками.

18. Burney Charl.

(N. J. Medic. Journal 1892 г.).

Больная началась 8 м-цев тому назад. Первыми симптомами, которые явились в начале заболевания, была тугоподвижность при движении нижней челюсти и боль в правой стороне головы, затем появилась невралгия. Наконец задевание носарей и затруднение при глотании. Иногда наблюдалось большое кровотечение из носа.

При осмотре оказалось, что правая носдря заложена и правая подглазничная область немного припухла. Пальцем, проведенным позади мягкого неба, можно было ощупать большую гладкую опухоль.

Для удаления опухоли была произведена временная резекция верхней челюсти. В виду опасности затекания крови в дыхательные пути сделана предварительная трахеотомия.

Отделение опухоли от основания черепа было произведено ножницами, при чем получилось сильное кровотечение. Место происхождения опухоли прижжено. На 5-й день после операции сильное кровотечение, которое было остановлено тампоном после предварительного отклонения резецированной челюсти. Наступило полное выздоровление.

19. *Burney, C.*

(N. J. Medic. Record. 1896 г. 8 февраля).

Г. С., 16 л. Болъзнъ начала появляться затрудненіемъ носоваго дыханія; спусти полгода послѣ этого наступило кровотеченіе изъ носа и съ тѣхъ поръ обѣ ноздри совершенно недоступны для воздуха и постоянныя кровотеченія; кромѣ того появились боли въ носу, лѣвомъ глазу и ухѣ. Гладкая сѣрая масса выполняла полость глотки и задние отдѣлы носовыхъ полостей. Начинаясь опухоль съ лѣвой стороны на нижней поверхности тѣла каннивидной кости. Въ теченіи 5-ти лѣтъ опухоль рецидивировала шесть разъ. Въ послѣдній разъ она была удалена въ 1893 г. при помощи резекціи верхней челюсти послѣ предварительной трахеотоміи. Рецидива въ теченіи 3-хъ послѣднихъ лѣтъ нѣтъ.

Микроскопически опухоль *fibro-muco-sarcoma* съ веретенообразными кѣлками.

20. *Callandre.*

(Gaz. d. hôpit. 1873 г. Ноябрь № 127, p. 1010—1012).

Больной земледѣлецъ, 25 лѣтъ. Болъзнъ началась годъ тому назадъ зудомъ въ переднихъ отдѣлахъ носовыхъ полостей, а спусти пять мѣсяцевъ большой замѣтилъ увеличеніе носа; было также нѣсколько незначительныхъ кровотеченій; попытка удаленія при помощи трагій окончилась только значительнымъ кровотеченіемъ.

При осмотрѣ больного Fleury найдено: легкое выпячиваніе праваго глаза, незначительное слезотеченіе, зрѣніе неизмѣнено; припуханіе правой щеки; въ толщѣ мягкихъ частей продуцируется мягкое тѣло, сдавливаемое пальцами. Спина носа расширена; восходящій отростокъ верхней челюсти разрушенъ, смѣненъ мягкимъ новообразованіемъ. Въ правой ноздрѣ замѣтна красноватая, закупоривающая опухоль. Мягкое небо слегка отклонено впередъ, позади его ощущается твердая упругая опухоль.

Операция: сначала удалена липома, вызывавшая припуханіе щеки. Опухоль удалена при помощи резекціи верхней челюсти.

Послѣоперационное теченіе при повышенной температурѣ, при чемъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ была наложена лигатура на лицевую артерію образовался ограниченный абсцессъ. Швы сняты на 3-й день. Выписанъ на 26-й день послѣ операціи.

Удаленная опухоль значительныхъ размѣровъ, опухоль въ области восходящаго отростка представляла собою переднюю оконечность носового отростка.

21. *Cruveilhier. (случай Marchan'ta).*

(Gazette des hôpitaux 1879 г. № 88, авг. 7).

Мальчикъ 15 лѣтъ. Больному для удаленія носоглоточнаго полипа было сдѣлано отъ 60—80 попытокъ отрыванія опухоли, но

новообразованіе всякій разъ рецидивировало. Опухоль посмала отъ себя два отростка въ носъ и глотку.

Удаленіе произведено при помощи предварительной временной резекціи носа по Ollier и послѣдующаго высеканія. Носъ принятъ на 17-й день.

Удаленное новообразованіе вѣсило 1,100 grm.

22. *Cruveilhier.*

(Bull. et memoir. de la Société de Chirurg. 1880 г. 17 mars p. 206—208).

X..., 17 л. Въ концѣ 76 г. большой замѣтилъ стѣсненіе въ носовыхъ полостяхъ; несмотря на то, что онъ часто сморкался, все же такъ оставался заложенымъ. Правая половина носовой полости закрылась; лѣвая не пропускаетъ воздуха ни придыханіи, ни при выдыханіи. Кровотеченія наступили почти въ началѣ заболѣванія. Больной не придаетъ заболѣванію значенія и сообщаетъ объ этомъ своему врачу въ концѣ 1877 г., когда у него кровотеченіе изъ носа продолжалось болѣе 2-хъ часовъ и было очень значительно.

При изслѣдованіи больного 2-го февраля 1879 г. найдено: со стороны носовыхъ полостей плотная опухоль, выполняющая правую ноздрю, черезъ лѣвую воздухъ не проходитъ; эта опухоль выполняетъ все носоглоточное пространство.

Верхняя челюсть, кости неба и мягкое небо отдалены эластическою опухолью, которая придаетъ выпуклую форму своду неба, особенно съ правой стороны. Со стороны праваго глаза легкое слезотеченіе.

Удаленіе опухоли произведено 6 февраля 1879 г. при помощи резекціи небаго свода по Nélaton; отдѣлена опухоль посредствомъ отрыванія. Сильное кровотеченіе вызвало обморокъ. Тампонада.

Полипъ былъ очень большой и представлялъ двѣ весьма различныя доли, одна изъ нихъ начиналась на тѣлѣ затылочной кости, другая на крыловидномъ лѣвомъ отросткѣ, который оказался облитерированъ отъ періоста. Что касается базиллярнаго отростка, то онъ представлялъ углубленіе, захватившее, повидному, всю толщю кости.

23. *Cruveilhier.*

(Gaz. des hôpitaux 1880 г. № 34).

Авторъ представляетъ молодого человѣка, 18 л., которому онъ удалил 6 февраля 1879 г. громадный носоглоточный полипъ по небному способу. Сама опухоль была удалена при помощи отрыванія, при этомъ получился страшное кровотеченіе, которое едва не увесло больного. Дней восемь спусти больной былъ здоровъ. Спустя годъ рецидива не было, но въ области базиллярнаго отростка затылочной кости находится отверстіе, въ которое можно войти пальцемъ.

24. *De guise.*

(Bull. et memoir. de la Société de Chirurgie de Paris 1861 г.).

François P., 17 л. У больного носоглоточный полип с объемистыми и крупными срощениями; полип этот посылаел отростки в соседня полость.

Большой анемичезь вследствие повторных кровотечений. До настоящей операции ему уже 2 раза производилось удаление опухоли.

Удаление опухоли 25 февраля 1861 г. произведено при помощи резекции верхней челюсти.

Во время операции наступил глубокий обморок вследствие потери крови и большой утери.

Удаленная опухоль сидела на широкой ножке, занимала левую сторону верхняго отъзда глотки и начинала от fibro-cartilage basilaris, окружающей for. lacer. anter., отъ внутренней части крыловиднаго отростка, отъ задней части носовых стъночек и отъ хряща Евстахиевой трубы.

25. *Delore.*

(Bull. général du Therapeutique 1863 г. p. 507).

François Perrin, земледълец, 18 л. Три мѣсяца тому назадъ пациентъ замѣтилъ изменение со стороны правой ноздри, сопровождающееся кровотечениемъ. Было произведено нѣсколько попытокъ извлечь опухоль, но каждый разъ это сопровождалось кровотечениемъ.

Введя палецъ позади мягкаго неба, можно опущать круглый полипъ, видящийся въ заднее отверстие правой половины носовой полости; начинается опухоль справа на сводѣ глотки. Носовая перегородка немного отклонена влево. Микроскопически опухоль состояла изъ фиброзной ткани и вѣтчекъ.

Удаление произведено при помощи полипныхъ щипцовъ после того какъ мягкое небо было поднято по способу Désgranges'a.

Большой черезъ 8 дней вынулся здоровымъ.

26. *Delphy.*

(Thèse de Paris 1877 г.).

Gustave... 18 л. Два года тому назадъ у него появилось чувство постоянной потребности сморкаться, при этомъ изъ правой ноздри постоянно вытекала слизистая жидкость. Голосъ сдѣлался гнусавымъ, дыханье черезъ носъ затрудненнымъ и наконецъ носъ замялся.

Большой блѣденъ, анемичезь, слабога сложения, голосъ гнусавый, жалуется на невозможность дышать носомъ. Если закрыть ротъ больному и заставить его прогнущать черезъ носъ воздухъ, то послѣдній не можетъ проходить; слухъ на правое ухо почти потерянъ, носъ расширенъ, отверстие правой ноздри растянута, носовая перегородка отклонена влево. Изъ правой носовой полости

выступаютъ сантиметра на 1½ наружу мясистая, краснаго цвѣта опухоль. Въ левой ноздрѣ замѣчаютъ отклоненную перегородку, а глубже опухолевидный отростокъ того же характера, какъ и въ правой ноздрѣ. Опухоль безболѣзненна, но кровоточитъ при дотрогиваніи зондомъ или пальцемъ. Изъ праваго глаза постоянное слезотеченіе. На правой шеѣ замѣтна совершенно безболѣзненная и ясно ограниченная, значительная припухлость. Язычекъ опущенъ, мягкое небо отклонено впередъ, особенно съ правой стороны. Пальцемъ, введеннымъ позади мягкаго неба, можно опущать твердую, бугристую, очень объемистую опухоль, которую весьма трудно обйти кругомъ. При каждомъ изслѣдованіи наблюдается обильное кровотеченіе.

Опухоль удалена при помощи временной резекции носа по Ollier. Отдѣленіе опухоли произведено щипцами, при чемъ въѣтъ съ трагеей было прижжено и скручиваніе опухоли.

Большой вполне выздоровѣлъ.

27. *Le Dentu.*

(Bull. et memoir. de la Société de Chirurg. de Paris 1881 г. p. 515—516).

Luis D., мясникъ, 17 л., дѣтисъ уже болѣе года отъ носоглоточнаго полипа. При поступленіи въ клинику у него было очень ясно выраженное выпячиваніе обоихъ глазъ съ значительнымъ удаленіемъ ихъ другъ отъ друга. Голосъ у больного почти потерявъ.

Такъ какъ опухоль выпячивала небной сводъ, то было рѣшено съ этой именно стороны и произвести удаленіе ея. Больному послѣ предварительнаго хлороформироваанія было произведено распленіе небаго свода гальванокаутеромъ, а спустя 8 дней при мѣстной анестезіи chloroformъ и morph. въ вещество опухоли были воткнуты двѣ палочки изъ хлористаго цинка, которыя были закрѣплены на мѣстѣ металлическими пластинками.

Благодаря дѣйствию хлористаго цинка, опухоль начала омертвѣвать и отдѣляться отдѣльными кусками въ видѣ струнень въ различной величинѣ.

Послѣ того какъ носоглоточная часть опухоли омертвила наступило быстрое зауженіе арніи, выпячиваніе почти совсемъ исчезло и глазныя яблоки облизались.

Въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ рецидива не было, но обратное развитіе главнаго части опухоли остановилось, лѣвый глазъ вновь выпятился; арнія, заужившееся въ обоихъ глазахъ, вновь ослабло. Теперь у больного почти полная слѣпота. Офтальмокопическое изслѣдованіе показало, что оба соска диффузно изменены на периферіи, что на нихъ замѣчаются центральныя атрофическія мѣста и что вены переполнены кровью, — однимъ словомъ видна картина обоюдосторонняго невро-регинита.

28. *Denucé—Tbèse de Bodrimont 1869 г.*

Suillaп, каменистомъ, заболѣлъ больше трехъ лѣтъ тому назадъ. Раньше ничѣмъ не болѣлъ; родители его жизни и здоровья. 3 года тому назадъ онъ находился на излеченіи въ госпиталѣ въ Бордо, гдѣ ему было удалено нѣсколько полиповъ обыкновенными полипными щипцами.

Субъектъ выше средняго роста, крѣпкого тѣлосложенія и хорошаго питанія. Лѣвая половина носа припухла по всей своей длинѣ, на лѣвой щекѣ подъ скуловой дугой находится ясно отграниченная опухоль величиною въ большой орѣхъ; на ощупь новообразование твердо и не расслось съ кожей щеки; губная коммиссура отпущена внизъ и отклонена наружу; нижнее вѣчко слегка отпущено внизъ. Позади мягкаго неба ясно ощущивается довольно твердая опухоль, получающая начало отъ базиллярнаго отростка.

Большой страдать частыми носовыми кровотечениями.

Опухоль удалена при помощи резекціи носа и передней стѣнки верхней челюсти. Во время удаленія самой опухоли наблюдалось сильное кровотеченіе, повлекшее за собой даже обморокъ больного.

Послѣ отдѣленія оказалось, что опухоль послыала отростокъ въ лѣвую половину носовой полости и въ sinus maxillar. sin. черезъ fossa sphenomaxillaris.

Рецидива не было спустя 2½ года.

29. *Depage.*

Bull. de la société Royale des sciences Medic. et naturell. de Bruxelles 1897 г. № 1.

(Цит. по Internat. Centralbl. f. Laryng. Jюль 1898 г. № 7).

Больному 39 лѣтъ. Раньше лѣчился электролизомъ, но безуспѣшно. Кровотеченія были настолько сильны, что часто жизнь больного находилась въ опасности.

Въ полости верхняго отдѣла глотки находилась объемистая опухоль.

Операция по способу Kocher'a подъ хлороформнымъ наркозомъ. Предварительная трахеотомія и перевязка общаго наружнаго каротидъ. Во время операціи наблюдалось весьма обильное кровотеченіе.

Послѣоперационное теченіе нормально, заживленіе черезъ три недѣли.

Гистологически—fibro-sarcoma.

30. *Deprès.*

(Bull. et Memoir. de la société de Chirurg. de Paris 1882 г. Апрель p. 318—319).

Desprès предсталелъ больному 16 л., которому онъ 2 года тому назадъ для удаленія опухоли носоглоточнаго пространства, примѣнилъ резекцію верхней челюсти, при этомъ низкая стѣнка

орбиты была оставлена. Опухоль была величиною съ куриное яйцо, съ однимъ только отросткомъ въ Гайморову пещеру.

Разрѣзъ былъ сдѣланъ отъ основанія носа, начиная отъ внутренняго угла глаза; разрѣзъ шелъ внизъ и у свободнаго края крыла носа поворачивался по средней линіи на верхнюю губу, которая затѣмъ была разрывана въ вертикальномъ направленіи. Результатъ полный, полить излеченъ, рубецъ совсѣмъ не обезображиваетъ лица.

31. *Dumenil.*

(Gaz. de hôpit. 1873 г. № 98 p. 780—781).

Z., 8 лѣтъ, поступилъ въ больницу въ Сентѣбрѣ 1872 г.

Ребенокъ худощавъ и блѣденъ, но въ общемъ здоровъ. Полить, который выполняетъ лѣвую половину носовой полости и образуетъ въ глоткѣ продолговатую опухоль, величиною въ яйцо, отдавая въ мягкое небо, подъ свободнымъ краемъ котораго образуетъ зажитное для глаза выпячиваніе; имѣетъ правильную форму и гладкую поверхность. Кровотеченій никогда не было. При изслѣдованіи ножка кажется широкою и начинается отъ тѣла затылочной кости. Опухоль тверда; изслѣдованіе не вызываетъ кровотеченія.

Операция—временная резекція верхней челюсти по способу Voessel'a.

При операціи оказалось, что въ лѣвой носовой полости былъ отдѣльный полить, помѣщающійся на наружной стѣнкѣ; въ носоглоточномъ пространствѣ другой сидящій на короткой и тонкой (въ 1 см.) ножкѣ; отростокъ этотъ полить не имѣлъ. На разрѣзѣ имѣлъ фиброзный видъ и состоялъ изъ алеолярной ткани (fibro-myxoma).

Послѣоперационное теченіе протекало при нагноеніи. Швы сняты на 3-й, 4-й и 5-й день. Полное излеченіе.

32. Z., 16 л.; поступилъ 8 октября 1872 г. Болѣзнь началась тому назадъ 6—8 мѣсяцевъ затрудненіемъ дыханія и припуханіемъ правой щеки; большою подвергался очень частымъ операціямъ. 15 Сентѣбря больному удаленъ полиповидный массы изъ ноздри, при этомъ было значительное кровотеченіе; проходимость ноздри продолжалась въ теченіе нѣсколькихъ дней послѣ операціи.

При изслѣдованіи найдено: въ области скуловой правой ямки, подъ переднимъ краемъ п. masseteris маленькая опухоль величиною съ лесничий орѣхъ, образующій небольшую припухлость щеки. Въ носоглоточномъ пространствѣ за мягкимъ небомъ находится дольчатая масса, начинающаяся, повидному, широкимъ основаніемъ отъ тѣла затылочной кости.

По началу у больнаго отдѣляется слизисто-кровянистая жидкость, загрязняющая всю подушку. Большой блѣденъ, но въ общемъ удовлетворительнаго здоровья.

Операция.—Подъ хлороформнымъ наркозомъ временная резекція носа по Ollier. Носъ рецидивованъ и отвероченъ внизъ; носо-

вая полость оказалась совершенно выполненной отростком полипа. Перегородка сильно отклонена назад и прикасалась к наружной стѣнкѣ этой стороны. Носовой отростокъ легко раздвигается пищами и производитъ большое кровотечение. Большой жадуется на большую слабость. Повторное введение губки останавливаетъ кровотечение. Полить, начинающійся по всему протяженію нижней поверхности тѣла затылочной кости и на правомъ крыловидномъ отросткѣ, съ трудомъ отдѣляется, при чемъ части эти обнажаются до кости.

Кровотечение прекратилось еще до удаления остатковъ опухоли, но слабость большого достигла крайней степени, пульсъ сдѣлался неощутимымъ, кожа холодна; рвота отчасти свернувшегося кровью, боль въ желудкѣ и нижнихъ конечностяхъ. Большой вскорѣ умеръ при явленіяхъ ціаноза и судорогъ отъ значительной потери крови.

При вскрытіи въ желудкѣ и въ 12-ти перстной кишкѣ нѣкоторое количество крови, покрывающей стѣнку этихъ внутренностей, въ дыхательныхъ органахъ крови нѣтъ. Опухоль вновь удалена.

(Gaz. d. hôp. 1873 г. № 98, p. 804—805).

33. Большой G., 13 л., поступилъ въ больницу 4 октября 1872 г. У него раньше существовали очень обильныя кровотечения, которыя стали для него являть въ опасность. При поступленіи потерь крови не было и общее состояніе его было хорошо.

Полить заволаживать всецѣло лѣвую носовую полость, его можно было видеть черезъ ноздри. Исслѣдованіе пальцемъ со стороны полости рта констатировало позади мягкого неба долговатую опухоль, твердой консистенціи, начинающуюся широкимъ основаниемъ отъ тѣла затылочной кости. Опухоль посылала отростокъ въ fossa zygomatica, который образовалъ припухлость величину въ миндаль, расположенную подъ скуловой дугой. Въ больницѣ у G. возобновились кровотечения, сначала незначительныя, онѣ постепенно увеличались, и въ одинъ день вновь поднялся ручьемъ, возобновилась нѣсколько разъ; черезъ недѣлю новое кровотечение, обильнѣе чѣмъ въ предыдущіе разы; остановлено оно было тампонажѣй, но въ тотъ же день оно повторилось съ указомъ силой, при чемъ вызвало обморочныя; большой жаловался на припадки задненія и охмѣтнія въ конечностяхъ, рвота продолжительно кровью. Прекращеніе кровотечения было достигнуто давленіемъ на carotis, но какъ только давленіе прекратилось, кровотеченіе возобновилось. Было приставлено къ большому нѣсколько помощниковъ, которые постоянно поддерживали давленіе. Ночью кровотеченіе еще возобновлялось, но не въ такомъ количествѣ.

На слѣдующій день въ виду этихъ кровоточивъ большую была сдѣлана перевязка наружной лѣвой сонной артерій; послѣ этого кровотеченіе остановилось и въ первые дни его не было; опухоль на лѣвой щекѣ исчезла, хотя со стороны полости рта и прощупывалась подъ arcus zygomaticus. Однако на 6-й и 7-й день кро-

вотеченіе вновь возобновилось и было остановлено прижатіемъ а. communis.

Удаленіе опухоли произведено при помощи временной резекціи верхней челюсти по Boeckel'ю; сама опухоль отдѣлена распаторомъ и щипцами, мѣсто происхожденія прижжено термокаутеромъ.

Послѣоперационное теченіе сначала протекало совершенно нормально; къ концу 3-й недѣли, однако, часть швовъ на растояніи 2 см. разошлась вълѣдствіе нагноенія въ подлежащихъ частяхъ. Спустя 2½ м-ца большой выпелся здоровымъ.

№ 34. Дѣвочка 3-хъ лѣтъ, довольно слабого тѣлосложенія глѣблалась отъ опухоли въ окологлоточной области. Послѣ излеченія родители обратили вниманіе на затрудненія, испытываемое ребенкомъ, при дыханіи черезъ носъ и на хрипаніе во время сна; анализисъ были приписаны тогда незначительному увеличенію миндалинъ. Но спустя два года была констатирована въ носоглоточномъ пространствѣ опухоль, покрытая сосочками и исходящая отъ тѣла затылочной кости; на ощупь опухоль твердая, величина въ миндаль. Въ носовыхъ полостяхъ ничего необнаружено, однако воздухъ черезъ лѣвую ноздрю проходитъ только съ трудомъ.

Попытка удаления опухоли по способу Guerin'a выскребаніемъ окончилась неудачей.

35. Flaubert.

(Cur. по Thèse de Postel, 1877 г.).

Delalandre Célestin Achille, 20 л. До настоящаго времени былъ здоровъ, службу началъ съ 8 л. Отецъ здоровъ, нѣсколько разъ болѣлъ воспаленіемъ легкихъ; мать недавно умерла; долго кашляла. Первые симптомы болѣзни проявились 3 года тому назадъ безболѣзненнымъ увеличеніемъ шеи; съ этого времени опухоль шеи постепенно увеличивалась. Шесть недѣль тому назадъ, введя палецъ въ ротъ, большой замѣтилъ въ глоткѣ опухоль. Съ этого же времени появились и носовыя кровотечения, повторившіяся часто.

При осмотрѣ найдено: значительная асиметрія лица, правая щека сильно припухла; припухлость эта круглой формы рѣзко, ограничена, направляется сверху внизъ подъ processus zygomaticus. Выпѣ она достигаетъ до альвеолярнаго края верхней челюсти, кауди—оставляетъ не покрытой заднюю половину восходящей вѣтви нижней челюсти, правой глазъ выпяченъ, глазная ямочка наглажена; опухоль значительно выдавалась въ ротъ между щекою и альвеолярнымъ отросткомъ, выпяченная передъ собою десенощную складку слизистой оболочки. Мягкое небо задняя часть свода сильно опущены. Пальцемъ опущивается въ носоглоточномъ пространствѣ многодолговатая опухоль, мягкая и эластичная на ощупь. Дыханіе черезъ носъ невозможно.

Удаленіе глоточной части опухоли произведено при помощи антагуры; опухоль на шекѣ удалена выдуненіемъ при помощи

разрыву по щечно-десневой складке, при этом кровотечение было незначительно, когда же отделили ножку опухоли, то кровотечение оказалось весьма обильным.

36. *Fleury.*

(Bull. et memoir. de la Soc. de Chirurg. de Paris 1864 г. р. 318—324).

D. (Annet) земледельец, 19 л. Раньше всегда был здоров, 15 месяцев тому назад у него появилось на левой щеке ощущение ползания мурашек, затѣм большой зѣвнул, что воздух через левую ноздрю сталъ проходить не такъ свободно, и мало по малу эта ноздря совсемъ закупорилась; 8 месяцев спустя отъ начала заболѣванія появилось увеличение левой щеки и спустя нѣкоторое время небольшой опухоль на боковой и задней поверхности свода глотки. Около этого же времени появились и головные боли.

Исслѣдуемый хорошаго телосложенія. Въ области левой fossa canina находится гладкая, твердая на ощупь опухоль; кожа надъ этой опухолью совершенно нормальная; передняя костная стѣнка Гайморовой пещеры покрывающая новообразование уступаетъ легкому на нее давленію. Левая ноздря совершенно заложена; при исследованіи со стороны носоглоточнаго пространства въ области левой хоаны нащупывается мягкая мисчатая опухоль, величиною въ малый орехъ. Субъективныя жалобы больного къ этому времени сводились на головныя боли, чувство ползанія мурашек и легкую нечувствительность въ левой щеке, а также невозможность дышать черезъ левую ноздрю и кровотечение изъ носа.

Когда больному предложили операцию, то онъ отказался отъ нея и оставилъ госпиталь; спустя, однако, месяцевъ 6 онъ снова поступилъ но съ иными уже гораздо значительнѣе выраженными.

Удаленіе опухоли произведено при помощи резекціи верхней челюсти.

Удаленная опухоль имѣла форму гриба и посмала оторваться черезъ for. sphenopalatinum въ fossa pterygo-maxillaris.

Большой черевъ мѣсяцъ выписался здоровымъ.

37. *Gaudier.*

(Echo Med. du Nord. 1897 г. р. 339 цит. по Internation. Centralbl. f. Laryngolog. № 6, Іюль 1898 г.).

Женщина 60 л. Опухоль была величиною съ мандаринъ и выполняла все носоглоточное пространство; сидѣла она на широкимъ основаніи и начиналась отъ processus basilaris затылочной кости и вѣрнотю также отъ первого шейнаго позвонка. Послѣ изслѣдованія наблюдалось кровотечение.

Удаленіе опухоли произведено безъ наркоза посредствомъ широкаго аденома; кровотеченія при этомъ не было; излеченіе кончилось тѣмъ, что на мѣстѣ бывшей раны образовалась гладкая поверхность.

38. *Gosselin.*

(Clinique Chirurgic. de la charité. Пт. по Thèse de Samondès. 1878 г. р. 44).

I. P., 22 л. Большой страдаетъ уже 5 или 6 лѣтъ опухолью въ носоглоточномъ пространствѣ. Для устраненія припадковъ асфикціи, зависящихъ отъ присутствія опухоли, было предпринято частичное удаленіе и въ теченіе $\frac{1}{2}$ г. предпринимались различныя мѣры и между прочемъ электроды для уменьшенія новообразования. Тѣмъ не мене спустя 4 мѣсяца, послѣ того какъ большой былъ выписанъ изъ больницы, онъ снова явился съ жалобой на затрудненіе дыханія.

При осмотрѣ на этотъ разъ большой замѣчено, что опухоль разрушила наружную стѣнку носа, пробралась въ глазницу, а во время пребыванія пациента въ больницѣ появилась не полная, но ясная гемиплегія въ правой рукѣ и ногѣ, выпячиваніе же глаза прогрессировало. Большой былъ выписанъ какъ неоперативный случай. Спустя годъ онъ явился къ Gosselin'у совершенно выздоровѣвшимъ безъ всякаго леченія.

39. *Gould—Lancet* 1896 г., октябрь.

(Цит. по Медицинскому Обзоренію 1897 г.).

У 29 лѣтняго мужчины развилась носоглоточная фиброма, существовавшая два года и время отъ времени дававшая значительныя кровотеченія, доводившія больного до обморока.

При изслѣдованіи большого оказалась обычная картина фиброзаго носоглоточнаго носила (затрудненіе дыханія, выпячиваніе твердаго и мягкаго неба и т. д.). Для удаленія опухоли авторъ произвелъ сначала ляринготомію, и черезъ ротъ ввелъ въ глотку губку, обеспечивающую дыхательные пути отъ затеканія крови. Затѣмъ мягкое небо было распелено по срединной линіи и пальцемъ обследовано основаніе опухоли, занимавшее основаніе черепа и переднюю поверхность верхнихъ шейныхъ позвонковъ. Вскрывъ глотку и расширивъ фаринготомическую рану, авторъ распаторомъ и пальцемъ отделилъ основаніе опухоли, при чемъ основаніе черепа и передняя поверхность дуги атланта оказались обнаженными и шероховатыми. Мягкое небо было сшито. Большой хорошо перенесъ операцию, но черезъ два часа открылось жестокое кровотеченіе, при чемъ со рвотою выскочила губка изъ глотки. Кровотеченіе было остановлено прижатіемъ и растворомъ 1½ хлористаго желѣза. Большой съ трудомъ оправился отъ этого кровотеченія, но въ дальнѣйшемъ операционный періодъ протекалъ безъ осложненій.

40. *Gusmann.*

(München Medicin. Wochenschr. 1896 г. № 15).

У большого рецидивъ. Опухоль выполняла все носоглоточное пространство и выпячивала мягкое небо впередъ, посмала отор-

сток выполняющий всю правую половину носовой полости, откуда опухоль распространялась в Гайморову пещеру, образуя выпячивание передней створки щетки.

Опухоль удалена при помощи временной резекции верхней челюсти.

Микроскопически оказалась доброкачественным новообразованием.

41. *Gujon.*

(Gazette des hôpitaux 1873 г., p. 829, № 104).

Больному 18 л. Больная началась год тому назад кровотоchenиями, часто очень обильными, впоследствии потери крови настолько были велики, что нередко угрожали обмороками. Мясца четыре спустя после начала появились затруднение дыхания через нос и вскоре сделалась совершенно невозможным.

Левая щека увеличена в объеме от ростком опухоли, который может быть прощупан и в десено-щечной левой складке, где он образует выступ. Общ. половины носовой полости заполнены отростками опухоли. Мягкое небо сильно отдалено вниз, позади его находится опухоль величиною в среднее куриное яйцо, опухоль эта кровотоচিত при исследовании.

Больной был подвергнут лечению электризмом и после сорока сеансов, по словам автора, совершенно выздоровел.

42. *Habs.*

(Deutsch Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 47, 1897 г. S 100)

Больная женщина 32 л. Равные никогда ничем не болела. Настоящая больная началась два года тому назад затруднением носового дыхания; необходимость дышать ртом препятствовала правильному сну. Кажется на кашель с кровью.

Больная анемична, бледна. При ощупывании носоглоточного пространства со стороны полости рта констатирована опухоль, занимающая весь верхний отдел глотки и исходящая из основания черепа. На ощупь опухоль плоская и твердая. При малейшем прикосновении новообразование кровотоচিত. Тщательное исследование показало, что кровь отхаркиваемая при кашле, исходила из опухоли.

Удаление опухоли произведено при съёмном морфинно-хлороформном наркозе и в положении Rose по способу Chalot. При микроскопическом исследовании опухоль оказалась ангио-мухо-фиброма.

На 18-й день после операции выздоровившая была выписана из больницы.

Четыре месяца спустя после операции пациентка совершенно здорова. Лицо несколько не изуродовано. Место откуда начиналась опухоль покрыто гладкой слизистой оболочкой. Жевание и открывание рта нормально; дыхание носом происходит без препятствия.

43. *Heurtaux.*

Thèse de Vigot. 1883 г.

Девушка 19 л. Заболела 6 месяцев тому назад.

При осмотре оказалось: заднее отверстие левой носовой полости заложено.

Опухоль имеет позади мягкого неба и заходит за свободный край его на 3 см. Опухоль удалена при помощи экразера.

Удаленное новообразование имело вид малой сплюсненной груши. Состоит из мягкой ткани, напоминающей хлопчатопитанный жидкостью.

После мацерации в спиртовом растворе опухоли сделалась плотной. Гистологическое исследование обнаружило соединительнотканную волокна, переплетающиеся между собою во всех направлениях.

20 августа 1882 г. эта больная вновь выписана по поводу другого полипа, развивающегося в области заднего отверстия правой ноздри. Полип этот по величине равнялся куриному яйцу; от него отходят два слизистых отростка.

Гистологическое исследование полипа представляет фибромикому, отростки состоят главным образом из слизистой ткани.

44. Больному 17 л. Больная началась 2 года тому назад затруднением носового дыхания и глотания.

При исследовании со стороны полости рта замечена опухоль выдающаяся на 2 см. из-за нижнего края небной занавески. Начинается опухоль на верхней створке глотки близ края хоаны. Опухоль гладкая, продолговатой формы, немного сплюснена спереди назад, подвижна.

Удаленная посредством экразера, опухоль имеет $7\frac{1}{2}$ см. длины и $2\frac{1}{2}$ см. толщины, эластична, консистенция ее средняя между фибромой и слизистым полипом, сероватого цвета. Микроскопическое исследование подтвердило диагноз.

45. Halgand Melanie, девушка, 21 г. Поступила в госпиталь 14 января 1876 г. Заболела семь лет тому назад, появилось затрудненное прохождение в правой ноздре. Год тому назад появилось стеснение в горле и с этого времени больная страдает афонией, дисфагией и частыми тошнотами. Кровотечений носовых никогда не было; головные боли наблюдались во время заложения ноздри.

Бледная, золотухная на вид девушка представляет явления носоглоточного полипа, который начинается на внутренней пластинке processus pterygoid в правой стороне. Опухоль подвижна и спускается ниже свободного края мягкого неба на 1 см.

Удаление произведено экразером.

Удаленное новообразование состоит из главной массы вели-

чиною въ палецъ взрослого человѣка и тонкаго отростка, направляющагося въ правую сторону. Опухоль гладка.

Гистологически—фибро-миома.

46. Крестьянинъ, 24 л. Заболѣлъ годъ тому назадъ.

При исследованіи найдено: тѣло полна въ большую винную ягду, свѣшивается въ глотку и заходитъ немного за шнуръ свободнаго края мягкаго неба. Опухоль подвижна, гладка, начинается въ области задняго отверстия лѣвой носовой полости, посылаетъ два слизистыхъ отростка въ лѣвую носовую полость.

Удаленная опухоль имѣетъ видъ и консистенцію среднюю между фибромой и микромой, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ просвѣчивающую какъ бы желатинозную, въ другихъ ткань имѣетъ фиброзный видъ. Уплотненная въ алкоголь, опухоль состоитъ изъ четырехъ частей, изъ которыхъ двѣ имѣютъ грушевидную форму; самая большая изъ нихъ величинаю въ палецъ взрослого человѣка. Между остальными двумя имѣется часть въ видъ канатика, который проходитъ вѣроятно по всей носовой ямѣ. Вся ткань бѣловата, однородна, тверда, немного эластична. Представляетъ слизистую дегенерацию.

47. Норманн.

(Münch. Med. Wochenschr. 1898 г. № 21).

К., D. учитель, 21 г. Больною годъ тому назадъ былъ удаленъ полипъ послѣ предварительнаго разрыва носа; спустя 3 мѣсяца рецидивъ и временная резекція правой половины верхней челюсти, но и послѣ этой операціи наступилъ вновь рецидивъ.

При исследованіи обнаружено, что опухоль начиналась преимущественно съ правой стороны свода глотки и выполняла однимъ отросткомъ всю правую носовую полость; изъ этого отростка постоянно сочилась кровь. Кальциевыя соли могла быть удалена только часть опухоли величинаю въ грецкій орѣхъ и потому носъ былъ отклоненъ на лѣво и опухоль отдѣлена при помощи ножницъ и ножа; отдѣленіе это производилось въ положеніи Rose. Хотя при микроскопическомъ исследованіи удаленная опухоль оказалась твердой фибромой, тѣмъ не менѣе рецидивъ наступилъ менѣе, чѣмъ черезъ 4 недѣли.

На этотъ разъ опухоль была удалена безъ предварительной операціи по способу предложенному авторомъ. Операція производилась въ положеніи Rose; инструменты для отдѣленія вводились черезъ носъ, пальцемъ же, введеннымъ черезъ ротъ, авторъ руководилъ отдѣленіемъ. Рецидива не было 8 лѣтъ послѣ удаленія.

48. Норманн.—Тамъ-же.

F. W. Студ. учит. Семинари. Больною раньше для удаленія опухоли была сдѣлана предварительная операція, но спустя 2 года появилась рецидивъ.

Опухоль начиналась отчасти отъ свода глотки, отчасти въ носу, занимая $\frac{3}{4}$ лѣвой половины носовой полости и значительно

отвѣсила перегородку въ правую сторону; спивка носа замѣтно расширена. Въ полость глотки опухоль доходила до середины опущенной небной занавѣски.

Удаленіе опухоли произведено при помощи выскребанія съ послѣдующимъ прижиганіемъ гальванокаутеромъ; при этомъ мягкое небо было оттянуто впередъ—какъ въ предыдущемъ случаѣ. Удаленныя массы при микроскопическомъ исследованіи оказались—фибро-саркомомъ.

49. Норманн.—Тамъ-же.

D., вдова 58 л. У большой дыры диффузная опухоль миндалинъ, которая, повидному, соединялась съ значительно твердой опухолью свода глотки; послѣдняя (опухоль) начиналась широкимъ основаніемъ съ правой стороны основанія черепа и посылала отростокъ въ носовую полость.

Глубокія шейныя железы инфильтрированы. У больной наблюдались обильныя носовыя кровотечения, безсонница, припадки духоты по ночамъ, глухота, и двухстороннее гнойное воспаленіе средняго уха.

Произведено выскабливаніе опухоли, при чемъ послѣдняя была удалена съ костнымъ основаніемъ. Миндалины экстирпированы. Рецидива изъ 13 мѣсяцевъ.

50. Норманн.—Тамъ-же.

W. K., 16 л., глухонѣмой. Полное залеганіе носа, кровотеченіе, затрудненіе глотанія. Въ полости глотки находится малоподвижная, шероховатая на ощупь опухоль, которая сидитъ по обѣимъ сторонамъ носовой перегородки и отсюда продолжается по своду глотки. На ощупь напоминаетъ собою подушку, форма шарообразно-сплюснутая.

Удаленіе произведено посредствомъ выскребанія, при чемъ вмѣстѣ была удалена и задняя часть носовой перегородки.

Операція производилась подъ хлороформнымъ наркозомъ въ положеніи Rose послѣ предварительнаго оттягиванія мягкаго неба впередъ.

Гистологически опухоль—фибро-саркома.

51. Норманн.—Тамъ-же.

W. S., ученикъ 14 л. Больнъ начался годъ тому назадъ сильными кровотечениями, повторявшимися часто и послѣ.

Попытка произведенная съ цѣлью удалить опухоль при помощи кольцевиднаго ножа, оказалась неудачной и вызвала сильное кровотеченіе.

Твердая, очень кропоточная опухоль начиналась съ лѣвой стороны свода верхняго отдѣла глотки и продолжалась въ обѣ половины носовой полости, при чемъ лѣвая изъ нихъ была занята опухолью на половину, правая приблизительно на $\frac{1}{4}$.

Удаление было произведено под хлороформным наркозомъ въ положеніи Rose при помощи выскабливанія съ последующимъ прижатіемъ гальванокаутеромъ; при этомъ мягкое небо отпнуто впередъ по способу автора.

Микроскопически опухоль — fibro-sarcoma и въ некоторыхъ мѣстахъ adeno-fibro-sarcoma.

52. Huguier.

(Bull. et memoir. de la Soc. de Chirurg. de Paris 1860 года февраль).

В... 16 л. поступилъ въ госпиталь въ 1859 г. Больнѣя началъ 2½ г. тому назадъ измѣненіемъ голоса, который принялъ носовой отъбнокъ, этотъ смиткомъ постепенно усиливался; кромѣ того у больного было значительное серозное истеченіе изъ носа.

При осмотрѣ найдено: рѣчи съ носовымъ отъбнкомъ, когда спитъ, ротъ держитъ открытымъ, храпитъ. Левая половина носовой полости закупорена, правая свободна. Отдѣленіе изъ носа происходитъ часто и въ обильномъ количествѣ. Позади мягкаго неба находится полипъ величиною въ мускатный орѣхъ, довольно мягкій, начинается онъ, повидному, отъ задняго края сошника.

Опухоль удалена при помощи предварительнаго расщепленія мягкаго неба по Maisonneuve'у. Кровотеченія не было.

Разрѣзъ мягкаго неба, послѣ удаленія опухоли кривыми ножницами, былъ соединенъ двумя швами.

При микроскопическомъ исследованіи оказалось, что ткань опухоли богата кѣлками и сосудами съ довольно рѣдкою петлястою сѣтью.

53. Huguier

(Gazette des hôpitaux 1861 г. № 65 Июль).

Молодой человекъ 20 лѣтъ, съ слабого тѣлосложенія, поступилъ въ госпиталь 30/VI 1860 г. по поводу носоглоточнаго полипа, появившагося 6 лѣтъ тому назадъ. За существованіе опухоли было сдѣлано много попытокъ къ излеченію ей.

Status: лѣвый глазъ замѣтно выпяченъ впередъ и отклоненъ вверхъ; лѣвое крыло носа болѣе оттопырено, чѣмъ правое; лѣвая носовая ность и восходящій отростокъ отклонены кънаружи. Носъ расширенъ въ лѣвую сторону. Въ лѣвой половинѣ носовой полости замѣтна розоватая опухоль всецѣлю закупоривающая носозрю, такъ что воздухъ совершенно черезъ нее не проходитъ, черезъ правую же дыханіе происходитъ съ трудомъ. Свободный край мягкаго неба опущенъ и почти касается корня языка; выпячиваніе впередъ, образуемое мягкимъ небомъ, твердо какъ дерево и не эластично. Язычекъ очень удлиненъ и отклоненъ слегка вправо. Позади мягкаго неба безъ труда опущиваютъ пальцемъ твердую опухоль, выполняющую всю лѣвую половину носоглоточнаго пространства

и заходящую вправо. Опухоль довольно правильной круглой формы и можетъ быть обойдена пальцемъ вокругъ. Черезъ правую носозрю зондъ проходитъ въ верхній отдѣлъ глотки, черезъ лѣвую нѣтъ. Голосъ имѣетъ носовой отъбнокъ, дыханіе очень затруднено.

Операция произведена 11 Августа. Въ Септѣбрѣ больной былъ здоровъ.

54. Johnston S.

(N. I. Medic. Journal. 1887 г.).

I. W., 12 л. мальчикъ большаго роста, нервнаго темперамента. Находился у автора на излеченіи отъ катарра носа. Носовыя кровотеченія не было, но по временамъ онъ выбрасывалъ слезъ, окрашенную кровью.

При изслѣдованіи найдено: лѣвый носовой проходъ совершенно свободенъ отъ опухоли, правый загражденъ въ задней своей части мясистою опухолью. При задней риноскопій оказалась въ носоглоточномъ пространствѣ опухоль, выполняющая почти всю полость; самая опухоль покоится на мягкомъ небѣ. Та часть опухоли, которую можно было видѣть въ зеркалѣ, была круглая, твердая на ощупь и краснаго цвѣта, очень похояла на фиброму.

Опухоль была удалена при помощи экразера послѣ предварительной мѣстной анестезіи кокаиномъ.

Удаленная опухоль имѣла въ длину 1½ д., и въ толщину 1 д., ширина основанія ея равнялась ½ д. Кровоточила опухоль во время операциі весьма мало. Прикрѣплялось новообразованіе къ сошнику и къ тѣлу клиновидной кости.

Микроскопически-типическая фиброма въ большей своей части съ небольшимъ количествомъ сосудовъ на пути къ облитерации, въ меньшей части фиброма содержала многочисленные волокнистые спусы, между которыми залегали волокна соединительной ткани.

Послѣдовательное леченіе состояло въ примѣненіи гальванокаутера для уничтоженія отростковъ опухоли.

Спустя некоторое время послѣ операциі пациентъ легко дышалъ обѣими ноздрями и казался здоровымъ и крѣпкимъ.

При риноскопическомъ изслѣдованіи мѣсто прикрѣпленія опухоли можно было отличить.

55. Jordan.

(Münch. Med. Wochenschr. 1898 г. № 21).

C. C., помѣщикъ, 17 л., поступилъ въ клинику 25 Ноя 1897 г., вызванъ 30/VI 97 г.

Четыре года уже страдаетъ затрудненіемъ дыханія черезъ носъ. Большому для удаленія опухоли изъ носоглоточнаго пространства было уже произведено двѣ операциі, но безъ продолжительнаго успѣха. Раньше пользовался хорошимъ здоровьемъ.

Лѣвая сторона носа сильно обезображена гляндою опухолью, выполняющею лѣвую половину носовой полости, достигающею до

среднего отверстия. Оцупыванием определена въ верхнемъ отдѣлѣ глотки многодольчатая опухоль, выполняющая всю полость, при чемъ доступъ къ хоанамъ былъ свободенъ. При изслѣдованіи въ другой разъ поже оказалась *angio-fibroma*. 26-ти. была сдѣлана попытка при помощи предварительной временной резекціи лѣвой половины носа удалить опухоль. Эта предварительная операція сопровождалась довольно значительнымъ кровотеченіемъ; когда же стали удалять полнѣе щипцами, то хлынули такіе потоки крови, что операція была приостановлена и произведена тампонада. Въ тотъ-же день послѣ обѣда наступило сильное кровотеченіе, такъ что пришлось прибѣгнуть къ тампонадѣ марлей феррирингъ; послѣ этого развились такая сильная анемія, что пришлось употребить клизмы. Ко 2-му Юля больной оправился и можно было вновь приступить къ удаленію опухоли; для чего въ положеніи Rose было расширено мягкое небо во всю длину и опухоль, начинающаяся широкимъ основаніемъ отъ свода глотки, была удалена черезъ ротъ щипцами. Кровотеченіе остановлено передней и задней тампонадой; разрывъ мягкаго неба оставленъ незашитымъ. 14 Юля при изслѣдованіи оказалось, что носоглоточное пространство опять выполнено опухолью. 18 Юля вдругъ безъ всякаго вишняго повода сильное кровотеченіе, при чемъ анемія была настолько значительна, что пульсъ исчезъ и при новой потерѣ крови можно было ожидать летальнаго исхода. Въ виду сказаннаго была сдѣлана еще одна попытка удалить остатки опухоли.

Временная предварительная операція въ этомъ случаѣ состояла изъ резекціи передней стѣнки верхней челюсти и скуловой дуги и резекціи носа по *Vigns'у*, при этомъ носъ и шея были отворочены въ противоположную сторону (см. леченіе). Самое отдаленіе опухоли произведено въ положеніи по *Rose* пожинцами и раснаторомъ; прижиганіе *Raqelin'омъ* и тампонада.

30 августа выписанъ здоровымъ.

Спустя 8 мѣсяцевъ больной былъ совершенно здоровъ.

56. Jordan — (Тамъ же).

I. F., слуга, 18-л., поступилъ 15 февраля 1898 г., выписанъ 15 апрѣля 1898 г. Волъвъ начался годъ два или три тому назадъ затрудненіемъ дыханія, постепенно усиливающимся. Кровотеченій не было.

При изслѣдованіи оказалось, что носоглоточное пространство выполнено опухолью величиною съ яблоко. Такъ какъ никакихъ другихъ явленій не было, то больной былъ препровожденъ въ амбулаторію горловаго отдѣленія, гдѣ опухоль ему была удалена насколько возможно гальванокаустической петлей. Оставшуюся часть дечили электролизомъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной опухоли оказалось, что это была фиброма, богатая клетками, мѣстами миксоматозно перерождена. Не смотря на электро-

лизъ, съ половины марта опухоль стала сильно расти и лѣвая ноздря сдѣлалась недоступной для прохожденія воздуха.

Для удаленія опухоли была произведена временная резекціи носа и верхней челюсти однимъ кускомъ, который отвороченъ вправо (см. леченіе). Послѣ удаленія каутеризація и тампонада съ выведеніемъ полоски марли черезъ лѣвую ноздрю. Резецированный кусокъ уложенъ на мѣсто и укрѣпленъ швами. Кровотеченіе небольшое.

Послѣоперационное теченіе нормально; швы удалены на 4-й день, тампонъ на 5-й. Рубцы получились линейные, мало замѣтные; носъ проходимъ съ обѣихъ сторонъ.

57. Iscb-Wall.

(*Revue hebdomadere de Laryngologie, d'otologie etc.* 1898 г.)

Мальчикъ 13 л. У большого рещиды носоглоточнаго полна и мягкое небо расширено.

Опухоль выполнять все носоглоточное пространство, обѣ половины носовой полости, правую Гайморову полость, полость гайморины и височную область той же стороны. Начинается опухоль отъ нижней поверхности тѣла затылочной кости и отчасти отъ *processus pterygoideus* клиновидной.

Операція подъ хлороформнымъ наркозомъ въ положеніи *Rose*. Раснаторомъ отдѣлена опухоль въ мѣстѣ своего прикрѣпленія, глоточная часть захвачена щипцами въ то время какъ носовой отростокъ отдѣленъ отъ главной массы пальцами. Височная часть новообразованія удалена послѣ предварительнаго разрыва кожныхъ покрововъ и резекціи скуловой дуги. Кровотеченіе останавливалось давленіемъ послѣ каждого акта операціи.

Послѣоперационное теченіе нормально; наступило быстрое выздоровленіе.

58. Kjewski u Wröblewski.

(*Archiv für Laryngolog. und Rhinolog. von Fränkel* 1894 г., книга 2-я, часть 1-я, S. 78—105).

Еб., столѣть, 20 л., поступилъ въ хирургическую клинику госпитали св. Духа 20 августа 1888 г. Съ дѣтства страдалъ катаромъ носа и значительными кровотечениями. Давно уже замѣтилъ затрудненное дыханіе черезъ носъ; годъ тому назадъ замѣтилъ у себя въ глоткѣ довольно подвижную опухоль. Чрезвычайное затрудненіе дыханія во время сна, затрудненное глотаніе, кровотеченія и измѣненіе голоса заставили больного обратиться къ мѣстнымъ врачамъ, которые, на основаніи жалобъ больного, удалили часть опухоли. Послѣ этого увеличеніе; однако черезъ 1/2 года всѣ явленія повягнувъ возвратились, вслѣдствіе чего больной пришелъ къ намъ въ клинику.

Черезъ полость рта видна опухоль значительной величины, спускающаяся изъ носоглоточнаго пространства и доходящая до

корня языка. Опухоль исходит от основания черепа и переходит в правый носовой канал (polypus fibrosus naso-pharyngealis). 21/чч товарищ Bukowski под хлороформом удалил всю опухоль без предварительной операции, только при помощи пинцетов, щипцов и ложечки через нозь и, главным образом, со стороны полости рта. Операция при запрокинутой голове, довольно значительное кровотечение; после удаления полна носоглоточное пространство затампонировано йодоформной марлей.

Постоперационное течение удовлетворительно; через несколько дней тампон удален. Больной пытался исследовать пальцем место опухоли и вызвал этим кровотечение, так что пришлось опять затампонировать носоглоточную полость. Кровотечения повторялись еще 3 раза, благодаря любопытству больного, вводившего в нозь палочки, чтобы удостовериться в отсутствии опухоли и этим вызывая кровотечение.

11 сентября выписался здоровым.

59. (D-r Wróblewski). Антон К., есаер из Варшавы, 30 л., страдает полипами уже 10 лет; подвергался операции уже 4 раза. В настоящее время оба носовые хода заполнены слизистыми полипами, видимыми даже без зеркала. В носоглоточном пространстве довольно твердая, малоподвижная, величиною съ яблоко, опухоль; основание ее широко; исходит из свода глотки и сростась с задней частью носовой перегородки.

В октябре 1888 г. обратился ко мне. После предварительного удаления полости носа при помощи холодной и гальванокаустической петли, было приступлено к удалению опухоли носоглоточного пространства без наркоза. Наложение проволоочной петли со стороны носа, вследствие значительной ширины основания опухоли было очень затруднительно, наконец, когда это и удалось, то проволока трижды рвалась при натягивании петли. Тогда рывком было вырвать опухоль по частям. При помощи кривых щипцов удалось совершенно удалить опухоль через нозь в 3 сеанса, с промежутками между каждым по неделям. Каждый раз при операции обильное кровотечение. Часть новообразования, сростаясь с перегородкой, была удалена вместе съ отломком, сошника. Остатки опухоли на основании черепа были выскоблены при помощи острого ложечек.

Микроскопическое исследование новообразования показало, что это fibroma.

Рецидива до сих пор, т. е. в течение 5 лет, не было. Больной от времени до времени показывается.

60. (D-r Wróblewski). P., пастырь из Литвы, 65 л. Издавна жалуется на насморк; 10 лет уже не может дышать носом. Обращался изредка к врачам; найдены полипы носа и для удаления их был предпринят ряд операций; после этих операций однако больной никогда не дышал свободно носом. При осмотре, кроме носовых полипов, была найдена и фиброзная

опухоль в носоглоточном пространстве, величиною съ большой грецкой орех. Опухоль исходила от свода глотки слева от средней линии и попадала в левый носовой ход. После неудачных попыток наложения металлической петли, опухоль была удалена без наркоза помощью введенных со стороны носа щипцов. Остаток ножки выскоблен; значительное кровотечение; тампонация носоглоточного пространства йодоформной марлей. Через несколько дней тампон удален; общее состояние удовлетворительно; через 10 дней больной уехал из Варшавы.

Микроскопическое исследование опухоли показало — fibroma.

61. X., колонист из окрестности Варшавы, больше 8 лет затрудненное дыхание носом; при исследовании в левом носовом ходе — полип, в носоглоточном пространстве довольно твердая, закрывающая левую хоану, опухоль. В феврале сего года в хирургической клинике щипцами, введенными через нозь, была удалена опухоль, величиною съ малое яйцо; полип в левом носовом ходе представлял часть опухоли носоглоточного пространства.

62. D., студент Варшавского университета, 24 л., 3 года жалуется на сильный насморк; постепенно появилось затруднение дыхания носом. В настоящее время правый носовой ход совершенно заложен, через левый воздух незначительно проходит; дышать громко, жалуется на головные боли, боли съ правой стороны носа, над глазами и во лбу.

При исследовании через рот прощупывается довольно твердая опухоль, исходящая от основания черепа и закрывающая хоану; опухоль входит также в правый носовой ход.

В конце 1891 г. поступил в одну из варшавских больниц. После нескольких попыток удаления опухоли per vias naturales, предложена больному предварительная операция, на которую он не согласился.

22/x 1891 г. совместно съ доктором Wróblewski'м опухоль была совершенно удалена: без наркоза наложена на ножку металлическая петля, опухоль отведена щипком вместе съ основанием, место ее исхода тщательно выскоблено.

Удален твердый фиброзный полип величиною съ большой грецкой орех. Больной находился под наблюдением некоторое время; рецидива в течение года не было.

63. (D-r Wróblewski). C., 18 л., гимназист из провинции. Уже несколько лет жалуется на невозможность дышать носом. При исследовании найдено: слизистая оболочка раковины гипертрофирована. В полости рта отсутствие чужаев, дефект мягкого неба в виде ямки. В носоглоточной полости фиброзный полип, исходящий от основания черепа, величиной съ небольшое куриное яйцо съ несобственно широкой ножкой. Году тому назад удалена часть опухоли, после чего остался дефект мягкого неба. Без

наркоза наложена на кожу толстая проволочная петля; опухоль удалена пѣбликомъ, мѣсто ея исхода выскоблено острыми ложечками Hartmann'a и Gottstein'a. Не особенно сильное кровотечение. Носоглоточное пространство затампонировано йодоформной марлей. Черезъ нѣсколько дней тампонъ удаленъ. На 10-й день послѣ операціи больной уѣхалъ изъ Варшавы.

Уже три года пациентъ совершенно здоровъ.

64. Т., 12 л., ученикъ варшавской гимназіи. Уже давно страдалъ носовыми полипами, удаляемыми уже нѣсколько разъ при помощи щипцовъ, несмотря на это, носовое дыханіе никогда не было свободно. При изслѣдованіи найдены въ носоглоточной полости полипы величиною съ большую сливу, довольно твердый, исходящій отъ верхней части лѣвой хоаны.

На кожу полпа наложена холодная металлическая петля и опухоль удалена пѣбликомъ; кровотеченія во время операціи не было; носоглоточная полость не тампонирована. Черезъ нѣсколько недѣль носоглоточная полость тщательно изслѣдована пальцемъ и зеркаломъ. На мѣстѣ основанія полпа незначительная твердая припухлость, немедленно уничтоженная гальванокаутеромъ.

Пациентъ подвергался еще нѣсколько разъ въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ изслѣдованію, однако не было замѣчено въ носоглоточной полости никакого подозрительнаго мѣста.

65. (д-ра Wróblewsk'аго). Г., 13 лѣтъ, дочь колониста изъ окрестностей Варшавы, жалуется уже нѣсколько лѣтъ на невозможность дышать носомъ. Въ глубинѣ лѣваго носоваго хода вверху — большой полипъ; мягкое небо шарообразно выпячено впередъ; при поднятіи его видна часть слизисто-фибрознаго полпа, выполняющаго почти всю носоглоточную полость. При изслѣдованіи пальцемъ можно убѣдиться, что опухоль срощена особенно широкой поверхностью съ основаніемъ черепа и краемъ лѣвой хоаны. Была наложена холодная металлическая петля и сильнымъ влеченіемъ полипъ оторванъ отъ основанія. Въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ два рецидива.

При послѣдней операціи обращено вниманіе на полное удаленіе ножки и съ тѣхъ поръ нѣтъ рецидива.

66. (собственное д-ра Wróblewsk'аго). Женщина 34 лѣтъ давно чувствуетъ затрудненіе носоваго дыханія. Со слезами полости рта видна въ глоткѣ справа отъ uvula свѣсивающаяся часть новообразованія; при изслѣдованіи пальцемъ находимъ въ носоглоточной полости полипъ величиною съ большую сливу на ножкѣ исходящій отъ верхняго края стѣнки правой хоаны.

Наложена холодная металлическая петля и опухоль оторвана у основанія.

67. (Собственное д-ра Wróblewsk'аго). В. 25 л., обратилась ко мнѣ 4 IX, 1888 г. съ жалобами на затрудненіе носоваго дыханія. Лѣвая ноздря нѣсколько лѣтъ постоянно заложена. Носовыя раковины гипертрофированы, нѣсколько отечны. Въ лѣвомъ носовомъ

ходѣ изъ средней раковины исходитъ слизистый полипъ величиною съ лѣсню орѣхъ. Въ носоглоточномъ пространствѣ найдены полипы, довольно значительной величины, закрывающій всю лѣвую хоану и свѣсивающіеся за мягкое небо.— 7. IX. 1888 г. черезъ лѣвый нижній носовой ходъ проведена платиновая петля, соединенная съ гальванокаустическимъ приборомъ; петля надвинута на полипъ до основанія; сдвѣтка затягивая петлю, была пущена электрической токъ. Полипъ, отожженный у самаго основанія, упалъ въ глотку и былъ выплюнутъ больною.

Длина полпа 3, 5 ст., ширина 2 ст. Остатокъ ножки совершенно удаленъ.

69. Шмуль К., 13 л., сынъ садовника изъ Мниска, въ 1888 г. сталъ жаловаться на затрудненіе дышать носомъ; почти одновременно наступили значительныя кровотеченія черезъ носъ и ротъ. Въ первый разъ опухоль была удалена при помощи предварительной операціи въ области носа и предварительной трахеотоміи. Черезъ 3 мѣсяца рецидивъ, опять кровотеченія и затрудненіе дыханія черезъ носъ. Въ маѣ 1889 г. произведена вторая операція — опять трахеотомія; разрушено мягкое небо и удалена часть твердаго неба. Послѣ операціи осталось соединеніе между глоткѣ и носомъ; мягкое небо раздвоено, дефектъ твердаго неба. Въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ чувствовалъ себя хорошо, однако опухоль понемногу стала отращать и къ концу года рецидивъ со всеми явленіями. Большой тогда поступилъ въ хирургическую клинику въ больницѣ Св. Духа въ 1—1890 г.

Вѣдмый, истощенный больною не можетъ дышать носомъ. Во рту, черезъ дефектъ неба, видна опухоль совершенно выполняющая носоглоточное пространство и проникающая въ полость носа; опухоль фиброзная, твердая, довольно подвижна.

9. III. 1890 г. проф. Kosinski удалилъ новообразование холодной металлической петлей и большой выписался. Спустя годъ явился съ рецидивомъ; опухоль значительныхъ размѣровъ, истощающія кровотеченія изъ носа и рта, чрезвычайно затрудненное дыханіе и глотаніе. Для облегченія дыханія передъ радикальной операціей ножницами удалена часть опухоли, — значительное кровотеченіе; тампонажа.

Во время пребыванія больнаго въ клиникѣ пополнилась опухоль въ полостяхъ носа, глотки и правой височной ямкѣ; правосторонній exophthalmus, съдвигательно, предъ нами была заключенная опухоль Langenbeck'a, Большой чрезвычайно истощенъ.

Въ маѣ 1891 г. Kosinski сдѣлалъ остеопластическую резекцію правой верхней челюсти разрывомъ черезъ лицо, измѣненнымъ Weber'омъ. Опухоль удалена совершенно. Во время операціи сильное кровотеченіе.

Эта кропотливая терапия не принесла никакой пользы, такъ какъ большой некрозъ умеръ отъ значительной потери крови.

70. Д. чиновник из Варшавы, 46 летъ, обратился 7. IX. 1891 г., жалуясь на невозможность дышать носомъ.—У больного бывалъ часто насморкъ, чрезвычайно упорный, но лишь за полъ года появилось постоянное препятствие для дыханія носомъ; постоянно усиливался, препятствие довело больного до полной непроходимости носовыхъ ходовъ.

Въ VI. 1890 г. удалена часть полипа изъ лѣваго носоваго хода безъ всякаго улучшения.

При изслѣдованіи: оба носовые хода не пропускаютъ воздуха. Въ правомъ носовомъ ходѣ, слизистая оболочка красна и нѣсколько набухла, однако ходы довольно широки; въ лѣвомъ значительно суженомъ, видно въ глубинѣ нѣсколько, повидимому, мелкихъ обыкновенныхъ слизистыхъ полиповъ, совершенно выполняющихъ просвѣтъ каналовъ. При *rhinoskopia posterior* видна разлитая, плоская, гроздевидная, состоящая изъ нѣсколькихъ мелкихъ полиповъ, опухоль. Опухоль закрываетъ оба хода, лежитъ большей частью съ лѣвой стороны, гдѣ она и переходитъ на сводъ глотки. Безъ наркоза главная масса удалена щипцами, осталая часть соотвѣственными острыми ложками. Опухоль проникаетъ въ кость, которая по мѣрѣ возможности была высоблена; проходимость носа совершенно восстановлена. Заживленіе черезъ 18 дней безъ осложнений.

Удаленная опухоль мягка, легко рвется, состоитъ изъ мелкихъ, величиною съ чечевичку, горшочку и даже бобъ зеренъ; отдѣльныя зернышки розовыя, просвѣчиваютъ. Микроскопическое изслѣдованіе показало—*adenoma destruens*.

Больной чувствовалъ себя хорошо до конца X. 91 г., въ XI наступило затрудненіе дыханія, особенно черезъ лѣвый носовой ходъ.

Вторичное удаленіе части новообразованія щипцами подъ контролемъ зеркала не принесло пользы—рецидивъ на значительномъ пространствѣ. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ больной поступилъ въ больницу. Произведена временная резекція носа по *Chassaignac-Brungu*; кость выдѣлена долотомъ. Операция не принесла желаннаго результата; вскорѣ наступила кахексія и смерть.

71. Марианна С., 42 л., жена землемѣльщика; поступила въ хирургическую клинику въ больницу Св. Духа въ II. 1888 г.

Годъ тому назадъ замѣтила затрудненіе носоваго дыханія; причиной этого были полипы, выполняющие весь лѣвый носовой ходъ; полипы были удалены. Черезъ 2 мѣсяца постепенно появлялось затрудненіе дыханія носомъ и вскорѣ больная совершенно перестала дышать носомъ; кромѣ того иногда стали проявляться значительныя носовыя кровотечения.

Въ VI. 1887 г. вторичное удаленіе носовыхъ полиповъ; кратковременное улучшение. Кромѣ невозможности носоваго дыханія и кровотеченій, появились боли въ области основанія носа и верхней челюсти, обильное злоновое выдѣленіе изъ носа. Утолщенный, припух-

лый носъ, припухлость въ области слезныхъ каналовъ. Черезъ носъ видна опухоль, выполняющая носовые ходы, носовая перегородка перфорирована на $\frac{1}{2}$ ст. отъ наружнаго края. Мягкое небо выпячено, носоглоточная полость совершенно выполнена, довольно мягкимъ, легко кровоточащимъ новообразованіемъ. Головные боли, тугоухость слуха. Питание нарушено. Диагнозъ—*Sarcoma rharyngonasale*, переходящая въ носовую полость.

1. III. 1888 г. подъ хлороформомъ проф. Kosinski оперировать. Послѣ того какъ былъ открытъ носъ продольнымъ разрывомъ по средней линіи обнаружено, что новообразование разрушило носовыя кости, раковины, наружную стѣнку лѣваго носоваго хода и перешло въ *antrum Highmorei*. Опухоль удалена помощію ножницъ, ложки и щипцовъ,—частичная резекція носовой кости.

Послѣоперационное теченіе несомненно благоприятно: обильное злоновое раневое отдѣленіе, лихорадка, поносъ, боли въ затылкѣ, значительная общая слабость. Черезъ 3 недѣли послѣ операции по желанію родныхъ больная выписана въ значительной степени истощенія.

72. X. мальчикъ, 18 л., изъ Замостья. Жалуется уже годъ на болѣзненность въ глоткѣ, особенно при глотаніи, на невозможность носоваго дыханія, невнятный голосъ и тугоухость слуха.

Въ полости носа, кромѣ хроническаго катарра, нѣтъ измѣненій. Правая миндалина и дужка утолщены, красны, чувла раздвоена. По отклоненіи мягкаго неба видно, что вслѣ носоглоточной полостей выполнена довольно мягкой, кровоточивой опухолью. Палецъ съ трудомъ проникаетъ между новообразованіемъ и мягкимъ небомъ. Весь сводъ и задняя стѣнка полости занята новообразованіемъ.

Нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ часть опухоли была удалена; улучшение незначительное, носовое дыханіе чрезвычайно затруднено. Больной поступилъ въ больницу Св. Духа въ VI. 1890 г.; диагностирована *Sarcoma*. Операция безъ наркоза, главная масса опухоли удалена помощію холодной металлической петли, осталая часть удалена щипцами. *Löwenberg's* а и тщательно высоблена ложкой. Во время операціи значительное кровотеченіе. Послѣоперационное теченіе удовлетворительное, безлихорадочное, отдѣленіе не велико, прекрасное носовое дыханіе, слухъ исправился. Черезъ нѣсколько недѣль больной оставилъ клинику, будучи весьма доволенъ состояніемъ здоровья.

73. Антоъ З., 22 лѣтъ, учитель. Семь мѣсяцевъ тому назадъ сталъ чувствовать препятствіе при глотаніи; спустя некоторое время наступило затрудненіе носоваго дыханія, одновременно тугоухость слуха, особенно съ правой стороны. Въ дѣтствѣ перенесъ оспу, съ 14 лѣтняго возраста—лимфаденитъ шейныхъ железъ, 17 лѣтъ абсцессъ надъ ключицей слѣва, уже 2 года головкруженіи, иногда обмороки. Постоянный насморкъ, сейчасъ кашель съ зло-

войной, съ примѣью крови, мокроты. Въ послѣднее время отсутствіе аппетита, неправильность стула, общія слабость.

Въ носоглоточномъ пространствѣ опухоль, раздѣленная на части бороздками, широко занимающая верхнюю, заднюю и боковыя стѣнки; мѣстами опухоль поверхность язвѣлана.

Поступилъ въ хирургическую клинику въ V. 1890 г.; діагнозъ *Sarcoma*.

Часть опухоли торчащая съ лѣвой стороны удалена черезъ ротъ холодною металлическою петлей, вторую часть опухоли удаленъ черезъ носъ помощью щипцовъ. Улучшеніе дыханія и глотанія. Не соглашаясь на радикальную операцію, больной выпитъ. Однако черезъ нѣсколько недѣль возвратился въ госпиталь худѣющимъ состояніемъ: опухоль отросла и расширилась, дыханіе и глотаніе сильно затруднены, упадокъ питанія.

Новообразование удалено безъ наркоза щипцами *Löwenberg'a* и острой ложечкой. Обильное кровотеченіе. Больной остался въ больницѣ. Черезъ 2 мѣсяца рецидивъ; вторичная операція.

Постепенный упадокъ силъ, значительное истощеніе, смерть.

74. Labbé.

(Thèse de Moubougran 1895 г. 53).

Baroche Victoire, 15 лѣтъ. Поступила въ сентябрѣ 1872 г.

Никакихъ заболѣваній въ семьѣ не было. Больная еще не имѣла менструацій. Заболѣваніе началось 1½ г. тому назадъ обильнымъ серознымъ истеченіемъ изъ правой ноздри; вскорѣ голосъ принялъ носовую окраску и воздухъ съ трудомъ проходилъ черезъ ноздри; спустя нѣсколько мѣсяцевъ чувство стѣсненія распространилось на горло.

Слабого сложенія, блѣдна и анемична. Лицо неизмѣнено, нѣтъ укрупненій отъ нормы со стороны костей и хрящей носа; Гайморова пещера кажется непораженной.

Черезъ правую ноздрю виденъ довольно толстый отростокъ; носовая перегородка отклонена немного вправо. Мягкое небо сильно напряжено и отклонено впередъ.

Выходящая вверху носоглоточное пространство и спускающаяся въ средней отдѣлъ глотки позади языка, опухоль достигаетъ почти корня языка. Выступающая часть опухоли синеваато-краснаго цвѣта, выпукла. Новообразование подвижно, его можно обойти справа и слѣва оно такіе свободно сзади и не имѣетъ сращеній съ задней стѣною глотки. Мѣсто прироста находится впереди въ области хоаны. Консистенція опухоли довольно мягкая. Дыханіе затруднено, стертосно. Ясно замѣтна дисфагія. Слухъ нормальный.

Опухоль удалена при помощи предварительной операціи расщепленія мягкаго неба гальванокаутеромъ. Отдѣленіе полости произведено гальванокаутетической петлей.

Удаленная опухоль величюю съ куриное яйцо, неправильно-овальной формѣ, вдавлена, консистенція нижнихъ отдѣловъ до-

войной твердая и боѣе мягка по соѣдству съ ножкой. Отростокъ, находившійся въ правой ноздрѣ, былъ сначала пальцемъ, введеннымъ черезъ ноздрю, подвинутъ кзади и удаленъ щипцами проведенными въ глотку.

Въ 1874 г. рецидива не было.

Микроскопическое изслѣдованіе произведенное *Suene* о'мъ обнаружило фибро-миксому.

75. Lafont.

(Gazette hebdomad. 1875 г. p. 37).

Etcheperre Pierre, земледѣлецъ, 24 л. Поступилъ въ больницу для леченія опухоли лѣвой стороны лица.

Говорить, что уже года 3—4 чувствуетъ затрудненное дыханіе черезъ лѣвую ноздрю, при этомъ бываютъ обильныя кровотоčenja. Лѣвая половина лица мало-по-малу увеличилась и хотя въ настоящее время опухоль боѣе не увеличивается, но носовыя кровотоčenja его настолько беспокоятъ, что онъ рѣшилъ обратиться къ хирургической помощи.

Пациентъ отъ природы здоровый человекъ. Лѣвая половина лица увеличена въ объемъ; выпячиваніе лѣваго глаза. Нижнее вѣко, область слезно-носового мѣшка покрасѣвши. Въ лѣвой ноздрѣ замѣчается круглая, красноватая, совершенно неподвижная опухоль. Носовая перегородка отклонена вправо. Воздухъ черезъ лѣвую ноздрю не проходитъ. Мягкое небо, особенно слѣва отклонено впередъ. Пальцемъ введеннымъ въ носоглоточное пространство можно ощупать опухоль, занимающую лѣвую половину полости.

Больной былъ отущенъ безъ операціи. Въ томъ же году явился показаться выздоровѣвшимъ.

76. Lannelongue.

(Gaz. des hôp. 1873 г. p. 827).

Marque Loudovic, 17 л. Три года тому назадъ сталъ замѣчать присутствіе ишороднаго тѣла въ лѣвой ноздрѣ, а годъ спустя начала измѣняться лѣвая щека. Новообразование давало періодическія кровотоčenja, при этомъ каждый разъ большой терпѣ до 1 стакана крови.

При осмотрѣ найдено: надъ скуловой дугой замѣтна опухоль. Лѣвая щека значительно припухла. Альвеолярный отростокъ, особенно съ лѣвой стороны, отклоненъ впередъ и внизъ, такъ что челюсти не могутъ сомкнуться. Мягкое небо отклонено впередъ съ лѣвой стороны боѣе чѣмъ съ правой. Пальцемъ позадъ мягкаго неба ощущается твердая, эластическая опухоль. Между опухолью и мягкимъ небомъ, а также между опухолью и передней частью шейныхъ позвонковъ можно пройти указательнымъ пальцемъ. Глоточная часть опухоли величюю въ малое яблоко. Правая ноздря свободна только отчасти, лѣвая заложена совершенно твердой, бѣловатаго цвѣта, опухолью. Большой блѣденъ, видимыя

81. *Letenieur.*

Gaz. des hôpit. 1859 г. 4 Января.

Leinord, новозивчикъ, 21 года. Поступилъ подъ наблюдение 15—IX. 1856 г., выписался 15—XII. 1856 г. совершенно здоровымъ.

Въ концѣ 1853 г. у больного появились головныя боли и обильный насморкъ. Въ Январѣ 1855 г. въ первый разъ случилось довольно сильное кровотеченіе, съ этого же почти времени воздухъ пересталъ проходить черезъ правую ноздрю, а спустя нѣкоторое время самъ больной опредѣлить присутствіе полости въ правой носовой полости. Врачъ, къ которому больной обратился, произвелъ *agachement*, при этомъ наблюдалось сильное кровотеченіе, остановленное съ помощью тампонады. Частыя кровотеченія вызвали общую слабость, блѣдность и отеки.

Правая ноздря заполнена, расширена и замѣнена, розоватаго цвѣта, на ощупь твердою и неподвижною опухолью. Правая щека болѣе, чѣмъ лѣвая, выпячиваніе праваго глаза ясно выражено и зрѣніе въ немъ замѣтно ослаблено, постоянное слезотеченіе и невралгическія боли во всѣхъ зубахъ правой стороны верхней челюсти. Носовая перегородка отклонена влѣво. Правая половина мягкаго неба отдалена внизъ. Введеннымъ пальцемъ можно опредѣлить, что полость всецѣло закрываетъ заднее отверстіе носовой полости. Опухоль неподвижна.

Попытка удалить опухоль, при помощи лигатуры и щипцовъ окончилась неудачей.

Опухоль удалена систематическимъ отдавливаніемъ щипцами, которыми накладывались на части опухоли на продолжительное время.

Полость началась въ области внутренней пластинки *processus pterygid*, и отчасти на *processus basilar*.

82. *Lincoln.*

(N. J. Med. Journal 1894 г.).

Больному 19 лѣтъ. Болѣзнь началась залеганіемъ носа съ лѣвой стороны, головными болями и болью въ глазу.

При осмотрѣ оказалось: лѣвая сторона лица поднята правой, лѣвый глазъ выпяченъ впередъ, въ заднемъ отдѣлѣ лѣвой половины носовой полости находится отростокъ опухоли, кровоточащій при малѣйшемъ прикосновеніи. Выдыханіе черезъ носъ невозможно, вдыханіе возможно, но съ трудомъ. Въ носоглоточномъ пространствѣ находится эластическая, блѣдно-пурпуроваго цвѣта опухоль, начинающаяся на лѣвой сторонѣ свода глотки, которая идетъ въ лѣвую хоану. Припуханіе шеи завѣситъ отъ присутствія отростка опухоли, выходящаго изъ подъ передняго отбѣла скуловой дуги, на ощупь отростокъ представляется подвижнымъ, эластичнымъ.

На этотъ разъ больной не пожелалъ подвергнуться операциі. Когда онъ черезъ 6 мѣсяцевъ вновь явился, то при осмотрѣ найдено: больной совершенно не можетъ дышать носомъ, изъ обильнаго ноздрей обильное слезоточивое истеченіе, щечный отростокъ значительно увеличился въ объемѣ. Глоточная часть опухоли выдавалась изъ за свободнаго края небной занавѣски, слизистая оболочка гипертрофия, кровоточитъ.

Отдѣленіе произведено гальваноакустической петлей.

Большой весоръ оправился, опухоль на шею уменьшилась.

Микроскопически-фиброма съ большимъ содержаніемъ сосудовъ.

83. *Linon.*

(Bull. et memoir de la Societe de Chirurg. de Paris 1851 г., p. 480 22 jun).

Р. Р., солдатъ. При осмотрѣ—дыханіе затруднено и совершается черезъ открытый ротъ, голось съ носовымъ оттыкомъ, миндалина громады. Послѣудаленія наступило только небольшое облегченіе.

Новое изслѣдованіе обнаруживаетъ присутствіе въ носоглоточной полости опухоли которая отклоняла языкъ и мягкое небо. При опущиваніи полнучается впечатленіе фиброзной гнани. Опухоль находится немного впереди отъ баиллярнаго отростка. Въ правомъ носовомъ проходѣ можно обнаружить присутствіе сѣровой опухоли, скрученной въ завитокъ и соединяющейся съ глоточной массой. Затрудненіе дыханія около 6 лѣтъ, никогда не было кровотеченія. Носовая часть захваченная щипцами легко отдѣлается экзареромъ, почти безъ кровотеченія.

Удаленіе произведено при помощи экзарера.

Полить выведенъ черезъ ротъ.

Опухоль имѣла 5½ стм. длины и 8½ стм. по окружности ниже мѣста прикрѣпленія носоваго отростка.

Ножа 12 мм. въ діаметрѣ. Вѣсъ 25 гgm.

Гистологически—полить слизистой оболочки носовыхъ полостей.

84. *Луиниъ.*

Труды общества дѣтскихъ врачей. Годъ 9 и 10.

С. С., мальчикъ, 6 л., явился въ амбулаторію въ февралѣ мѣсяцѣ 1894 г., болѣзнь началась 4 мѣсяца тому назадъ затрудненіемъ дыханія; во время сна мальчикъ сталъ сильно храпеть и задыхаться.

Хорошаго развитія, но слабого питанія, ротъ постоянно держитъ открытымъ, ибо не можетъ дышать черезъ носъ. Изъ носа выдѣляется зловонная слизистая жидкость съ примѣсью крови. Обѣ половины носовой полости совершенно закупорены мягкимъ новообразованіемъ. Подчелюстныхъ лимфатическихъ железъ, особенно справа увеличены, довольно тверды, но нечувствительны. Мягкое небо, преимущественно правая его половина, выдвигается впередъ и впередъ, при фонации неподвижно. Если хорошо отдавить внизъ

язык, то видно как из за мягкого неба выступает опухоль, отдавливающая его вперед. Опухоль темно-красная как будто покрыта слизистой оболочкой, на ощупь довольно плотной консистенции и слегка бугристая, состоит из нескольких больших долей, корень которых находится в своде носоглоточного пространства, выполнять его, отдавать отростки в полость носа. Все прочие органы нормальны.

Во время пребывания в больнице опухоль и подчелюстная железа постоянно увеличивались, при чем опухоль железы занимала всю правую сторону шеи, а вперед опухоль доходила до гортани. Къ концу мая появились выпячивания правого глаза, конъюнктивит, помутнение и изъязвление роговицы. Опухоль в зеве настолько увеличилась, что 18 мая появились приступы удушья, так что пришлось прибегнуть къ трахеотомии. Изъ носа и из рта все время выделялась кровянистая зловонная жидкость.

Удаление опухоли в первый раз произведено холодной петлей, послѣ чего восстановилось носовое дыхание. Черезъ мѣсяць однако появились рецидивы и опухоль выросла до прежнихъ размеровъ. На этотъ разъ, опухоль удалена щипцами, при чемъ вслѣдствіе кровотечения все удалить не удавалось.

23 июня 1894 г. больной умеръ, пробовавъ всего 8 мѣсяцевъ. Вскрытіе: опухоль происходила довольно широкимъ основаніемъ отъ свода носоглоточнаго пространства, она плотна, бугристая, бугроватого цвѣта, проросла въ sinus sphenoidalis и въ носовую полость, гдѣ приняла видъ слизистаго полипа, часть опухоли проросла въ глазницу и выдавила впередъ глазное яблоко. По бокамъ опухоль переходитъ въ подчелюстную и шейную железы, съ которыми совершенно спаялась. Метастазовъ нѣтъ.

Микроскопически — *fibro-myxosarcoma*.

85. Луишъ. — Тамъ же.

Л. Л., мальчикъ 3-хъ лѣтъ. Боленъ всего два мѣсяца, болянь началась сильнымъ насморкомъ.

Мальчикъ хорошаго развитія, посредственнаго питанія. Подчелюстная железа значительно увеличена, особенно съ лѣвой стороны. Изъ лѣвой ноздри выступаетъ опухоль величиною въ лѣвой орбитѣ, похожая на изъязвившійся полипъ. Правая половина носа спереди свободна, а сады выполнена. Не можетъ дышать черезъ носъ и держитъ ротъ открытымъ. Лѣвый глазъ выпяченъ и неподвиженъ, зрачекъ расширенъ и не реагируетъ на свѣтъ. Мягкое небо отдалено впередъ и внизъ и совершенно неподвижно, за нимъ видна опухоль. При ощупываніи вся носоглоточная полость выполнена опухолью, исходящею изъ свода этого пространства. Мальчикъ глотаетъ свободно, но дышитъ очень трудно, а ночью задыхается. Новообразование росло очень быстро дыханіе во время сна ухудшалось, появились приступы удушья — гораоскѣненіе. Глазъ выступаетъ все больше и больше, появился

гнибой конъюнктивитъ и кератитъ. Всеобщій бронхитъ, слабость и смерть въ исходѣ 3 мѣсяцевъ заболѣванія.

Вскрытіе: опухоль начинается широкимъ основаніемъ отъ основанія черепа, росла въ лѣвую глазницу и въ лѣвую лобную пазуху. Носоглоточная часть опухоли плотна, носовая часть имѣетъ видъ и консистенцію обыкновеннаго слизистаго полипа. Бронхитъ, бронхо-шеймоническія гнида сады и внизъ.

Микроскопически *fibro-myxosarcoma*.

86. *Maisonneuve, Clinique chirurgicale de Maisonneuve t. I. p. 588.*

(Цит. по Thèse de Samondés 1878 г.)

Bouloc Antoin, 20 л. Заболѣлъ два года тому назадъ, годъ же тому назадъ опухоль дала отростки въ лѣвую надбрю, fossa zygomatica, на щеку и въ fossa temporalis.

При осмотрѣ оказалось: лѣвая половина лица представляетъ громадное припуханіе, оно занимало щеку, fossa zygomatica и fossa temporalis. Одинъ изъ отростковъ заполнялъ носовую полость, отклоняя носовую перегородку въ правую сторону, которая также совершенно была непроходима.

Удаление опухоли произведено съ помощью резекціи верхней челюсти.

Полное выздоровленіе.

Удаленная опухоль состояла изъ двухъ частей соединенныхъ между собою перемычкой, содержащей сосуды. Одна изъ этихъ частей занимала носовую полость и ротъ, а другая щеку, fossa zygomatica и temporalis.

87. *Maisonneuve. Тамъ же.*

Joseph Wolphort, товари 25 л. Въ началѣ у большаго появилось въ глоткѣ ощущение присутствія инороднаго тѣла вслѣдствіе чего онъ долженъ былъ часто дѣлать глотательныя движенія, за тѣмъ голосъ измѣнился и наконецъ появилось затрудненіе дыханія, особенно черезъ правую надбрю. Все эти явленія развились у него въ продолженіе 2 л. Въ носоглоточномъ пространствѣ фиброзный полипъ, посылающій отростокъ въ правую надбрю, глотку и въ носовую область, гдѣ онъ образовалъ припуханіе.

Удаление опухоли произведено при помощи резекціи верхней челюсти по Flaubertъ съ послѣдующимъ отдѣленіемъ новообразованія вырѣзываніемъ и высребааніемъ.

Во время удаленія полипа была вскрыта art maxilaris interna которая и была перевязана.

Большой полипъ извѣчался; его видѣли спустя 10 лѣтъ здоровымъ.

88. *Marjolin.*

(Gaz. des hôpitaux 1861 г. № 61 p. 244).

F. Adel, девочка двух лет; была доставлена в больницу Sainte-Eugénie 11 апреля 1861 г.

Родители не могли указать времени заболевания.

При исследовании найдено: оба половинки носовой полости выполнены довольно плотной на ощупь опухолью, легко кровоточащей при попытках исследования.

Со стороны полости рта найдено выпячивание мягкого неба вперед; носоглоточное пространство выполнено опухолью, закрывающей совершенно хоаны.

Спусти 48 часовъ послѣ поступления в больницу девочка умерла.

Аутопсия показала, присутствие опухоли и много перемычекъ между опухолью и слизистой оболочкой окружающихъ частей. Опухоль начиналась отъ періоста основнаго отростка затылочной кости, отъ нижней поверхности тѣла клиновидной кости и отъ періоста, покрывающаго обѣ поверхности носовой перегородки.

89. *Michaux* проф.

(Gazette des hôpitaux 1864 г. № 64 p. 254).

Justin Michel, земледѣлецъ, 18 л. Болѣзнь началась 4 года тому назадъ, въ течение этого срока былъ сдѣано много попытокъ удаления опухоли.

При осмотрѣ опухоль носоглоточнаго пространства оказалась сросшеюся широкими перемычками съ окружающими частями; при этомъ она послѣдала отростки въ сосѣдней полости.

6 декабря 1860 г. для удаления опухоли была произведена частичная резекція верхней челюсти съ последующимъ вырѣзываніемъ новообразования, выскабливаніемъ и прижатіемъ мѣста исхода полпа. Черезъ 3½ мѣсяца рецидивъ. Вновь вырѣзываніе и прижатіе и, наконецъ, 20 мая 1862 года полная резекція верхней челюсти, вырѣзываніе опухоли, повторныя прижатія. Рецидива нѣтъ 7 мѣсяцевъ.

90. Ch. Foutier, 19 л. Страдаетъ носоглоточнымъ полипомъ, появившимся годъ тому назадъ. Новообразование это прирѣпчилось широкимъ основаніемъ и посылаетъ вѣтви въ сосѣдней полости.

9 августа 1860 года произведена резекція верхней челюсти и скуловой кости, а также разрывъ мягкаго неба, сама опухоль удалена при помощи вырѣзыванія съ последующимъ прижатіемъ мѣста исхода полпа. Рецидива нѣтъ 2½ года.

91. Антонъ Ger., 30 л. Страдаетъ объемнымъ носоглоточнымъ полипомъ, появившимся 5 лѣтъ тому назадъ. Помятъ этотъ срастень съ окружающими частями широкими перемычками и посылаетъ отъ себя много вѣтвей.

25 апреля 1861 г. для удаления опухоли произведена полная резекція верхней челюсти съ сохраненіемъ періоста передней

стѣнки maxillae superioris. Сама опухоль отдѣлена отчасти отрываніемъ, части вырѣзываніемъ съ последующимъ прижатіемъ мѣста исхода.

Послѣоперационное теченіе съ нагноеніемъ. Излеченіе. Рецидива нѣтъ 1 г. 8½ мѣсяцевъ. Восстановленіе кости наступило между носомъ и скуловой костью.

92. Vanthome, 15 л. Страдаетъ очень объемнымъ носоглоточнымъ полипомъ, появившимся 2 года тому назадъ.

Было произведено нѣсколько попытокъ удаленія опухоли при помощи лигатуры, расщепленія мягкаго неба съ последующимъ вырѣзываніемъ и прижатіемъ новообразования.

6 ноября 1862 г. резекція верхней челюсти и удаленіе опухоли при помощи отрыванія и вырѣыванія съ последующимъ прижатіемъ мѣста исхода. Рецидива въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ нѣтъ.

93. Михайловъ, Н. Русскій Хартурскій Архивъ 1895 г. Настасія О-ва, 24 л. крестьянка Вятской губерніи; поступила въ Уфимскую Земскую больницу 5 іюня 1894 г. Жаловалась на невозможность дышать черезъ ротъ и затрудненіе глотанія.

Полгода тому назадъ замѣтила, что ей что-то закладываетъ лѣвую ноздрю, потомъ появилась необходимость для воздуха обихватъ половину носа, стало расширять, по ея словамъ, переносе; во рту появилась какая то шишка, мѣшающая глотанію. Голосъ глухой и гнусный. Костная часть носа нѣсколько надута, очертаніе лица асимметрично. Сильно увеличена лѣвая половина; при закрытомъ ртѣ дышать совершенно не можеть; оба носовые хода непроходимы для воздуха. Въ лѣвой ноздрѣ видѣется какая то мясистая, покрытая слизью, изъязвленная опухоль плотно вколоченная въ ноздрю, тонкій зондъ съ трудомъ проходитъ между опухолью и стѣнками носа, но недалеко. Правая ноздря свободна, перегородка сильно отклонена вправо, такъ что весь правый носовой ходъ совершенно закрытъ. Мягкое небо сильно опущено, такъ что между нимъ и корнемъ языка едва видна узкая щель. Пациентъ введенный въ ротъ ощущаетъ за мягкимъ небомъ твердую опухоль величинаю въ яблоко, плотно вколоченную въ носоглоточное пространство; опухоль свѣшивается за мягкое небо, твердая какъ камень, неподвижна. Мягкое небо такъ плотно прилегаетъ къ опухоли, что на первый разъ кажется, что опухоль растетъ изъ него. При задней риноскопии видно, что опухоль гладкая, покрыта слизистой оболочкой съ расширенными мѣстами сосудовъ.

Опухоль удалена при помощи временной резекціи твердаго неба по Gussenbauerу и отдѣленія крыла носа. Большой хаороформированъ въ положеніи по Rose. Кровотеченіе во время операціи наблюдалось порядочное.

Полное выздоровленіе.

Опухоль начиналась, повидимому, отъ рѣшетчатой кости и оказалась фибромой съ прослойками костной ткани.

94. Михалкин.

Медицинское Обозрение 1899 г. Май, стр. 910—914

Въ январѣ 1898 г. въ Нижегородскую больницу поступилъ больной, кр. 30 л., жалующій на совершенную непроходимость воздуха черезъ носъ и удуше по ночамъ; заболѣваніе началось года три; первое время онъ ощущалъ затрудненіе дыханія только носомъ, впоследствии и ртомъ; съ годъ какъ подмѣтилъ опухоль въ носоглоточномъ пространствѣ, отчего дышать еще стало труднѣе, появилось препятствіе при глотаніи и начались носовыя кровотечения.

Больной сложенія средняго, питанія плохого, блѣденъ; за послѣднее время сталъ чувствовать себя въ общемъ слабѣе, рѣчь невнятная, въ носъ, слухъ хуже прежняго, ротъ держитъ постоянно открытымъ. Носъ представляется припухшимъ, особенно въ верхней части, ходы его заполнены сѣровато краснаго цвѣта мигкими, кровоточивыми опухолями, дыханіе черезъ носъ отсутствуетъ.

Полость рта занята круглой формы опухолью, твердою, гладкою, мясистою; опухоль почти вся прикрыта растянутымъ мягкимъ небомъ, только нижній край ея остался свободнымъ; величиною опухоль съ хорошия апельсинъ, гранича съ передніе малые коренные зубы, пальцемъ можно свободно обойти вокругъ нея и, заходя въ носоглоточное пространство, убѣдиться, что она идетъ къ основанію клиновидной кости, обѣ хоаны закупорены мясистою массой. Новообразование видѣть съ соседними тканями не спаяно, вѣду, за исключеніемъ упомянутого основанія, оно свободно, окружающія его ткани пострадали только отъ механическаго давленія, что особенно замѣтно на носовыхъ костяхъ; входъ въ зѣвъ весьма суженъ, отъ чего больной можетъ глотать только жидкую пищу; особенно мучаетъ его удуше по ночамъ, такъ что послѣднія ночи онъ совсѣмъ было задыхался. Больной поступилъ, настоятельно требуя операціи, ибо отъ инана продолжительнаго леченія прока не видѣлъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи куска опухоли, взятаго отъ больного, оказалось, что новообразование было доброкачественнаго характера—именно фиброма, богатая кѣлочными элементами и кровеносными сосудами (fibroma molle angiomatodes).

Леченіе элекролизомъ.

Больной пролежалъ въ больницѣ всего 73 дня, и выписанъ при хорошемъ общемъ состояніи здоровья; въ питаніи значительно поправился, свободно глоталъ, сталъ спокойнѣе спать, дыша ртомъ и носомъ. На задній стѣнѣ носоглоточнаго пространства образовалась твердая въ 1×1½ см. припухлость, имѣющая видъ рубца, сланцеста оболочка вокругъ этой припухлости оплотнѣла, была блѣснелатаго цвѣта, видимо дѣясь образовалась рубцовая ткань послѣдствіе продолжительнаго воспалительнаго раздраженія подъ

вліяніемъ элекролиза. Три мѣсяца спустя послѣ выписки больной сообщилъ, что его здоровье нѣсколько не ухудшилось.

95. Müljarth.

Thase de Monbouyran 1895 г.

Marguerite, H., 26 л., поступила 31 мая 1892 г. въ Бонскую хирургическую клинику. Больная уже три мѣсяца страдала нарушеніемъ пищеваренія и одышкой, которыя постепенно прогрессировали.

При своемъ поступленіи больная была худя, имѣла почти старческой видъ. Носъ былъ заложенъ и дыханіе происходило съ шумомъ при открытомъ рту, существовала легкая одышка. Мягкое небо было сильно отклонено впередъ. Глотка выполнена обильной изъязвленной опухолью. Ободокосторонній параличъ п. abducentis. Остальные черепные нервы нормальны.

Больная часть опухоли была экстирпирована щипцами. Опухоль мягка, микроскопически оказалась саркомой съ гигантскими кѣлками съ разбросанными костными участками. Послѣ операціи дыханіе сдѣлалось болѣе свободно. Больная глотаетъ, дышитъ и говоритъ легче. Въ общемъ ея состояніе улучшилось. Во время хлороформированія замѣтили еще одну изъязвленную опухоль, образующую припухлость въ носоглоточномъ пространствѣ. Она была скрыта за мягкимъ небомъ, но не отклоняла его впередъ. По соседству съ носомъ сводъ глотки былъ разрушенъ; яно замѣтно вдавленіе кости; изъ этого было заключено, что опухоль перфорировала кость и проникла въ полость черепа. Параличъ наружнаго двигателя глаза и патологическая походка подтверждали это предположеніе. Отъ новой операціи отказалась и была выписана.

96. Naab I. P.

Beitr. Z. Klinischen Chirurg. 22 Band. 3 Heft. 1898 г. s. 761 (aus der Heidelberger Chirurg. Klinik d. prof. Czerny).

Friedrich Fl., сапожникъ, 19 л., поступилъ 20 ноября 1881 г. Годъ тому назадъ замѣтилъ залеганіе правой носовой полости, при чемъ началъ часто страдать носовыми кровотечениями, продолжавшимися 3—4 дня. Три мѣсяца тому назадъ врачъ удалилъ изъ правой ноздри нѣсколько маленькихъ красноватыхъ на видъ опухолей. Послѣ этой операціи больной почувствовалъ себя совершенно здоровымъ и опять принялся за свою работу. Однако, мало-по-малу, у него вновь появилось залеганіе сначала правой ноздри, а потомъ и лѣвой; въ послѣднюю недѣлю опять кровотеченіе изъ носа.

Status. Субъектъ довольно упитанный; дышитъ большею частью открытымъ ртомъ; пронзновеніе имѣетъ ясно носовой отбѣнокъ. Въ правой половинѣ носовой полости замѣчается опухоль, вселю выполниющая полость; перегородка сильно отодвинута влево;

эта половина носовой полости совершенно не пропускает воздуха и знода, левая же легко пропускает зноды до глотки. Задняя риноскопия указывает на присутствие зноды правой хоаны сукровичного кричко сидящего налета, который покрывает собою новообразование.

Так как дыхание все сильнее затруднялось, то 29 ноября сдѣлана попытка удалить опухоль щипцами, что удалось только отчасти, так как опухоль, вѣроятно, широким основанием прикрѣпилась къ основанию черепа; при удаленіи получилось сильное кровотеченіе, которое, впрочемъ, вскоре послѣ тампонаціи остановилось.

Микроскопическое изслѣдованіе указало на фиброму, мѣстами богатую кѣлками, поэтому былъ поставленъ діагнозъ—носоглоточнаго фиброзаго полипа.

Всѣмъ разъ при перемятѣ тампона наблюдалось сильное кровотеченіе. Лихорадочное состояніе, которое при поступленіи въ клинику выражалось температурой 38,1 увеличилось и 2 декабря температура поднялась до 39,2. Основаніе опухоли покрылось гнойными массами. Такъ какъ повышеніе температуры продолжалось, то 14 декабря произведено радикальное удаленіе опухоли при помощи предвѣрительной временной частичной резекціи костей носа по Langenbeck'у, при этомъ хоаны тампонируются губками при посредствѣ трубки Беллоа; указательными пальцами отдѣляютъ сращения опухоли со стѣнками носовой полости, при этомъ наблюдается сильное кровотеченіе. Частью острыми и тупыми инструментами, частью ножницами отдѣляютъ опухоль при основаніи. Начинается опухоль широкимъ основанием на сошникѣ и основаніи черепа; при удаленіи получается profusное кровотеченіе; удаленіе производится по частямъ, кусками, при помощи щипцовъ. Въ концѣ-концовъ, удалены также части опухоли, находящіяся въ синуѣ клиновидной кости.

Въ теченіе слѣдующихъ послѣ операціи дней повышеніе температуры до 41. Рожистое воспаленіе на лбу и вокруг parotis. Exophthalmus и prosis съ двоемѣсяч арніей.

19 декабря. — Otitis med. sin., острый паренхиматозный нефритъ, потеря сознанія, недержаніе мочи, рвота, бредъ, пульсъ очень частый (130) и малый. Запрѣкidyваніе головы (спазмъ мышцъ затылка).

24 декабря.—Въ полдень смерть.

Вскрытіе—ретробульбарная флегмона справа, meningitis basilaris purulent, гнойное воспаленіе лѣваго среднего уха. Nephritis. 97. Фридрихъ К., жѣлѣзнодорожный рабочій, 19 лѣтъ, поступилъ 10 января 1888 г.

По словамъ его, оперированъ по поводу носоглоточнаго полипа еще съ 1884 г. и до весны 1887 г. чувствовалъ себя хорошо. Съ этого же времени у него вновь появилось затрудненіе при дыха-

ніи и уже осенью вдыханіе черезъ носъ совершенно прекратилось. Съ дѣтства лѣвосторонній амаврозъ.

Status praesens: Сильный и здоровый на видъ мужчина. На лѣвой щекѣ дугообразный линейный рубецъ; носъ ходообразно-издавленъ и расширенъ. Въ носовой полости видна большая опухоль, покрытая гнойнымъ распадаемъ; опухоль оцупывается пальцемъ и въ Pharynx. Новообразованіе это изъ лѣвой половины носовой полости проросло въ правую, перфорирова носовую перегородку. При задней риноскопии обнаруживается, что лѣвая хоана покрыта желеобразною на видъ опухолью.

Въ клиникѣ проф. Iugasz предвѣрительно была сдѣлана попытка удалить опухоль черезъ естественные пути, но пришлось отъ этого отказаться вследствие сильнаго кровотеченія.

Микроскопически-удаленные кусочки оказались фибромами.

30 января 1888 г. съ цѣлью радикальнаго удаленія опухоли была произведена временная резекціи верхней челюсти по Langenbeck'у.

Опухоль удалена по частямъ при помощи ножницъ и пинцета, при сильномъ кровотеченіи а. maxillaris intern.; прирѣзана опухоль къ тѣлу клиновидной кости. Послѣ удаленія произведена остановка кровотеченія при помощи тампонацій; полость глотки выполнена іодоформнымъ газомъ, резецированная часть челюсти установлена на мѣсто и укрѣплена швами.

Поправленіе наступило скоро. При выпискѣ изъ больницы 21 февраля 1888 г. дыханіе носомъ совершенно свободно. Рецидива нѣтъ по июль мѣсяца 1898 г. Иногда у него бываетъ сильный насморкъ.—Дыханіе носомъ безпрепятственно.

98. Вильгельмъ I., 13 л., сынъ поденнаго рабочаго. Поступилъ 18 февраля 1889 г.

Съ годъ хроническій насморкъ, два мѣсяца уже какъ наступило полное закупориваніе лѣвой половины носа. Въ послѣдніи недѣли показывалась кровь изъ лѣвой ноздри; 12 февраля было болѣе сильное кровотеченіе.

Status: Слабый, азмичный мальчикъ съ носовымъ прощаношеніемъ. Сильная принужденіе сплнкн носа въ лѣвой его части. Изъ лѣвой ноздри выступаетъ опухоль темно-коричневаго цвѣта, длиною въ 2½ стм. и толщиною въ ¾ стм., изъ правой ноздри дается гнойное истеченіе. Носовая перегородка отклонена вправо. Носоглоточное пространство заполнено всегда опухолью.

Въ клиникѣ проф. Iugasz была сдѣлана попытка удалить выдающуюся изъ ноздри часть опухоли при помощи гальваногустической петли, при этомъ получилось весьма сильное кровотеченіе.

Микроскопическое изслѣдованіе удаленной части опухоли показало, что имѣется дѣло съ телеангиентической формой фибромы.

На слѣдующій день опять показалась изъ ноздри масса опухоли, длиною въ 2 стм. Въ виду быстрого роста новообразованія

25 февраля 1889 г. было приступлено к радикальному удалению опухоли при помощи предварительной операции временной резекции верхней челюсти по способу Langenbeck'a; предварительно при этом носоглоточное пространство было затампировано при посредствѣ трубки Беллока. После отдѣления верхней челюсти оказалось, что опухоль совершенно выполняла fossa pyrugo-palatina и через for. Spheno-palat. распространялась въ носоглоточное пространство и въ носъ. При удалении умѣренное кровотечение.

Течение безлихорадочное.

12 марта больной выписанъ. До июля 1898 г. больной не обращался къ врачебной помощи—дыханіе носомъ свободно, кровотечения не было.

99. Юсифъ Е., крестьянскій мальчикъ 15 л., поступилъ 4 декабря 1890 г.

Приблизительно годъ тому назадъ появилось залеганіе правой половины носа, сопровождаемое незначительнымъ кровотечениемъ. Восемь мѣсяцевъ тому назадъ ему была удалена опухоль изъ носа въ восемь сеансовъ; однако, мало-по-малу прежнее состояніе опять явилось.

Status: Здоровый, хорошо развитой мальчикъ. Правая сторона носа болѣе припухла, чѣмъ лѣвая. Находящаяся въ правой половине носа опухоль замѣтно расширяетъ правую ноздрю и затрудняетъ черезъ нее дыханіе; носовая перегородка отклонена вправо. Носоглоточная полость съ правой стороны, а также отчасти и съ лѣвой заполнена полиповидной долчатой опухолью съ гладкой поверхностью; съ правой стороны опухоль идетъ позади верхней челюсти и замѣтна въ сагитт. бисекте подъ слизистой оболочкой щели въ видѣ слегка подвижной опухоли въ области премаляра. Зрѣніе нормально. Опухоль, вѣроятно фиброма, удалена профессоромъ Черни при помощи временной резекции правой верхней челюсти по способу Langenbeck'a. После отворота резецированной части верхней челюсти сперва была удалена височная часть опухоли, а затѣмъ и носовая изъ спуска клиновидной кости.

Височная часть опухоли долчатая величиною 5,0 : 3,5 : 1,5 см., носовая состоитъ изъ двухъ частей и имѣетъ на разрѣзѣ 7,0 : 2,5 см. Разрѣзъ имѣетъ грубо водоникое строеніе, красновато-бѣлаго цвѣта, опухоль пронизана большими венозными сосудами. Микроскопически опухоль—фиброма съ рѣдкими богатыми клеточными элементами—мѣстами, кѣтки отчасти глианново перерождены.

Послеоперационное теченіе безлихорадочное. 22 декабря 1890 г. выписанъ. Рецидива, а также затрудненія дыханія и кровотечения изъ носа не было.

100. Вильгельмъ А., золотыхъ дѣлъ мастеръ, 20 л., поступилъ 3 июля 1893 г.

Пять лѣтъ тому назадъ появилась припухлость въ области

мягкого неба, припухлость эта постепенно увеличивалась. Лечение гальванокаустикой имѣло проходящій успѣхъ.

Въ послѣднее время присоединилась сильная головная боль, затрудненіе при дыханіи и глотаніи. Большой давно уже каплетъ, при этомъ отдѣляется мокрота, кромѣ того жалуются на сердцебиеніе.

Status: худой, довольно малокровный субъектъ; дыханіе возможно только при открытомъ ртѣ и проходить съ шумомъ. Мягкое небо шарообразно выпячено впередъ, лежащее позади его опухолью, величиною въ малое яблоко. Съ правой стороны опухоль выступаетъ изъ за мягкого неба почти на 2 см.; uvula достигаетъ середины языка. Если язычекъ отклонить къверху, то позади его ясно замѣтна многодолчатая опухоль сѣробурого цвѣта, которая слѣва немного расщеплена, справа эрозирована; пальцемъ, проведеннымъ между опухолью и задней стѣнкой мягкого неба можно проникнуть почти до носовой полости. Лѣвая половина носа заполнена двумя стекловидного вида полипами, величиною нащадъ въ вышеуказанную костьку, послѣдніе и затрудняютъ дыханіе черезъ носъ. Носовая перегородка сильно отклонена вправо. Подчелюстные слюнные железы равно какъ и лимфатическія железы подъ нижней челюстью слегка увеличены, кромѣ того замѣчается пораженіе верхушекъ легкихъ, расширеніе сердца съ акцентуаціею на 2-мъ тонѣ, пульсъ 132.

Клиническій діагнозъ—носоглоточная фиброма съ подозрѣніемъ на саркоматозное перерожденіе. Въ виду этого проф. Черни 5 июля 1893 г. была произведена радикальная экстирпация опухоли.

Послѣ типическаго отдѣленія верхней челюсти, ее имѣетъ съ лѣвой стороной носа отвернути на право, послѣ чего опухоль сдѣлалась доступна. Опухоль многодолчатая и восполняетъ все носоглоточное пространство спереди до рѣшетчатой кости, сзади до основанія черепа. Новообразованіе удалено ножницами по частямъ, при этомъ получилось весьма сильное кровотеченіе, которое остановлено тампонами и каленымъ желѣзомъ.

Выбраство новообразованіе величиною съ кулакъ, фибрознаго съ сизистымъ перерожденіемъ характера, пронизаннаго многочисленными сосудами, микроскопически діагнозъ подтвержденъ. Рана зажила per primam.

17 июля 1893 г. больной выписанъ совершенно здоровымъ. Рецидива не было. Спустя 2 года послѣ операции умереть отъ туберкулеза легкихъ.

101. Германъ Н., булочникъ, 20 л. Поступилъ 21. III. 1894 г. Съ дѣтства больной жалуются на головокруженіе. Годъ тому назадъ появилось кровотеченіе съ аккупрированіемъ правой ноздри. Вскорѣ больной замѣтилъ въ правой половине носовой полости небольшую медленно растущую опухоль, которая много разъ была удалена частью ножницами, частью холодной петлей, однако всегда опять очень скоро появлялась. Носъ сильно припухалъ при легкой

попыткѣ извлечь опухоль, а правый глазъ начиналъ слезиться, почему и было предложено поступленіе въ клинику.

Status: Субъектъ средняго тѣлосложенія, температура субнормальная (37,8 вечеромъ). Вся носоглоточная полость занята мягкой опухолью. Одинъ отростокъ простирается далеко въ правую ноздрю и отклоняетъ septum въправо.

Клинической діагноза фиброзный носоглоточный полипъ, начинающийся вѣроятно отъ основанія черепа. Къ удаленію проф. Черня приступилъ 22 III. 1894 г. при помощи предварительной операціи по способу временной резекціи верхней челюсти по Langenbeck'у. Опухоль была отдѣлена отъ своего мѣста прироста на основаніи черепа при помощи кривыхъ ножницъ и in toto удалена. Основаніе опухоли прижжено.

Экстирпированная опухоль состояла изъ трехъ долей.

Микроскопически—сосудистая фиброма основанія черепа.

Послѣ излеченія небольшого абсцесса справа подъ вѣдомъ больной 17 апр. 1894 выписался. Н. замѣчаетъ свою должность до настоящаго времени безъ всякаго труда. Теперь правый глазъ больше слезитъ.

102. Христіанъ S., рабочій при доменной печи, 23 л. Поступилъ 14 янв. 1895 г.

Два года тому назадъ, вдругъ появилось кровотеченіе изъ правой ноздри, которое повторилось 4—5 разъ въ день то по каплямъ, то небольшою струей; однако послѣ инъекцій въдлинъ 4 см. струя прекратилась. Въ то же время появилось полное закупориваніе правой половины носа. Еще мѣсяца два до этого времени началось припуханіе носа, сопровождающееся сильными болями; при этомъ изъ носа истекла прозрачная жидкость. Такъ какъ адепій камень и термоматеріаль пользы не принесли, то больного направили въ клинику.

Status: Стройный, сильный мужчина, здоровый на видъ. Дыханіе правой ноздрей невозможно, правая половина носа утолщена, немного выдается впередъ, носогубная складка сглажена, мягкое небо отклонено впередъ опухолью величиною въ куриное яйцо; послѣдняя заполняетъ все носоглоточное пространство. Въ ротовой части глотки опухоли не видно. При помощи носоглоточнаго зеркала видна гладкая, красноватая видѣтъ не изъясленная опухоль, исходящая изъ правой стороны глотки. Одинъ отростокъ, на которомъ виденъ слѣдъ отъ прижиганія, виденъ вблизи передняго отверстія носа,—онъ отклоняетъ перегородку въправо. На основаніи быстрого роста опухоли за послѣднее время поставленъ діагнозъ ретромаксиллярная фибро-саркома.

19 янв. 1895 г. было произведено полное удаленіе опухоли. Носоглоточная полость была тампонирована при помощи жюда Беллона. Предварительная операція произведена по Брусу. При весьма обильномъ кровотеченіи, заставляющемъ отъ времени до времени сильно тампонировать операціонное поле, отдѣляють опу-

холь въ мѣстѣ происхожденія на основаніи черепа отчасти полипными щипцами, отчасти острымъ алеваторіемъ. Сильная и острая азімія и гингивитный зудъ. Послѣ вливанія солянаго раствора зудъ сдѣлался лучше. Плотный тампонъ изъ йодоформныхъ шариковъ. Удаленная опухоль оказалась сосудистой фибромой съ отдѣльными мѣстами богатыми клеточными образованиями.

Смерть 12 февр. въ 3½ ч. полудни.

При вскрытіи найдено: широкое опухольевидное образование достигающее lamina cribrosa, никакой перфорациі; у большаго азімія органовъ, увеличеніе селезенки, отекъ праваго легкаго.

103. Daniel F., сапожникъ, 17 л. Поступилъ 21чн 1896 г.

Въ январѣ 1895 г. гнойный катарръ праваго уха, въ апрѣлѣ 1895 г. нарывъ въ области праваго верхняго перваго маляра. Уже съ годъ начала неподволь залезать правая половина носа. 8 недѣль тому назадъ—наступило первое кровотеченіе. Области, находящаяся справа отъ носа, припухла, глазъ выпятился впередъ безъ измѣненія зрѣнія. Въ области правой половины верхней челюсти чувство анестезіи и зудъ въ зубахъ. Четыре дня тому назадъ легкое кровотеченіе.

Status. Сильный молодой человекъ; правая щека его припухла; правая область глаза покраснѣла и отекала, такъ что глаза не можетъ быть открыты. Правая носовая полость непроходима для воздуха. Риноскопическое изслѣдованіе (проф. Turasz): въ носоглоточной полости опухоль величиною съ лѣвой орхисъ съ гладкою поверхностью, твердой консистенціи и красная на видъ, опухоль закрываетъ правую нозду. Правая носовая полость выложена слегка кровотокашей, сѣровато-бѣлой опухольевидной массой. Носовая перегородка отклонена въправо. Клинической діагноза: ретромаксиллярная фиброма съ распространеніемъ въ носъ и орбиту.

24чн 1896 г. опухоль была удалена проф. Черня. Разрѣвъ вокругъ праваго крыла носа черезъ середину верхней губы сразу до кости. Перевязка а. saronar.

На нижнемъ орбитальномъ краѣ находится костный дефектъ въслѣдствіе каріознаго процесса, черезъ который выдвигается изъ Гайморовой пещеры густой гной. Отверстіе было расширено при помощи костныхъ щипцовъ, при чемъ показалась полость выходящая оточно-фибрознымъ полипомъ, съ однимъ отросткомъ въ носовую полость. Послѣ разрушенія пальцемъ стенокъ, опухоль прикрѣпилась еще крѣпко широкимъ основаніемъ въ области for. sphenopalatinum. Новообразованіе было захвачено и удалено кривыми ножницями и полипными щипцами.

Processus nasalis maxillae, который вначалѣ еще прикрѣплялся вверхъ на слизистую оболочку свода, при этомъ манипуляціяхъ былъ оторванъ, при чемъ больше приспособить его не удалось. Послѣ тампонады полости слизистая оболочка была соединена кетгутонъ, кожные разрѣзы—шелковыми швами.

Анатомия-диагноз: фиброзный носоглоточный полипъ съ слизисто-перорожденными и сосудистыми мѣстами. Опухоль величиною 6: 5: 2,5 см. и состоитъ изъ трехъ долей: одной большей, выполненной Гайморову полостью; одной меньшей передней, выдающейся въ носъ; и верхней состоящей изъ трехъ частей, выдвинувшихся въ орбиту и въ ячейки рѣшетчатой кости.

Течение совершенно безъ реакціи, безихорородное и безъ воспалительныхъ кровотеченій. Большой былъ выпущенъ излеченнымъ, и еще сегодня въ июлѣ 1898 г. совершенно здоровъ и ни на что не жалуется.

104. Jean. G., сынъ землевладельца, 15 л. Поступилъ въ больницу 2-ш 1890 г.

Пациентъ былъ всегда здоровъ. Осенью 1885 г. появилось кровотеченіе изъ носа, которое часто повторялось. Мало-по-малу начала припухать лѣвая половина носа; большой съ трудомъ могъ ею двигать. Въ началѣ 1886 г. у больного въ носу была определена опухоль, которую неоднократно пытались удалить. Кровотеченіе учащалось и происходило иногда нѣсколько разъ въ день.

Въ январѣ 1887 г. больной обратился въ клинику; при осмотрѣ найдено: лѣвая сторона носа увеличена въ объемъ; щека припухла и появилось выпячиваніе лѣвого глаза; къ этому присоединилось затрудненіе при дыханіи носомъ того какъ увеличилась опухоль позади мягкаго неба. Пациентъ при этомъ жаловался на особую характерную тупую боль головы и иногда на тянущія боли въ области 2-й пары тройничнаго нерва. Несмотря однако на то, что опухоль значительно увеличилась въ объемъ и кровотеченія сдѣлались обильными, особенно изъ выдающейся изъ носа грибовидной части опухоли, больной избѣгалъ операціи. Только 2-ш 1890 г., когда онъ уже находился въ большой опасности задохнуться, или умереть отъ голода, онъ просилъ принять его въ больницу.

Status: весьма малокровный и худой какъ свѣдетъ субъектъ; въсь его, несмотря на его 15 л., равнялся всего 52 фунтамъ (безъ одежды); безъ посторонней поддержки онъ не могъ ходить; весьма неправильное, громко сонное, тяжелое, часто прерывающееся дыханіе. Въ то время какъ правая половина лица является вполне нормально развитой, лѣвая изуродована страшнѣйшимъ образомъ. Прежде всего бросается въ глаза сильно выстоящее впередъ и наружу глазное яблоко. Лѣвая половина носа страшно расширена и безъ границы переходитъ въ также опухшую область щеки. Изъ лѣвой ноздри выдается опухоль величиною въ орѣхъ; опухоль эта на своей поверхности изъязвлена, частью покрыта корками; новообразование при малѣйшемъ прикосновеніи кровоточитъ. Подъ скуловой дугой ощущается довольно большая опухоль съ гладкой поверхностью. Лѣвый уголъ рта отодвинутъ наружу и внизъ; подъ угломъ лѣваго глаза въ области слезнаго мѣшка видна особенная флюктуирующая припухлость величиною

въ 10 пенниг; надъ опухолью кожа тонка и красновата. Носовая перегородка настолько отклонена вправо, что правая половина носовой полости почти совершенно закрыта. Лѣвое живое въю представляетъ сильный выворотъ, слезотеченіе и легкое катаральное воспаленіе. Когда большой открываетъ ротъ, что удается только съ большимъ трудомъ, то видно, что вся лѣвая часть мягкаго неба сильно отклонена впередъ; позади и ниже veli palatini замѣтна сине-красная мѣста опухоли, доходящая до надгортанника. Гладкій, бѣлый рубецъ, начинаясь отъ носогубной складки вокругъ крыла носа и посрединѣ верхней губы указываетъ, вѣроятно, на направленіе разрыва при предѣлхъ операціяхъ; также виденъ слѣдъ отъ бывшей трахеотоміи. Обонаніе совершенно потеряно. Остальные органы всѣ здоровы. При дыханіи пациентъ держитъ ротъ широко раскрытымъ. Когда онъ спитъ, то только послѣ быстро сдѣланныхъ 3—4 короткихъ, тяжелыхъ безполезныхъ дыханій, наступаетъ 4—5 глубокихъ, дающихъ легкимъ достаточное количество воздуха. Понятно, что при такомъ состояніи не можетъ быть настоящаго сна, такъ какъ большой время отъ времени просыпается вслѣдствіе припадковъ удумленія. Въ виду того, что радикальная операція противопоказана, вслѣдствіе высокой степени одышки и слабости, предпринятельно произведена (3-ш 1890 г.) трахеотомія для достиженія болѣе свободнаго дышанія. Послѣ трахеотоміи сонъ сдѣлался хорошимъ. Въ теченіе сдѣланныхъ недѣль G. настолько поправился, что 22-ш 1890 г. можно уже было приступитъ къ совершенному удаленію опухоли. Разрывъ трахеальной раны удлиненъ и въ него введена тампонъ-канюля Riedel'я паръ которой былъ наполненъ воздухомъ.

Разрывъ кожи отъ корня носа лѣвой стороны и параллельно нижнему орбитальному краю, замѣтъ по нижнему краю скуловой дуги до восходящей вѣтви нижней челюсти. Этотъ разрывъ захватилъ и губной фокусъ въ области слезнаго мѣшка, при чемъ вытегъ гноя (какъ видно имѣлось дѣло съ слезнымъ мѣшкомъ инфинированнымъ и содержащимъ гноя). Второй разрывъ раздѣлилъ носъ посрединѣ, а также и носовыя кости костными щипцами. Образовавшійся такимъ образомъ треугольный лоскутъ кожи отвернутъ книзу вмѣстѣ съ носовою костью, которую потомъ пришлось удалить. При отворачиваніи мягкихъ частей найдено нѣсколько тонкихъ костныхъ пластинокъ, которыя были вдавлены въ мягкія части, но собственно лицевой поверхности верхней челюсти не было; она или раньше была удадена при операціяхъ, или же она была атрофирована отъ давленія опухоли. Въ нижней части скуловой кости также не достовало одного куска. Processus alveolaris и задняя боковая часть верхней челюсти и твердое небо еще сохранились. По удаленіи костныхъ пластинокъ показалась опухоль съ гладкою поверхностью, раздѣленная неглубокими бороздами на нѣсколько частей, при этомъ сама опухоль въ нѣсколькихъ мѣстахъ была сращена съ окружающими частями. Цвѣтъ опухоли болѣе красноватый, только носовою

отросток синеваго цвѣта, покрытъ распадами; консистенція довольно твердая.

Удаленная опухоль величиною больше куринаго яйца и микроскопически является сосудистою фибромою съ большими венозными полостями. Когда больной совершенно оправился, то 5 впр. 1890 г. ему сдѣлали вторую операцию. Послѣ удаления большей части опухоли, удалили еще острыми ножницами нѣсколько кусковъ опухоли величиною въ орѣхъ; вновь сильное кровотеченіе, почему и не удалось на этотъ разъ удалить весь остатокъ опухоли Тампонация. Въ слѣдующее затѣмъ время прижатіе отчасти подъ кожанымъ, отчасти подъ варкозомъ. Наконецъ-таки удалось удалить все остатки, находящіеся въ fossa sphenopalatina.

Послѣ того какъ удалены были послѣдніе остатки опухоли и больше не появлялось рецидива въ январѣ 1895 г. Д-ръ Rosez произвелъ пластическую операцию.

105. Nélaton.

(Thèse de Postel 1867 г.).

Saint Z. (Auguste) 20 л. Болѣлъ около двухъ лѣтъ тому назадъ. Больной раньше никогда ничѣмъ не болѣлъ. Родители его живы и здоровы.

Около года тому назадъ у него псывилось кровотеченіе изъ носа, затѣмъ затрудненіе дыханія, которое онъ сначала приписывалъ насморку. Спусти ¼ года послѣ наступленія кровотеченія замѣтилъ твердую опухоль въ лѣвой ноздрѣ, вследствие чего обратился къ врачу, который въ теченіи долгаго времени дѣлалъ ему отравленіе, при этомъ всегда оно сопровождалась кровотеченіемъ. Въ 1867 г. больной поступилъ подъ наблюденіе Nélaton'a.

Больной малаго роста, слабого тѣлосложенія. Правая лоловина лица объемистѣе лѣвой, носъ расширенъ съ большой стороны, глазъ значительно выпяченъ; въ области скуловой кости замѣтно возвышеніе. Лѣвая ноздря выложена сѣрой опухолевидной массой, блѣватого цвѣта, твердой консистенціи и упругой при давленіи. Мягкое небо отдалено, неровно, при дотрогиваніи замѣчается значительная упругость его. Поллиъ занимаетъ все основное пространство, но не выстопитъ. Опухоль въ области скуловой кости по величинѣ своей равняется куриному яйцу. Кости челюи, какъ оказалось послѣ операции, сильно измѣнены.

Опухоль удалена при помощи резекціи верхней челюсти. Сама опухоль удалена отрываніемъ. При удаленіи оказалось, что новообразование брало свое начало отъ базиллярнаго отростка затылочной кости. Sinus sphenoidalіs былъ открытъ—въ него входилъ палець.

Больной выздоровѣлъ.

106. Nélaton.

(Bull. et memoir. de la Société de Chirurg. de Paris 1860 г. (Инт. по Thèse de Petite 1881 г.).

Joseph Leprière 21 г. Больной уже давно жалуется на неперенос-

ныи головныи боли, которыи давали поводъ подозрѣвать существованіе сдавливанія мозга. Расширеніе праваго зрачка, которое при этомъ существовало, еще болѣе укрѣдилось въ этомъ предположеніи. Существовавшій у больного носоглоточный полипъ начинался на базиллярномъ отросткѣ затылочной кости, на тѣлѣ клиновидной кости, а также на основаніи внутренней поверхности обоихъ крыловидныхъ отростковъ.

Опухоль удалена вырѣзываніемъ съ слѣдующимъ прижатіемъ мѣста происхожденія опухоли при помощи резекціи костей твердаго неба по Nélaton'у. Большой погубь отъ гипостазнаго зараженія.

При вскрытіи оказалась перфорация костей основанія черепа въ области праваго глазнаго нерва и прижатіе его.

107. Nélaton.

(Gazette des hôpitaux 1896 г. 3 ноябрі).

Авторъ представляетъ молодого человѣка, которому онъ оперировалъ полипъ по консервативному способу. Новообразование занимало верхній отдѣлъ глотки, посылао отростокъ на правую щеку и сопровождалось сильнымъ кровотеченіемъ. Полипъ былъ удаленъ черезъ отверстіе произведенное въ мягкомъ небѣ; во время удаленія опухоли было страшное кровотеченіе. Отверстіе было оставлено открытымъ и зажило только черезъ годъ. Рецидивъ не замедлилъ явиться; онъ былъ сначала прижатъ Zincо chlorata, а затѣмъ концентрованнымъ растворомъ хромовой кислоты.

Этo былъ типическій носоглоточный полипъ.

108. Nélaton.

(Thèse de Gandt. 1866 г.).

Emmanuel S., 17 л. Болѣвъ началась три года тому назадъ.

При изслѣдованіи найдено ясно выраженное выпячиваніе лѣваго глазнаго яблока, полный параличъ п. oculomotor. sinistr., зрачекъ расширенъ, зрѣніе вполнѣ потеряно. При офтальмоскопическомъ изслѣдованіи оказалась весьма замѣтная атрофія зрительнаго сосуда, центральные, сосуды сохранены. Правый глазъ здоровъ. Въ носоглоточномъ пространствѣ найдена опухоль большихъ размѣровъ, посылающая отростки въ сосѣдніи полости.

Для удаленія опухоли была сдѣлана предварительная резекція твердаго неба по Nélaton'у.

Больной черезъ нѣсколько недѣль умеръ при мозговыхъ явленіяхъ. На вскрытіи найдено: прободеніе тѣла клиновидной и горизонтальной пластинки рѣшетчатой кости и проникновеніе опухоли въ полость черепа.

109. Ollier.

(Bull. et memoir. de la Société de Chirurgie 1865 г. p. 324—329).

Antoine P. 16 л. поступилъ въ 1863 г. 31 августа. Больному уже два раза было произведено удаленіе опухоли Déloré'омъ при

помощи экразера съ последующимъ прижиганіемъ. Три мѣсяца тому назадъ вновь замѣтилъ затрудненіе дыханія и глотанія и въ настоящее время дышетъ съ трудомъ.

При осмотрѣ въ глоткѣ найдена опухоль величиною въ яблоко, отклоняющая мягкое небо и препятствующая прохожденію воздуха черезъ носовыя отверстія. Опухоль закрываетъ обѣ хоаны и не можетъ быть обойдена вокругъ, однако при изслѣдованіи можно убедиться, что она начинается на processus basilaris. Лѣвая половина опухоли объемлется и вытолкнуть всю лѣвую половину носовой полости, достигая до наружныхъ отверстій. Въ виду рецидива и невозможности определить границы опухоли Ollier рѣшилъ сдѣлать удаленіе верхней челюсти съ сохраненіемъ періоста.

Опухоль оказалась съ двумя отростками—однимъ передній и другой наружный, проникающій въ sinus maxillaris; новообразование снабжено большимъ количествомъ сосудовъ.

Во время операціи больной потерялъ много крови.

110. Pamard.

(Gaz. des hôpitaux 1874 г. № 10).

Charles J., 15 л. Четыре года тому назадъ появилось затрудненіе дыханія, позже кровотеченіе, три мѣсяца спустя послѣ этого показалося полнѣе изъ носдри, который и былъ удаленъ экразеромъ; спустя три мѣсяца опухоль достигла прежняго объема и вновь была удалена. Эта операція была повторена 10 разъ въ продолженіи 3-хъ лѣтъ.

Status. Большой слабой тѣлосложенія, лицо значительно измѣнено, носощечная складка изглажена, правая щека сильно припухла; выпячиваніе правого глаза и слезотеченіе изъ него. Носовая перегородка отклонена нѣвно, носъ какъ бы расширенъ. Опухоль видна въ отверстіе правой носдри. Правая половина свода неба больше выпукла, мягкое небо сильно отклонено впередъ, позади его находится опухоль, занимающая весь верхній отдѣлъ глотки и спускающаяся въ среднюю часть глотки. Новообразование гладко, ровное, краснаго цвѣта, состоитъ изъ двухъ долей.

Опухоль удалена при помощи предварительной подперіостальной резекціи верхней челюсти. Заживленіе нормально. Полное восстановленіе верхней челюсти.

Микроскопически—фиброма.

111. Partsch (проф.).

(Verhandlungen der deutschen Gesellschaft. f. Chirurg, 1898 г. s. 552).

Kurt G., крестьянскій сынъ 15 л. Поступилъ въ больницу въ сентябрѣ 1897 г. по поводу большой носоглоточной опухоли, существовавшей у него 1½ г. Опухоль вытолкнула все носоглоточное пространство и лѣвую половину носовой полости до носдри. Мягкое небо сильно отдалено книзу, говоритъ большой еде слышно, ночью часто подвергается опасности задушенія. Въ первый разъ

опухоль удалена при помощи съенія лѣваго носоваго крыла, сама опухоль была удалена только частично, при чемъ большой получилъ значительное облегченіе тѣмъ, что могъ дышать носомъ. Раньше частыя кровотеченія, теперь появились очень рѣдко и могли быть быстро остановлены. Но опухоль опять росла, затруднилась въ концѣ концовъ на столько дыханіе, что больной опять долженъ былъ лечь въ больницу.

Мальчикъ для своихъ лѣтъ хорошо развитой, былъ очень блѣдный; позвизна лѣвой щеки сильно припухла; нѣвно отъ срединной линіи виденъ блѣлый линейный рубецъ, направляющійся внизъ по носовому крылу. Правая носовая полость непроходима для воздуха, лѣвая съ трудомъ. Съ лѣвой стороны позади мягкаго неба виденъ отростокъ опухоли. Лѣвая хоана при опухованіи оказалась совершенно выполненной опухолью, исходящей изъ лѣвой стороны основанія черепа; опухоль очень тверда и плотна. При изслѣдованіи носовымъ зеркаломъ лѣвая половина носовой полости сильно расширена спереди, равнины отсутствуют, лѣвая Гайморова полость заполнена красноватой, отчасти дольчатой, но вообще довольно гладкой опухолью. Произведенное раньше микроскопическое изслѣдованіе удаленной части опухоли показало, что имѣется дѣло съ богатой сосудами фибромой безъ саркоматозныхъ измѣненій.

Операція удаленія опухоли произведена 22 января 1878 г. по способу предложенному Partsch'емъ. Во время операціи оказалось, что опухоль вытолкаетъ всю лѣвую хоану и черезъ лѣвую челюстную пазуху достигаетъ до гланицы, съ другой стороны она тянется высоко до основанія черепа. Такъ какъ опухоль очень тверда, то ее приходится отдѣлать пиштокомъ и ножницами; при этомъ получилося сильное кровотеченіе, которое остановлено періодической тампонадой. Опухоль тщательно удаляется до основанія черепа. Значительное кровотеченіе требуетъ ирыскиванія эвира и явленія солинаго раствора въ прямую кишку. Все операціонное поле заполняютъ полосами іодоформной марли, концы которыхъ выводятъ въ лѣвую носовую полость. Безъ труда резцированную часть ставятъ на прежнее мѣсто и закрѣпляютъ швами наложенными на слизистыя оболочки.

112. Paige.

(Revue des sciences Médic. en France et à l'étranger 1893 г.).

Мальчикъ 4 л. При осмотрѣ оказалась опухоль носоглоточнаго пространства, грушевидной формы, выпячивающая мягкое небо впередъ и спускающаяся до надгортанника. Послѣ удаленія новообразование быстро рецидивировало и большой вскорѣ умеръ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи новообразование оказалось—fibro-sarcoma.

113. *Panas.*

(Gaz. des hôpitaux 1873 г. № 108 p. 861).

Старик 66 л. Больная началась три года тому назад появлением полипа, закупорившего левую носовую полость. При исследовании через переднюю носовую отверстие замечается маленький красноватого цвета отросток. Со стороны полости рта: опухание мягкого неба; при опухивании пальцем, получается впечатление фиброзной твердости и зависимости от присутствия твердой, бледноватой, фиброзной стебельчатой опухоли, находящейся в соединении с носовым отростком.

Удаленная через рот опухоль имела величину большого ореха с гладкой, долбчатой поверхностью, состоящая из фиброзной ткани, за исключением носового отростка, который напоминает собою слизистый полип. Главная масса опухоли была более мягка в центре, čímь на периферии и содержала очень мало сосудов.

Больной никогда не имела кровотечений, за исключением 3-х раз при попытках извлечь полип через нос.

После удаления наступило полное излечение.

114. (Page 162). Женщина 26 лет. Больная началась два года тому назад; больная прогрессировала и за два месяца до поступления в больницу у больной появились лихорадка, головная боль, значительное затруднение глотания и довольно интенсивная форма ангины.

Больная не может дышать через нос, вследствие чего постоянно держит рот открытым, вдыхание легче, čímь выдыхание. Со стороны носовых полостей ничего не замечено, со стороны глотки опухает полиповая, стебельчатая опухоль, подвижная и представляющая довольно твердую консистенцию. Кровотечений больной никогда не имела.

При удалении обнаружилось, что было два полипа—один большой, другой маленький. Оба начинались пожкой на перегородку, по дну заднего края носовина.

Большой полип удлинённый в поперечном направлении и слегка сплюснутый спереди назад, представлял форму и объем каштана, длиною 4 см. в большом диаметре, по два л. в высоту и толщину; ножка его имела 1 см. длины и не более 3 мм. в диаметре. Левый конец этой массы примерно на 1 см. прилежит к носовой полости той-же стороны, которую он отчасти закрывает, как крышкой, не проникая туда, остальная опухоль прилежит к мягкому небу—это собственно глоточная часть.

Малый полип, величиною в вишню, начинающийся также нитевидной пожкой от сошника, закупоривает совершенно правую носовую при каждом выдыхании, тогда как во время вдыхания он отодвигается как клапан и пропускает воздух. Цвет обоих полипов красноватый, консистенция средняя между

фибромой и слизистым полипом; с поверхности разреза стекает довольно значительное количество жидкости.

Удаление при помощи предвзятельной операции расщеплений мягкого неба по способу Maisonneuve'a.

115. *Park.*

(Centralblatt für Chirurgie 1894 г. № 21, s. 485).

Автор сообщает об очень интересной попытке применения способа кровоостанавливания Эсмарха при удалении носоглоточных полипов.

Большая саркома исходила из основания черепа. Во время наркоза до начала операции была произведена трахеотомия. Горлань была отпарирована, вытянута вперед, позади нея произведена резинная трубка, посредством которой была перевязана вся остальная шея. Затягивание продолжалось до тех пор пока не прекратилась пульсация в сосудах выше места перевязки. После этого во время удаления опухоли посредством предвзятельной резекции верхней челюсти не произошло ни одной капли крови из артерий, тогда как из вены вышло много крови. К концу операции у больного прекратилось дыхание и только после неусушественного дыхания в продолжение ¼ ч. вновь восстанавлилось. Пульс во все это время почти неизменно. Остановку дыхания автор относит к счете давления на п. vagus.

Больной умер на следующую день от шока.

116. *Picchaud.*

(Bull. et memoir. de la Société de Chirurg. de Paris. 1863 г. 107).

Louis S., 21 г. Никогда раньше не был болен, мать умерла 10 лет тому назад от туберкулеза.

Три года тому назад замечены затруднения дыхания через правую носовую. Три месяца спустя были замечены в носу полипы и удалены. С этого времени левая щека начала припухать и затем появилось выпячивание вперед правого глаза. Спустя 7 месяцев зрение с правой стороны на столько изменилось, что больной этим зрением мог различать только день от ночи. Ослабление слуха с правой стороны появилось год тому назад.

При осмотре—обычные явления выпячивания правого глаза; зрачки обоих глаз одинаково расширены и подвижны. Правая щека увеличена в объем, образуя правильную шарообразную опухоль; мягкое небо выпячено вперед. Начало опухоли на processus basilaris и process. pteryg.

Опухоль удалена при помощи предвзятельной резекции верхней челюсти; при этом получено умеренное кровотечение.

После операции улучшилось зрение.

117. *Piquet.*

(Revue de Chirurgie 1893 г. 10 мая № 5, p. 445—446).

Молодой человек, 17 лет, страдает носоглоточным поли-

пожъ, который появился два года тому назадъ и вызывалъ много разъ кровотеченій, которыя повлекли за собою довольно сильное мадокроніе.

Дыханіе затруднено, головная боль и уменьшеніе слуха. Исслѣдованіе большаго возможно только подъ хлороформомъ, при этомъ можно констатировать, что опухоль, величиною въ орѣхъ, начинается отъ базиллярной отростка затылочной кости.

Удаленіе полпна произведено съ помощью предварительной операціи по небному способу, но прежде была сдѣлана трахеотомія и введена канюля Trendelenbourg'a; сама опухоль отдѣлена при посредствѣ крупнаго распатора. Во время удаленія получило сильное кровотеченіе, но благодаря тампонадѣ тотчасъ было остановлено. Три дня спустя канюля и тампонъ были удалены и больной черезъ 8 дней выздоровѣлъ.

Гистологическое изслѣдованіе показало—*fibro-myxoma telengiectodes*.

118. Postel.

(Thèse de Paris 1867 г.).

Jérôme-François Antoine, земледѣлецъ, 24 л.

Раньше былъ совершенно здоровъ; заболѣлъ три года тому назадъ.

Сначала появилось затрудненіе носового дыханія, а спустя нѣсколько времени и обильная носовая кровоточивка.

Очень блѣденъ, слабъ; слизистая оболочка блѣдная, аппетита нѣтъ, пищевареніе медленное и трудное. Со стороны полости рта опухоль замѣтна между язычкомъ, слегка отклоненнымъ вправо и лѣвой дужкой, выдается изъ за свободнаго края нижней губы на 1½ стм., розоватаго цвѣта, безболѣзненна на оупухъ, при изслѣдованіи кровоточива.

Удаленіе произведено при помощи лигатуры и послѣдующаго выскрѣбанія.

Удаленная опухоль величиною съ куриное небольшое яйцо, начиналась отъ *processus basilaris ossis occipitalis*.

119. Proebsting.

(Münch. Medic. Wochenschr. 1896, s. 760).

Больному 19 л., сынъ крестьянина; въ теченіи послѣдней зимы страдалъ сильными кровоточеніемъ изъ носа, многократно повторившимся вслѣдствіи чего и обратился въ мартѣ мѣсяцѣ 1896 г. въ врачебной помощи. При осмотрѣ найдены въ носовой полости слизистые полипы, при чемъ многіе изъ нихъ удалены; но такъ какъ при этомъ было сильное кровотеченіе, то больной былъ помещенъ въ больницу подъ наблюденіе д-ра Крамера.

Носоглоточное пространство съ лѣвой стороны занято опухолью, лѣвая хоана вышита опухолью и носовая перегородка отклонена вправо. Часть этой опухоли, величиною съ грецкій орѣхъ, была удалена каудальной петлей. Микроскопически удален-

ный кусокъ былъ похожъ на мозгъ съ мраморнаго цвѣта пятнами—остатокъ бывшихъ кровозапасній; микроскопически—фибро-саркома. Несмотря на очень осторожное примѣненіе петли, кровотеченіе все же наблюдалось очень значительно.

Для удаленія этого злокачественнаго и кровоточиваго новообразованія рѣшено было примѣнить резекцію неба. Операція произведена 27 марта, при чемъ предварительно была сдѣлана трахеотомія и вставлена тампонъ-канюля Trendelenbourg'a. Въ виду того, что при помощи этой операціи опухоль не могла быть удалена, рѣшено было присоединить резекцію носа по Schassaingak-Brun's'y, послѣ чего удалось отдѣлить опухоль отъ мѣста исхода при помощи ложки Lorenz'a. Опухоль была величиною въ яблоко. По удаленіи новообразованія кровотеченіе тотчасъ прекратилось. Рана тампонирована. Носъ прижаженъ на прежнее мѣсто и укреплень швами, разрезъ неба тоже зашитъ. Канюля оставлена до вечера.

Заживленіе перъ примамъ; результатъ во всѣхъ отношеніяхъ благоприятный.

120. Quénu.

(Bull. de la Société de Chirurg. 1894 г. 13 Июля).

В., кучеръ 30 л.; поступилъ въ больницу въ маѣ мѣсяцѣ 1894 г. Заболѣлъ 4 года тому назадъ; болѣзнь началась часто повторяющимся насморкомъ и мигренями. Въ 1893 г. появилось истеченіе изъ носа и наступило кровоточеніе; въ августѣ мѣцъ этого же года больной замѣтилъ присутствіе маленькихъ полипсообразныхъ опухолей въ носу; обоняніе исчезло, больной сталъ гнусавить, дыханіе носомъ уничтожилось, слухъ ослабѣлъ.

Въ январѣ мѣцъ 1894 года пациенту была удалена часть опухоли черезъ носъ, въ апрѣлѣ новая операція.

29 мая 1894 г. больной поступилъ въ клинику; при изслѣдованіи найдено: мягкое небо отклонено впередъ, находилось на подлѣ его опухолью; послѣдняя мало подвижна и исходить изъ свода глотки; опухоль посылаетъ отростки въ обѣ носовыя полости.

Новообразованіе удалено при помощи расщепленія мягкаго неба по Manne'y; само новообразованіе отдѣлено щипцами и распаторомъ. Мягкое небо соединено 4-мя швами. Послѣоперационное теченіе нормально, швы удалены на 8-й день, полное сращеніе мягкаго неба.

Удаленная опухоль начиналась на нижней поверхности тѣла клиновидной кости и на основаніи *process. pteryg.*

Микроскопически—*fibro-sarcoma*.

121. Разумовскій, проф.

(Врачъ 1895 г. № 6 стр. 147).

П. Ю-въ, крестьянинъ 22 л. Назадъ тому нѣсколько лѣтъ началъ мало закладывать носъ. Высклъ съ тѣмъ появились носовыя кро-

ротеченія, по временамъ очень сильныя. Кровотеченія эти наблюдались нѣсколько разъ и въ клиннѣ до операціи. Вызывались онѣ, между прочимъ, и изслѣдованіемъ опухоли пальцемъ или инструментами.

Высокаго роста, но довольно худой и малокровный. Внутренніе органы здоровы. При осмотрѣ бросается въ глаза асимметрия носа, зависящая отъ расширенія лѣвой его половины. Въ отверстіи лѣвой ноздри видна закупоривающая ее красноватая опухоль, довольно плотная на ощупь. Зондомъ опухоль можно обойти со всѣхъ сторонъ. При открытомъ ртѣ видно, что мягкая небная завѣска подадена впередъ; изъ полости нижняго ея края почти на палецъ выдается полушаровидная опухоль такъ-же свойствъ, что и въ ноздрѣ. Такъ какъ опухоль выполняетъ почти всю носоглоточную полость, то опредѣлить пальцемъ точно ширину ея основанія не удается, но, все-же, при помощи пальца и зондомъ можно выяснить, что опухоль идетъ отъ основанія черепа.

16—X. 1892 г. Операція. Временное излѣченіе носа по Ollier подъ наркозомъ, при чемъ носовой отростокъ опухоли предварительно сдвинуть пальцемъ возможно далѣе назадъ. Опухоль удалена при помощи экразера, который съ трудомъ приходилось два раза накладывать, при этомъ наблюдалось сильное кровотеченіе. Отдѣленіе самой опухоли произведено въ положеніи Rose.

По окончаніи операціи полость глотки тампонирована губкой. Носъ поставленъ на мѣсто и пришитъ только на 3-й день послѣ операціи. Черезъ 3 недѣли заживленіе.

122. (Тамъ-же, стр. 183). А. К.-въ, мѣщанинъ г. Сызрани, 22 л. Въ 1892 году послѣ довольно сильнаго насморка, больной сталъ замѣчать, что у него закладываетъ правую половину носа, а затѣмъ и лѣвую. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ появились сильныя кровотеченія. Эти кровотеченія продолжались по нѣсколько дней. Иногда больной терялъ по стакану крови и болѣе. Въ 1893 г. кровотеченія продолжались. Одно изъ такихъ кровотеченій наступившее неожиданно ночью, по словамъ больного, едва его не задушило. Кровотеченія появляются и теперь, но понемому и не каждый день.

Средняго роста, умѣреннаго сложенія, малокровный. Внутренніе органы здоровы. Голосъ очень глухой, съ носовымъ отблѣнкомъ. Правая ноздря непроходима для воздуха. Черезъ лѣвую ноздрю воздухъ проходитъ съ трудомъ, при чемъ больной ощущаетъ нѣкоторую боль. Жалуется на стрѣльня въ правое ухо. Глотаетъ свободно. Спать можетъ только на лѣвобокъ; на спячъ-же и правобокъ богу задыхается. При открытомъ ртѣ видно, что изъ подъ края небной завѣски, выпячивая ее впередъ, выдается сферическая красная опухоль. При ощупываніи опухоль эта слабо подвигна, плотна, съ порядочною эластичностью. Ни мѣста прикрѣпленія ея, ни ширины ея основанія опредѣлить нельзя. Въ правую половину носа опухоль даетъ отростокъ, выходящій до наружнаго отверстия сантиметра на 1½.

27—VIII. 1894 г. операція. Подъ наркозомъ временное излѣченіе носа по Ollier. Rose'вское положеніе. Пальцемъ можно прощупать, что опухоль сидитъ на верхней стѣнкѣ глотки довольно широкимъ основаніемъ и даетъ два носовыхъ отростка. При ощупываніи довольно порядочное кровотеченіе. Сама опухоль удалена при помощи экразера сильнымъ влеченіемъ. Одинъ изъ носовыхъ отростковъ не попалъ въ цѣпь экразера и его пришлось вырвать щипцами послѣдовательно вмѣстѣ съ оставшейся частью основанія. Кровотеченіе послѣ удаленія опухоли было довольно сильное. Тампонада губкой, какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Носъ тотчасъ же пришитъ на мѣсто и къ мѣсту распухла черезъ ноздри вставлены половинъ изъ іодоформной марли.

Послѣоперационное теченіе безъ лихорадки и безъ всякихъ осложненій. Тампонъ удаленъ на 3-й день, послѣ чего назначены промыванія носа и глотки. Черезъ 2 недѣли носъ прочно укрѣпился на мѣстѣ.

123. Д. 3-въ, 28 л., крестьянинъ Нижегородской губерніи. Болѣзнь началась безъ видимыхъ причинъ, пять лѣтъ тому назадъ, закладываетъ носа и кровотеченіями, но кровотеченія всегда были незначительныя. Около года тому назадъ больной самъ въ носу замѣтилъ опухоль, которая, подошла къ наружному отверстию.

Средняго роста, довольно хорошаго сложенія, малокровія не замѣтно. Внутренніе органы здоровы. Въ правой ноздрѣ, у самаго наружнаго отверстія, видна красноватая, довольно плотная опухоль. При открываніи рта изъ подъ края небной завѣски выдается опухоль, сферическая по ходу въ гортань. При ощупываніи опухоль продолговата, колбасовидна, плотна, идетъ отъ основанія черепа. Толщина опухоли приблизительно въ два большія пальца; сложенныхъ вмѣстѣ. Пальцемъ удается вытиснуть опухоль въ ротъ, на корень языка.

10—IX 1894 г. Операція въ наркозѣ съ предварительнымъ горлаосвѣщеніемъ и приборомъ Trendelenbourg'a. Временное излѣченіе носа по Ollier. Послѣ спливанія носа пальцемъ можно ощупать основаніе опухоли, которое оказалось не очень широкимъ. Одинъ длинный носовой отростокъ. Опухоль довольно быстро отожжена гальванокаутической петлей, а затѣмъ удалена черезъ ротъ. Вся операція продолжалась не болѣе ¼ часа. Кровотеченіе незначительное. Глотка затампонирована длинными полосками іодоформной марли, концы которыхъ черезъ ноздри выведены наружу. Носъ тотчасъ-же пришитъ и тотчасъ-же удалена трахеотомическая труба.

Послѣоперационное теченіе безъ лихорадки и безъ всякихъ осложненій. Тампонъ удаленъ на 5-й день. Далѣе промываніе носа и глотки и вдуваніе іодоформа. Черезъ двѣ недѣли носъ прочно укрѣпился на мѣстѣ.

124. (Тамъ-же № 7, стр. 183). П. П.-въ, фельдшерскій ученикъ, 17 лѣтъ; назадъ тому два года начался упорный насморкъ, а за-

тѣмъ и довольно обильнымъ кровотеченіемъ. Левую половину носа заложило. Были произведены попытки удаленія.

Средняго роста, порядочнаго сложенія, нѣсколько малокровнѣе. Внутренніе органы здоровы. На шеѣ рубецъ и маленькой свищъ на мѣстѣ бывшей раны отъ горластнечія. Черезъ лѣвую ноздрю сзади видна красноватая опухоль. Зондомъ можно убѣдиться, что она малоподвижна. При открытіи рта изъ полости небной завѣски не выдается ничего, но введенный палецъ опухаетъ въ верхней части глотки плотною на ощупь опухолью съ небольшимъ яблокомъ, причемъ можно убѣдиться, что опухоль эта широкимъ основаніемъ сидитъ, главнымъ образомъ, на боковой стѣнкѣ. Основаніе опухоли частью выдается въ хоану. Опухоль малоподвижна, довольно кровотолива.

13—X, 1894 г. Операция подъ наркозомъ, съ предварительнымъ горластнечіемъ и приборомъ Trendelenbourg'a. Временное наслѣние носа по Ollier. Пальцемъ ясно можно опухать широкое основаніе опухоли, помпавшаеся, главнымъ образомъ, на боковой стѣнкѣ и частью вдавшееся въ носъ. Небольшой носовой отростокъ. Обведеніе гальванокаустической петлей не представило затрудненій. Опухоль отожжена быстро и удалена черезъ ротъ. Основаніе опухоли оказалось настолько широкимъ, что, я думаю, его ни въ какомъ случаѣ не удалось бы отжать цѣпью экзера. Послѣ удаленія опухоли порядочное кровотеченіе, — быть можетъ, вслѣдствіе очень быстраго отжиганія. Тампонада носа и глотки йодоформной марлей. Носъ принятъ тотчасъ же, и тотчасъ же удалена трахеотомическая трубка.

Послѣоперационное теченіе безъ лихорадки и безъ осложненій. Тампонъ удаленъ на 3-й день. Промыванія носа и глотки и вдваніе йодоформа. Черезъ 2 недѣли носъ прочно укрѣпился на мѣстѣ.

125. Разумовскій, проф. (Arch. f. Klinisch. Chirurg. 1897 г.).

Егоръ Сурьянниковъ, поденщикъ, 21 г., поступилъ въ клинику 26—IV 95 г., выбылъ 13—V 1895 г.

Болезнь началась два года тому назадъ носовымъ кровотеченіемъ, которая безъ видимой причины повторилась въ различныя промежутки времени: то черезъ день, то въ 7 дней одинъ разъ, иногда нѣсколько разъ въ день; въ послѣднее время чаще—4 мая 7 разъ, 5-го—четыре раза. Вскоръ начала опухать правая половина лица, опухоль постепенно увеличивалась. Одновременно появились также ехорѣиальныя правого глаза.

Большой средняго роста, плохо унитаетъ, блѣденъ, худой, недостатковъ нѣтъ. На передней поверхности правой половины верхней челюсти замѣтна опухоль, незначительное выпячиваніе правого глаза. При офтальмоскопическомъ изслѣдованіи обнаруженъ рѣзко выраженный застойный сососъ. Дыханіе черезъ правую ноздрю невозможно. Какъ твердое, такъ и мягкое небо сильно

выдается впередъ; твердое небо въ двухъ мѣстахъ представляетъ узурь. Позади мягкаго неба съ правой стороны находится опухоль, исходящая изъ основанія черепа. Правая половина носовой полости выполнена бѣловато-красною опухолью.

3—V 1895 г. сдѣлана перевязка правой наружной сонной артерій вслѣдствіе чего кровотеченіе сразу унялось.

13 мая больной по своему желанію выпсанъ, при чемъ общее состояніе его улучшилось; кровотеченія сдѣлались рѣдкими и незначительными.

126. Туринцовъ, Е., крестьянскій мальчишъ 18 л., поступилъ 18—X 1895 г. Заболѣлъ съ осени 1894 г.; безъ причины появились носовыя кровотеченія изъ лѣвой ноздри, сначала невелики 1—2 раза въ мѣсяцъ, затѣмъ учащались, а въ послѣдніе 2—3 мѣсяца нѣрѣдко оканчивались обморокомъ. Вскоръ затѣмъ появилось затрудненіе дыханія черезъ носъ, особенно черезъ лѣвую ноздрю; въ теченіе послѣдняго времени показалась опухоль во рту. Эта опухоль замѣчательно стала быстро разрастаться, выполнила весь ротъ, достигая почти до переднихъ зубовъ и сильно мѣшала пріятію пищи. Повторныя кровотеченія изъ носа, плохой сонъ и затрудненное дыханіе разстроили общее состояніе юноши.

Средняго роста, безъ видимыхъ пороковъ развитія, костная и мышечная система развиты правильно, подкожнаго жира очень мало. Покровы поразились бѣдными, съ желтоватымъ отливкомъ, слизистыя оболочки совершенно безкровны. Большой не можетъ ходить, сидитъ съ трудомъ. Левая половина лица выдается впередъ, лѣвое глазное яблоко слегка выпячено; носъ ненормально широкій, особенно въ средней своей части. Изъ лѣвой ноздри выдается красная мягкая опухоль въ видѣ круглаго тѣла въ нишню величину; septum рѣзко сминуто вправо. Полость рта совершенно выполнена опухолью, которая въ видѣ мясистой довольно плотной массы выходитъ изъ подъ мягкаго неба, отодвигая его вверхъ и впередъ вплоть до переднихъ зубовъ; языкъ сильно отдаленъ внизъ, по бокамъ опухоль доходитъ до альвеолярныхъ отростковъ обихъ челюстей, такъ что на ея боковыхъ отдѣлахъ ясно видны отпечатки зубовъ. Сзади опухоль выполняетъ весь зѣвъ и опускается ниже ко' выходу въ гортань. Опухоль представлялась мясистою массою относительно плотной консистенціи, яркочерватою цвѣта, отдѣла слизистой оболочкою; ротовая часть опухоли представляется въ видѣ большаго мясистога придатка, сидящаго на широкомъ основаніи, сообщающагося съ массою опухоли, выходящей изъ носоглоточнаго пространства. Рѣчь крайне неясная, глухая, движенія языка сильно стѣснены во всѣхъ направленияхъ.

Въ виду сильнаго исхуданія больного рѣшено было прежде чѣмъ оперировать поднять питаніе большаго и въ виду затрудненія дыханія больному была сдѣлана на 5-й день трахеотомія. Послѣ трахеотоміи, кровотеченія прекратились, большой за 4 недѣли поправился, но былъ малокровенъ.

Въ виду упадка питания, и впредь до поправления рѣшено было прибѣгнуть къ электролизу, благодаря чему уже послѣ 3-го сеанса замѣтно уменьшилась ротовая часть опухоли—она какъ бы спалась, сплюснулась и въ ней въ мѣстѣ приложенія электродовъ появилась гангрена въ видѣ участка въ гривенникъ. Вскорѣ этотъ кусокъ выпалъ во всю толщю опухоли. Послѣ 10-го сеанса выѣсто большой мясистой опухоли, выходящей всю полость рта, была небольшой языкообразный выступъ, отходившій отъ носоглоточной части; послѣ 25-го сеанса ротъ оказался совершенно свободнымъ отъ новообразованія. Такимъ образомъ затрудненіе глотанія было устранено. Достигнувъ этихъ результатовъ, было прекращено электричество въ виду того, что оно сдѣлалось крайне болѣзненнымъ и большой былъ въ состояніи переносить не болѣе 5—6 элементовъ, что могло затнуть леченіе надолго. Когда большой поправился ему была сдѣлана операція по способу Ollier.

Удаленіе опухоли было произведено съ помощію гальванокаустической петли, операція доведена отрываніемъ и отдѣленіемъ ножницами. Тянь опухоли была на столько плотна, что даже самыя крѣпкія ножницы сослѣдовали. Опухоль сдѣла на широкое основаніи и занимала какъ основаніе черепа, такъ и верхніе шейные позвонки. Кровотеченіе во время операціи очень значительное. Благодаря трахеотоміи затеканіи крови не было, пришлося прибѣгнуть къ аутотрансфузіи. Полость носоглоточнаго пространства тампонирована губками и наконецъ носъ пришить; въ обѣ ноздри введены тампоны изъ изоформной марли.

Послѣоперационное теченіе правильно, черезъ 3 недѣли большой выхсанъ.

Опухоль дѣлчатая, плотная; величина отдѣльныхъ долекъ доходить до небольшого яблока. На разрѣзъ опухоль представляетъ картину плотной фибромы съ относительно небольшимъ количествомъ провенозныхъ сосудовъ. Микроскопическое изслѣдованіе—фиброма бѣдная сосудами, но были и такіе участки, гдѣ сосудовъ было чрезвычайно много, что производило впечатленіе кавернозной ткани.

127. Василій Голубевъ 27 л., поступилъ 12 сентябрь 1896 г. Десять лѣтъ тому назадъ замѣтилъ большой, и въ настоящее время; дыханіе черезъ носъ сдѣлалось труднымъ, и въ настоящее время онъ вовсе не можетъ дышать носомъ. Въ теченіе 10 лѣтъ кровотеченіе изъ носа было всего три раза, при чемъ каждый разъ настолько сильное, что большой выпадалъ въ обморокъ.

Средняго роста, удовлетворительнаго питания, нѣсколько анимиченъ; шумъ въ в. jugularis, оба тона сердца акцентированы, селезенка нѣсколько увеличена. Мягкое небо нѣсколько выпукло впередъ. Пальцемъ за мягкіяъ небо ощущаются кругло-овальную опухоль въ два пальца толщины; основаніи опухоли нельзя достать, но можно обвести пальцемъ вокругъ опухоли. Если поднять языкъ, то мы видимъ округленный задній край опухоли

розоваго цвѣта. При задней риноскопіи видна въ глубинѣ на право и на лѣво отъ septum osuolum розоваго цвѣта.

26 сентября 1896 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ предварительно произведена трахеотомія и вставлена обыкновенная трахеотомическая канюли. Затѣмъ хлороформированіе продолжалось черезъ канюлю, входъ въ гортань тампонируютъ стерилизованнымъ газомъ. Произведена временная резекція носа по Ollier, при чемъ носовая перегородка была отдѣлена ножницами и отклонена вправо. Опухоль отдѣлена при помощи гальванокаустической петли и удалена черезъ ротъ; остаткіи опухоли удалены полными щипцами.

Опухоль оказалась величиною съ куриное яйцо, на ощупь шероховатая, твердая. Микроскопически—клеточковатая фиброма съ слабой дегенерацией.

Во время операціи, въ слѣдствіе сдвиганія тампона, кровь протекла въ воздухоносные пути и наступило расстройство дыханія, поэтому операція была остановлена, кровь удалена высасываніемъ и примѣнено искусственное дыханіе, послѣ чего дыханіе возстановилось. По окончаніи этого носъ пришить на мѣсто.

Въ послѣоперационномъ періодѣ наблюдалось воспаденіе нижней доли праваго легкаго. Трахеальная канюля вынута 1 октября 1896 г. и часть швовъ удалена; остальные удалены 3 октября 1896 г.

128. Richard.

(Цит. по Thèse de Postel 1867 г.).

T. Maurice, 16 л. Три года тому назадъ появилось затрудненіе носоваго дыханія; большой началъ храпеть во время сна и спать съ открытымъ ртомъ, затѣмъ появилась опухоль на правой щеки.

Пациентъ физически мало развитъ. На щеки шарообразная, неровная, величина въ яйцо опухоли, подвижная, легко ограничивающаяся со всѣхъ сторонъ за исключеніемъ задней; операція она продолжается почти до губной коммисуры; назадъ можно ее прощупать до восходящей вѣтви нижней челюсти; голосъ съ носовымъ отдѣнкомъ, дыханіе черезъ носъ затруднено. Пальцемъ, введеннымъ за нижній край небной занавѣски, ощущается опухоль занимающая все основаніе черепа и посылающая отростки черезъ foram. spheno-palat.

Щечная часть опухоли удалена при помощи разрѣза щеки и послѣдующаго отрыванія опухоли.

129. R. Victor, 19 л. Съ дѣтства былъ здоровъ. Безпокояющія большаго кровотеченія изъ носа, постепенно усиливашееся затрудненіе носоваго дыханія, потеря обонянія, постоянный насморкъ и дурной запахъ изо рта, заставили обратиться къ врачебной помощи.

Большой глубоко анимиченъ, источникъ въ слѣдствіе постоянныхъ и трудныхъ для остановки кровотеченій. Лицо почти не измѣнено. Мягкое небо выпячено впередъ, опущено, неподвижно. Сзади и ниже его находится благаго цвѣта опухоль неправильной формы,

твердая на ощупь. Опухоль занимает объём половины заднего отдела носовой полости.

Резекция костей твердого неба.

Постоперационное течение нормально.

130. (Онь-же).

(Gazette des hôpitaux 1860 г. № 58).

Gabriel G. обладал громадным носоглоточным полипом.

Больному послѣ предварительной операции, дѣлали весьма много прижиганий пастой изъ Zinco-chlorat, накладывая частичные лигатуры, даѣе употребляли гальвано-каустикку etc. Къ опухоли этой невозможно было прикоснуться ножкомъ, такъ какъ малѣйшее прикосновение вызывало ручьи крови. Всѣ описанныя манипуляціи могли только служить для prolongation жизни больного.

131. (Онь-же).

(Тамъ-же. № 60, p. 239).

M-me H., 55 лѣтъ отъ роду. Поступила подѣ наблюдение въ октябрѣ мѣсяцѣ 1857 г.

Опухоль появилась 4 года тому назадъ въ видѣ двухъ выпячиваній, раздѣленныхъ одинъ отъ другого углубленіемъ; но времени осмотра каждое выпячиваніе достигло величины малаго куриного яйца. Больная, особенно въ послѣднее время, могла дышать съ трудомъ и уже нѣсколько мѣсяцевъ страдала абсолютной бессонницей и каждую ночь опасалась, чтобы не задушилась. Благодаря кровотеченіямъ и затрудненному дыханію больная была приведена въ самое плачевное состояніе.

Предварительная операция сдѣлана по способу Nélaton'a. Удаленіе самой опухоли произведено постепенно посредствомъ прижиганія Zinco-chlorat.

Въ 1858 г. при закрытіи свища твердого неба, оставшагося послѣ операціи, констатировано полное излеченіе.

Опухоль началась на processus basilaris и уже нѣсколько узуривала основаніе черепа.

132. Richet.

(Инт. по Thèse de Petite 1881 г.).

V. Augustin, 18 л. До 15-ти лѣтъ большой былъ здоровъ; около этого времени онъ замѣтилъ соуга въ лѣвой половинѣ носовой полости, сопровождающейся незначительными кровотеченіями. Въ июль 1880 г. появилось выпячиваніе глаза; въ виду чего въ январѣ 1881 г. больной обратился къ Galenzowski, который и выяснилъ причину этого, при чемъ констатировалъ, что самъ глазъ не пораженъ.

Явно выраженное выпячиваніе, наружный страбизмъ, зрѣніе совершенно нормально; черезъ слѣзную водороду воздухъ не проходитъ, изъ нея вытекаетъ немного слезничной жидкости безъ особаго запаха; мягкое небо немного опущено; пальцемъ въ носоглоточ-

номъ пространствѣ можно нащупать, сидящую на широкомъ основаніи опухоль, начинающуюся въ области верхняго края хоаны. Новообразование легко кровотоцитъ.

Во время отдѣленія опухоли появилось такое сильное кровотеченіе, что пришлось операцію оставить и тампонировать полость. На 3-й день при удаленіи тампона опять кровотеченіе, отъ котораго больной и умеръ.

При вскрытіи найдены отростки въ полость черепа, которые при жизни ничѣмъ неказывались.

133. Robert. Bull. et memoir de la Société de Chirurgie.

(Инт. по Thèse de Samondès).

Pierre Nebout, плотникъ, 26 л. Два году тому назадъ у больного появилось затрудненіе носоваго дыханія, носовыя кровотеченія и потеря обонанія.

При осмотрѣ оказалось: мягкое небо сильно отклонено внизъ, язычекъ вправо. При оцупываніи пальцемъ находить въ носоглоточномъ пространствѣ твердую, долѣющую опухоль величиною въ абрисъ. Мѣсто прирѣдленія точно нельзя опредѣлить.

Удаленіе произведено при помощи предварительной резекціи твердого неба по Nélaton'у. Спустя 5 дней больной оставилъ больницу здоровымъ.

134. Robert.

Bull. de la Société Anatomique de Paris 1850 г. № 24 p. 93—94.

Въ началѣ болѣзни проявились только носовыми кровотеченіями; затѣмъ черезъ два мѣсяца появилось затрудненное дыханіе носомъ и опухоль показала въ правой половинѣ носовой полости. Опухоль постепенно увеличивалась и вызвала затрудненное дыханіе и глотаніе; правая сторона лица припухла; появилось выпячиваніе праваго глаза, истеченіе изъ правой ноздри слизисто-гнойнаго отдѣляемаго и по временамъ носоваго кровотеченія.

Больной держитъ ротъ открытымъ; дыханіе происходитъ съ трудомъ. Мягкое небо и кости твердого отклонены впередъ и внизъ, образуя выпячиваніе, которое касалось корня языка.

Глотаніе совершается медленно и твердая пища проходить съ весьма большимъ трудомъ. Правый глазъ выпяченъ, почти не виднѣтъ.

Опухоль удалена при помощи полной резекціи верхній челюсти по Velrean.

При операціи оказалось, что передняя стѣвка правой Гайморовой пещеры разрушена; опухоль проросла въ глазницу. Началось новообразование отъ основанія черепа и отъ верхнихъ шейныхъ позвонковъ. Она имѣла нѣсколько отростковъ, по формѣ напоминавшихъ то мѣсто, куда она проросла; наибольшій отростокъ находился въ sinus maxillaris, ткань его плотна, бѣла и рогогенна, имѣеть много сосудовъ по сосѣдству съ ножкой. Носовой отро-

стокъ заключалъ множество неравныхъ кистъ съ очень тонкими ствѣнками и прозрачнымъ жидкимъ содержимымъ. Все новообразование носило фиброзный характеръ.

135. Roux.

(Gaz. des hôpitaux 1861 г. № 89, page 354).

Л. матрость, 21 г., поступила въ больницу 27. II. 1861 г.

Больше года тому назадъ появилось залегание въ обѣихъ полостяхъ носовой полости.

Субъектъ средняго тѣлосложенія, ротъ всегда держитъ открытымъ; дыханіе затруднено, производится исключительно черезъ ротъ; глотаніе тоже затруднено, голосъ съ носовымъ отгѣнкомъ; замѣтное выпячиваніе праваго глаза, конъюнктивитъ, арачевъ немного расширенъ и зрѣніе замѣтно измѣнено; головная боль, головокруженіе. Опухоль видна въ правой носовой полости. Со стороны полости рта замѣтно выпячиваніе мягкаго неба. При ощущеніи пальцемъ за свободнымъ краемъ *veli palatini* находятъ объемистую опухоль плотной консистенціи, начинающуюся на лѣвой сторонѣ свода глотки. Исслѣдованіе сопровождалось довольно обильнымъ кровотеченіемъ.

Удаленіе опухоли произведено по способу автора.

136. Ruhlmann.

(Bull et memoire de la Société de Chirurg. de Paris 1879 г. p. 722).

Н. З., земледѣлецъ, 15 л., поступилъ въ больницу 13 Іюля 1879 г. Мальчикъ здоровый, довольно развитый, съ 6 л. страдает частыми залеганіями носа и слизистымъ истеченіемъ изъ него; но съ декабря 1877 г. заложено носъ окончательно, вследствие чего дышалъ открытымъ ртомъ и началъ испытывать затрудненіе глотанія; съ этого же времени онъ началъ храпѣть.

При осмотрѣ носъ не измѣненъ; обѣ ноздри пропускаютъ зондъ на 5—6 см. въ глубину, но воздухъ только съ трудомъ проходитъ черезъ правую ноздрю и совсѣмъ не проходитъ черезъ лѣвую. Мягкое небо, особенно съ лѣвой стороны, отклонено впередъ опухолью, которая выступаетъ своимъ нижнимъ краемъ: она розоватаго цвѣта, плотна, не кровоточитъ и имѣетъ объемъ куриного яйца. Можно пройти пальцемъ между мягкимъ небомъ и опухолью и между послѣднею и задней стѣнкой глотки, съ лѣвой стороны этого сдѣлать невозможно, съ этой стороны находятъ, повидимому, полость.

Въ первый разъ 21 Іюля 1878 г. опухоль была удалена гальваноакустической петлею безъ предварительной операціи.

Удаленная опухоль имѣла овиднообразную форму, длиною въ 55 мм., шириною въ 35 мм., окруженіе ей 10 см., вѣсъ 28 грм. Палецъ ножку толщиною въ малый палецъ, носилъ слѣды воспаления. Микроскопически состоитъ изъ фиброзной ткани, довольно богатой сосудами и покрыта паземымъ многослойнымъ эпителиемъ. Начало опухоли съ лѣвой стороны, ниже Евстахіевой трубы.

Теченіе нормальное и 29 Іюля 1878 оставилъ госпиталь.

Четыре мѣсяца спустя 27 ноября 1878 г. больной возвратился, жалуясь на въѣкторое затрудненіе глотанія и залеганіе лѣвой ноздри. Введи палецъ, съ лѣвой стороны глотки попадаютъ на плотную опухоль, гораздо меньшую, чѣмъ въ первый разъ, ее можно обойти и, повидимому, она получаетъ начало на основаніи черепа. Опухоль удалена при помощи предварительной операціи поперечнаго разрыва мягкаго неба. Черезъ недѣлю больной былъ здоровъ.

Четыре мѣсяца спустя большой чувствовать себя хорошо, воздухъ свободно проходитъ черезъ ноздри.

137. Ruhlmann et Moser. Тамъ же.

С. М., 11 л., ребенокъ довольно слабый, плохой флокъ, съ блѣдой кожей, усманной веснушками.

Уже два мѣсяца онъ дышетъ черезъ носъ только съ трудомъ, лѣвая ноздря совершенно непроходима для воздуха, правая немного пропускаетъ. Было нѣсколько разъ незначительное кровотеченіе изъ носа; со стороны носа почти постоянный гнойный катарръ. Въ носовыхъ проходахъ зондомъ ощущивается плотное эластическое тѣло.

Палецъ введенный за нижній край мягкаго неба ощущиваетъ опухоль, выполняющую носъ верхней отдѣлк глотки. Начало опухоли, повидимому, въ области лѣвой Евстахіевой трубы. Слухъ хорошъ, однакожъ съ обѣихъ сторонъ.

Воескелѣмъ произведена, временная резекціи верхней челюсти. Удаленная опухоль есть фиброма съ очень обширными сосудами, съ гипертрофированными ствѣнками.

Послеоперационный періодъ осложнился гнойнымъ воспаленіемъ праваго уха (барабанн. пол.). Однако спустя мѣсяць большой выпсидся здоровымъ.

Два мѣсяца послѣ излеченія больной чувствовалъ себя очень хорошо, но съ этого же времени появилось выпяченіе лѣвой ноздри, а 3 мѣсяца спустя наступили довольно частыя кровотеченія, которыя въ послѣдніе 15 дней были почти постоянны и очень ослабили больного.

Очень замѣченъ, рубцы отъ бывшей операціи гладки и мало замѣтны; лѣвая щека въ области вдавленія представляетъ плотную плоскость. Уголъ больнѣе, что доказываетъ, что в. *infraorbitalis* восстановился. Железы околоушные и подчелюстные увеличены и представляютъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ нагноеніе. Лѣвая ноздря меньше пронизаема, чѣмъ правая; несмотря на это зондъ проходитъ безъ особаго затрудненія и достигаетъ верхняго отдѣлка глотки. Въ носоглоточной полости находится опухоль на основаніи черепа. Исслѣдованіе и глотаніе твердой пищи вызываетъ кровотеченіе.

Удаленіе произведено въ два приема по способу поперечнаго

разрыва мягкого неба по Воеске Юю. Большой черезъ мѣсяць выздоровѣлъ.

138. Ruhlmann, — Тамъ же.

A. G., земледѣлецъ, 19 л., крѣпкій паренъ; появилось заегаганіе въ носу только въ іюль 1878 г. Сначала у него появились хроническая снѣгиза, затѣмъ наступили носовыя кровоточенія, повторяющіяся чаще и чаще, хотя незначительныя, наконецъ, два мѣсяца, тому назадъ, голосъ получилъ носовую отгѣнюкъ и воздухъ сталъ только съ трудомъ проходить черезъ правую ноздрю.

Здоровый по наружному виду. Когда его заставляютъ дышать черезъ носъ, воздухъ съ трудомъ проходитъ черезъ обѣ ноздри, но особенно черезъ правую. Введеннымъ позаді мягкого неба пальцемъ, ощущаютъ довольно плотную опухоль, величиною въ орѣхъ, немного подвижную справа на лѣво, начинается опухоль на заднемъ краю сошкина по всей его высотѣ. Исслѣдованіе вызываетъ легкое кровоточеніе. Голосъ съ носовымъ отгѣнюкомъ.

Удаленіе ложкой при посредствѣ предварительной операціи поперечнаго разрыва мягкого неба; привягиваніе мѣста проихожденія опухоли. Три металлическихъ шва.

Микроскопически фиброма, вѣроятно капиллярная въ виду многочисленныхъ гипертрофированныхъ сосудовъ, которые ее пронизываютъ.

Послѣоперационное теченіе сопровождалось выдѣленіемъ зеленовататаго гноя изъ носа. Черезъ три недѣли большой выпскалъ здорывмъ.

139. Sands.

(N. J. Medic. Journal 1887 г.)

H. K. Крестьянинъ, 18 л. Раньше всегда былъ здоровъ. Въ послѣдніе 10—12 л. появилось затрудненіе рѣчи, но оно не увеличилось. Десять мѣсяцевъ тому назадъ большой простудился послѣ чего у него появилось затрудненное дыханіе носомъ, а спустя два мѣсяца кровоточеніе, затѣмъ болѣе сильное, продолжавшееся нѣскую недѣлю. Теперь говорить и дышать ему гораздо труднѣе.

Большой алычеченъ. При исслѣдованіи черезъ полость рта обнаружена гладкая, круглая опухоль, выдающаяся немного изъ за свободнаго края небной завѣски, на ощупь опухоль довольно мягкая и сжимается, пальцемъ можно обогнуть ее вокругъ.

Удаленіе произведено посредствомъ гальванокаустической пети, при этомъ наблюдалось значительное кровоточеніе. Удаленная опухоль величиною въ половину куриного яйца; при микроскопическомъ исслѣдованіи оказалась фибромой.

140. Склифосовскій Н. проф.

Отчетъ Хирургической клиники 1880—1884 г.

Polypos naso-pharyngealis.

Иванъ Пузановъ, крестьянинъ 19 л., Тульской губерніи.

Опухоль, величиною въ большой грецкій орѣхъ, широкимъ

основаніемъ прикрѣплялась къ задней стѣнкѣ глотки, свободною поверхностью она прилегалла къ хоанамъ и закрывала ихъ по-свѣтъ.

Удалена посредствомъ проволочнаго крюзера. Выздоровленіе.

141. Алексій Заблѣвъ, 18-й лѣтній гимназистъ, носилъ новообразованіе, которое тонкой ножкой прикрѣплялось къ нижней поверхности основной кости и выполняло весь верхній отгѣлъ глотки.

Удаленіе посредствомъ проволочнаго крюзера. Выздоровленіе.

142. Иванъ Тихомоловъ, гимназистъ, 15 л., поступилъ въ клинику 23. IX. 1883.

Насколько большой себѣ помнить, онъ всегда страдалъ носовыми кровоточеніями. 10. IV. 1883 г. послѣ упорнаго насморка случилось сильное кровоточеніе изъ правой ноздри, повторившееся ежедневно въ продолженіе 2-хъ недѣль и съ этого времени наступило заегаганіе лѣвой ноздри. Черезъ мѣсяць снова повторилось обычное кровоточеніе, послѣ котораго большой значительно ослабѣлъ.

Носъ представляется нѣсколько раздутымъ. При исслѣдованіи носовыми зеркаломъ правую носовую яму выполнять образованіе сидящее широкимъ основаніемъ на наружной стѣнкѣ. Слизистая оболочка переходитъ на это образованіе безъ рѣзкихъ границъ и дѣлается на немъ нѣсколько бѣднѣе. При ближайшемъ осмотрѣ это оказывается опухшая средняя носовая раковина.

Исслѣдую пальцемъ введеннымъ въ носолоточное пространство со стороны рта, находитъ, что изъ правой хоаны выступаетъ мягкая масса, величиною въ винную ягоду, съ зернистою поверхностью и легко кровоточащая при дотрогиваніи. Дыханіе черезъ правую ноздрю невозможно. Новообразованіе было удалено проволочной петлей и большой выпскался здоровымъ.

Микроскопически удаленная опухоль была фиброма. Черезъ двѣ недѣли послѣ выхода изъ клиники у больного началось насморкъ, но прекращеніи котораго появилось вновь заегаганіе правой ноздри, которое поепенно усилилось и появилось кровоточеніе.

При второмъ поступленіи найдено слѣдующее: въ правой ноздрѣ носолоточнаго пространства находится грушевидная, бугристая опухоль, совершенно закрывающая правую хоану и довольно широкимъ основаніемъ прикрѣпляющаяся къ основанію черепа, незначительное давленіе на опухоль вызываетъ кровоточеніе.

Въ виду подозрѣнія на злокачественный характеръ опухоли рѣшено произвести возможно полное удаленіе, для чего была сдѣлана временная частичная резекція верхней челюсти по способу Langenbeck'a. Вся масса опухоли была тщательно удалена ножницами, при чемъ оказалось, что она прикрѣплялась довольно широкимъ основаніемъ къ мѣсту соединенія osseor. ossis occipitalis c. osse sphenoido. Мѣсто проихожденія опухоли прилежно термолкаутеромъ. Послѣоперационный періодъ безъ осложненій.

10—п 1885. Тихомоловъ вновь явился въ клинику съ рецидивомъ новообразования.

143. Fibro-sarcoma cav. naso-pharyng.

Осипъ Демьяновъ, крестьянинъ 24 л., поступилъ 20 — XI 1887 г.

Больной совершенно не можетъ дышать черезъ правую ноздрю, она такъ плотно закрыта опухолью, что черезъ нее не удается пропустить даже зонды. Опухоль сидитъ на довольно широкой ножке, на основании черепа и, въ видѣ кругловатой слегка бугристой массы, выпячивается съ правой стороны arcum palato-pharyngeum; опухоль безболѣзненная, мягка и проникаетъ въ правую половину носа.

Болѣзнь началась два года тому назадъ затрудненіемъ прохожденія воздуха черезъ правую ноздрю. Большой пѣсколько разъ подвергался операци, но опухоль вновь выростала.

Удаление произведено, послѣ предварительнаго распеченія мягкаго неба, ножницами и ножомъ. Мягкое небо послѣ этого спитно. Рецидивъ черезъ двѣ недѣли.

(Polypus naso-pharyngealis).

144. М. Латыгинъ, мѣщанинъ, 17 л., поступилъ 7. X. 1888 г.

Годъ тому назадъ появилось кровотеченіе изъ правой ноздри, продолжавшееся съ недѣлю. Кровотеченіе повторилось еще нѣскольکو разъ, и наконецъ, больной сталъ чувствовать, что дышать носомъ становится все труднѣе и труднѣе. Мѣсяца два тому назадъ больной замѣтилъ опухоль во рту, которая росла довольно быстро и заставила его обратиться въ клинику.

Опухоль видна черезъ ротъ при отодвиганіи впереди язычка, она красно-сизаго цвѣта, на оупу плотна, величиною съ небольшое яблоко. Повидимому изъ носоглоточнаго пространства опухоль проникаетъ въ носъ вътѣдствіе чего воздухъ не можетъ проходить черезъ правую ноздрю.

Опухоль послѣ предварительнаго распеченія мягкаго неба, была срубана вплоть до самой кости, а изъ носа предлогаемый ея отростокъ удаленъ коррикангомъ.

Микроскопическое изслѣдованіе показало, что во рту и въ носу были двѣ самостоятельныя опухоли, первая—fibro-sarcoma, вторая—adenoma.

Больной быстро поправился послѣ операци; но въ носу опухоль скоро дава возвратъ. Отъ новой операци больной отказался.

(Polypus naso-pharyngealis).

145. Анна Винокурова, дворника, 45 л., поступила 14. X. 1885 г.

Опухоль замѣчена годъ тому назадъ; два раза за это время часть ея отпадала и проглатывалась больною.

Въ носоглоточномъ пространствѣ сидитъ и нѣскольکو выше

язычка пронцупуывается гладкая, плотная, слегка подвижная опухоль, проникающая въ правую половину носа и выпячивающая ее. Носовая перегородка разрушена, такъ что между обѣими половинами носа есть сообщеніе.

Удаление опухоли произведено экразеромъ. Заживленіе наступило черезъ нѣскольکو дней.

Опухоль была fibro-sarcoma.

146. Tillaux.

(Gaz. des hôpitaux 1885 г.).

Авторъ представилъ опухоль удаленную имъ изъ носоглоточнаго пространства, которая представляла типическую мухо-fibrom'u. Начинаясь отъ конца задняго края сошника, она значительно выпячивала впередъ мягкое небо, выступала изъ за свободнаго края небной занавѣски и посылала одинъ отростокъ въ глотку, а другой въ носовую полость.

Тиховъ Мед. Обзор. 1897 г.

(Изъ клиники проф. Рауковскаго).

147. Татаринъ, 18 л., поступилъ въ клинику 16 декабря 1896 г.

Изъ распросовъ оказалоь, что мѣсяцевъ 7—8 тому назадъ у больного появилось безъ видимой причины кровотеченіе изъ носа, а затѣмъ три мѣсяца спустя отъ начала болѣзненія затрудненіе дыханія черезъ носъ, особенно черезъ лѣвую ноздрю. Съ теченіемъ времени кровотеченія уменьшились, затрудненіе дыханія, напротивъ, усилилось.

Status praesens. Средняго роста, слабаго тѣлосложенія, съ въ высшей степени блѣдными покровами. Сильное затрудненіе дыханія. Ночью при каждомъ засыпаніи явленія асфиксис. Исслѣдованіе полости рта и носоглоточнаго пространства показало: задніе отдѣлы носа сплошь выполнены плотною массою опухоли ярко-краснаго цвѣта. Носоглоточное пространство сплошь выполнено опухолью, которая, начинаясь вверху, опускается внизъ по позвоночнику, приблизительно до входа въ гортань.—Нижній концы опухоли въ видѣ мясистаго придатка можетъ быть извлеченъ въ полость рта. Мягкое небо и uvula отбѣшено впереди, язычекъ плотно прилегаетъ къ опухоли. Новообразование плотной консистенціи, покрыто напряженной слизистой оболочкой съ расширенными сосудами.

Въ виду тяжелаго общаго состоянія рѣшено было для уменьшенія опухоли примѣнить электротизъ. Послѣ 6-го сеанса опухоли на столько уменьшилась, что больной не захотѣлъ подвергнуться операци и выписался.

148. Trélat.

(Gazette des hôpitaux 1885 г. № 48).

Больному 14 лѣтъ. Болѣзнь началась два года тому назадъ въ декабрь мѣсяць 1883 г. тяжестью головы, болью въ горлѣ; за-

тъмъ появилось выпячиваніе мягкаго неба впередъ, сопровождающееся затрудненіемъ рѣчи; сталъ замѣчать отвратительный гнилостный запахъ изо рта; позже къ этимъ симптомамъ присоединилось кровотеченіе изъ носа. Опухоль была удалена частично, причемъ всѣ болѣзненные явленія затихли. Однако спустя 8 мѣсяцевъ эти признаки вновь возвратились.

При осмотрѣ найдено: затрудненіе носоваго дыханія, которое происходило только черезъ правую половину носа; лѣвый носовой проходъ совершенно закрытъ. При опухланіи пальцемъ проведеннымъ за нижній край мягкаго неба находить твердую, слегка бугристую опухоль, занимающую всю носоглоточную полость. Присутствіе опухоли сопровождается носовыми кровотечениями, изъ рта слышенъ отвратительный гнилостный запахъ.

Послѣ предварительнаго распеченія мягкаго неба, былъ удаленъ щипцами кусокъ опухоли величиною въ большой орѣхъ. Большой выздоровѣлъ.

149. Trélat.

(Thèse de Vigot 1883 г.)

Rose Arthur, работникъ, 18 л. Заболѣлъ три года тому назадъ.

Дыханіе черезъ лѣвую ноздрю и глотаніе затруднены, у большаго ощущеніе ипороднаго тѣла въ глоткѣ. При осмотрѣ глотки видна полипозная красновато-сѣраго цвѣта масса, опускающаяся въ средней отдѣлъ глотки ниже язычка. Опухоль эта имѣетъ языкообразную форму. Введенный за мягкое небо крючкомъ палецъ можетъ обойти опухоль вокругъ и констатируетъ полную ея подвижность.

Новообразованіе удалено при помощи временнаго распеченія мягкаго неба гальванокаустической петлей.

Удаленная опухоль состояла изъ носоваго отростка со всѣми признаками слизистаго полипа и глоточной части объемомъ въ болѣшую горошину фибрознаго характера.

Черезъ 2 мѣсяца рецидивъ. При исследованіи въ лѣвой ноздрѣ обнаружены круглую, подвижную, величиною съ вишню опухоль, занимающую заднюю часть носовой полости.

Удаленіе рецидива произведено по способу предварительной операции по Rougey'у съ послѣдующимъ прижиганіемъ гальванокаутеромъ.

Микроскопическое исследованіе обнаружило фибро-миксома.

150. Trélat.

Gazette des hôpitaux 1873 г. № 108, p. 861.

Болѣному 16 л. Болѣзнь началась 3½ г. тому назадъ. Кровотеченій никогда не было. Опухоль свѣсивалась въ глотку и имѣла въ ширину 2½ см., начало получала по соедѣнству съ тѣломъ

затылочной кости, послала въ носъ отростокъ, глоточная часть этой опухоли была плотна и упруга.

Диагнозъ—polyp. fibr. naso-pharyngeal.

Удаленіе произведено при помощи предварительной операции распеченія мягкаго неба посредствомъ гальванокаустической петли.

Микроскопическое исследованіе показало, что имѣется миксома, воспаленная въ своихъ поверхностныхъ частяхъ.

151. Verneuil.

Thèse de Baudrimont 1869 г.

Simon, землекопъ, 16 л. Раньше страдалъ носовыми кровотечениями, давно уже не можетъ дышать черезъ носъ.

При осмотрѣ найдено довольно замѣтное измѣненіе лица—всѣ лѣвая верхняя челюсть увеличена въ объемъ, въ полости носа замѣчаютъ не очень большую красноватаго цвѣта опухоль. Лѣвый глазъ слезитъ, на лѣвое ухо довольно замѣтна глухота.

Для удаленія былъ произведенъ разрѣзъ вдоль спинки носа; когда края разрѣза были раздвинуты,—представилась передняя поверхность полипа. При попыткахъ удалить полипъ щипцами, наступило сильное кровотеченіе, такъ что пришлось оставить операнію. Черезъ нѣсколько дней была сдѣлана резекція лѣвой носовой кости и внутреннего края восходящаго отростка верхней челюсти, послѣ чего образовался широкій доступъ къ новообразованію. Дальнѣйшее лѣченіе состояло въ прижиганіи опухоли гальванокаутеромъ.

Большой спустя 8 мѣсяцевъ выпалъ на пути къ выздоровленію.

152. Verneuil.

(Gazette des hôpitaux 1873 г. № 104 p. 827—830).

Г-жа D., 62 лѣтъ отъ роу, замѣтила въ первый разъ въ 1845 г. затрудненіе дыханія. Носовые проходы мало по малу сдѣлались непроходимы для воздуха. Носовые кровотеченія сопровождались головными болями. При осмотрѣ врачомъ были опредѣлены носовые полипы, выдающаяся часть которыхъ и была удалена отрываніемъ, причемъ эти манипуляціи сопровождались обильнымъ кровотеченіемъ. Въ 1861 г. носоглоточная полость выполнена отросткомъ опухоли, который выдавался изъ за свободнаго края мягкаго неба и затруднял глотаніе. Въ 1862 г. была предпринята предварительная резекція твердаго неба по Nélaton'у и часть опухоли была удалена, затѣмъ сдѣлано много прижиганій, но опухоль прогрессировала и въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ достигла корни языка.

Въ 1870 г. всѣ выдающаяся часть опухоли была удалена V. при помощи эвразера.

Ткань удаленной опухоли была очень плотна и скрипѣла подъ

ножом как фиброзная опухоль матки. Микроскопически почти чистая фиброзная ткань.

Два съ половиною года спустя опухоль начала вновь увеличиваться, почему V. и была вновь повторена прежняя операция.

Диагноз—polyp. fibr. naso-pharyngeal.

153. *Vérneuil*—(Тамъ же 1879 г. № 129 p. 1029).

Большой глубоко асимметрич вслѣдствѣ постоянныхъ кровотеченій. При изслѣдованіи найдена въ носоглоточномъ пространствѣ опухоль громаднѣхъ размѣровъ. Новообразование спускалось позади небной занавѣски внизъ и достигало до входа въ гортань. Затрудненіе дыханія.

Часть опухоли была удалена при помощи расщепленія мягкого неба термокаутеромъ, остальная часть излѣчена прижиганіемъ хромовой кислоты.

154. Г-жа Z... 64 л. отъ роду. Тринадцать лѣтъ тому назадъ замѣтила затрудненіе дыханія, спустя 5 лѣтъ большой была сдѣлана резекція небного свода съ многочисленными слѣдующими прижиганіями. Черезъ 6 лѣтъ рецидивъ.

При осмотрѣ найдено: опухоль грушевидной формы, съ гладкой поверхностью, цвѣта слизистой оболочки рта, 3 см. приблизительно длиною и также и въ толщину (въ области самой толстой части). Выдавалась въ полость глотки, она выходила изъ небной щели, которую она выполяляла и была какъ бы ущемлена. Палецъ проведенный въ глубину ощущиваетъ узкую ножку начинающуюся отъ основанія черепа. Правая ноздря совершенно заполнена отросткомъ опухоли.

Глотаніе не слишкомъ трудно, дыханіе затруднено только во время сна и когда ротъ закрытъ, голосъ съ яснымъ носовымъ оттънкомъ и рѣчь иногда затруднена.

Отдѣленіе опухоли произведено акразеромъ.

Удаленная опухоль очень эластична и состоитъ изъ плотной фиброзной ткани, съ небольшоымъ количествомъ кровеносныхъ сосудовъ.

155. *Vérneuil*.

(Bull. et memoir. de la Société de Chirurg. de Paris 1884 г. 12 мая, p. 249—252).

Q... J., слуга, 19 л. Болѣзнь началась 8 л. тому назадъ невольностью и затрудненіемъ дыханія черезъ носъ, болѣе и болѣе увеличивающагося, затѣмъ насморкомъ, голосомъ съ носовымъ оттънкомъ и легкими носовыми кровотеченіями. Слухъ съ лѣвой стороны быстро ослабѣлъ, но боли никогда никакой не чувствовалъ.

Замѣтивъ у себя въ лѣвой ноздрѣ опухоль, больной обратился къ врачу, который дѣлающъ попытки асептизировать опухоль пинцетомъ. Въ два послѣдующіе года, опухоль увеличилась своей объемъ и другіе симптомы сдѣлались замѣтными (затрудненіе дыханія

черезъ носъ, частыя головныя боли, довольно интенсивныя, повторныя легковыя кровотеченія, легкое выпячиваніе глаза.

15 декабря 1878 г. была опредѣленъ носоглоточный полъпъ, при чемъ была произведена резекція верхней челюсти. Опухоль очень твердая, имѣла величину большаго куриного яйца. Полное излеченіе наступило къ концу мѣсяца, только выпячиваніе глаза осталось. Слухъ возвратилъ свою нормальную тонкость.

Черезъ годъ рецидивъ; на этотъ разъ появилась опухоль щечки.

Теперь больной представляеть объемистую опухоль, занимающую всю лѣвую половину лица. Эта опухоль выполняетъ съ лѣвой стороны носовую полость и выдвигаетъ въ снущъ—выполняетъ глотанію, слуховыя и височную ямки. Она выполняетъ все пространство занимаемое когда-то небнымъ отросткомъ верхней челюсти. Щека образуетъ снаружи выпячиваніе, достигающее величины малой головы пада; припухлость височной области продолжается внизъ до основанія нижней челюсти. Кожа растянута, измѣненъ въ цвѣтъ не представляеть, кромѣ небольшой красноты, зависящей отъ очень тонкихъ древовидно-развѣтвляющихся сосудовъ; она подвижна на опухоли. Выпячиваніе глаза сдѣла очень замѣтно, во не вызываетъ никакихъ измѣненій въ зрѣніи. На лицѣ слѣды бывшей операции. Въ глубинѣ лѣвой ноздри синевавшая небольшая опухоль. Мягкая, красная масса выполняетъ небный сводъ вмѣсто удаленной части. Слизистая рта отклонена опухолью по направлению къ нижнимъ частямъ и внутрь рта.

Новообразование мягко и давленіе уменьшаетъ ее болѣе чѣмъ на половину. Опухоль сверху того пульсируетъ изохронично съ артеріальнымъ пульсомъ. При выслушиваніи вѣхаютъ систолическое вѣзное дуновеніе при каждомъ ударѣ. Сжатіе общей сонной лѣвой каротиды не измѣняетъ замѣтно этихъ явленій. Увеличенія желѣзъ нѣтъ. Дыханіе черезъ ноздри невозможно. Нѣсколько рѣдкихъ и мало обильныхъ носовыхъ кровотеченій. Время отъ времени малое кровотеченіе изъ части опухоли, которая соотвѣтствуетъ небному своду. Въ общемъ—состояніе хорошее. Ничего въ легкихъ и сердцѣ. Моча нормальная.

156. (Тамъ же 23 Juillet p. 633—636).

Большой 20 л., былъ оперированъ 5 лѣтъ тому назадъ по поводу носоглоточнаго полъпна, который рецидивировалъ. Рецидивировавшая опухоль представляла, какъ особенность, весьма значительную васкуляризацию; при давленіи на ея поверхность, она уменьшалась до половины.

Сообразно со взглядомъ, который болѣе болѣе принятъ въ обществѣ, началъ лѣченіе интвенциемъ 1½ хлористаго желѣза въ вещество опухоли. Подъ вліяніемъ этихъ вѣнчикъ наступило острое воспаленіе, опухоль увеличилась, пульсація тоже и угрожала разорваться. При этихъ условіяхъ и чтобы избѣжать кровотеченій, должствующихъ наступитъ при самопроизвольномъ разрывѣ опухоли, V. принявши лигатуру на *carotis communis*.

Эта операция была одна из легких; она произведена без осложнений.

Что касается терапевтического эффекта, онъ былъ очень благоприятенъ въ первые дни. Пульсація опухоли уменьшилась, воспалительныя явления удушились къ концу несколькихъ дней; гнойное скопление выдѣлилось и съ этого времени опухоль ослабла, уменьшалась со дня на день.

1 м. спустя больной умеръ отъ кровотечения изъ перевязаннаго сосуда, часть котораго на мѣстѣ бывшей перевязки омертвѣла, благодаря рожъ развившейся на мѣстѣ бывшего разрыва.

На вскрытіи обнаружилось, что опухоль состояла изъ фиброзной ткани, посреди которой находилась весьма значительное сосудистое сплетеніе. Одна доля опухоли разрушила sinus клиновидной кости и проникла въ черепную полость. Ничѣмъ это проникновеніе не сказывалось.

Исследование области carotidis показало, что верхній конецъ сосуда совершенно облитерированъ, на нижнемъ концѣ констатированъ недостатокъ на нѣкоторомъ протяженіи.

157. *Vérneuil.*

(Thèse de Vallon 1871 г.).

Muliot Ernest, 14 л. Два мѣсяца тому назадъ внезапно почувствовалъ безъ видимой причины сильную боль въ глоткѣ. Съ этого времени боль эта постепенно усиливалась и особенно по ночамъ. При осмотрѣ найдено: опухоль лѣвой щеки, выпячиваніе лѣваго глаза, полная закупорка лѣвой носовой полости. Ротъ постоянно открытъ, мягкое небо отклонено внизъ и впередъ, дыханіе затруднено и съ шумомъ, глотаніе болѣзненно. Въ больницѣ два раза носовое кровотеченіе, сопровождающееся лихорадкой и головною болью. Появился отекъ лѣваго верхняго века, амбурузъ съ потерей чувствительности глазнаго яблока той же стороны. Спустя 6 дней послѣ поступления въ больницу наступило возбужденіе, бредъ, затѣмъ коматозное состояніе, параличъ п. n. facialis, acustici, optici лѣвой стороны. Приступы задыханія.

Вскрытъ послѣ операции большой умеръ. При вскрытіи обнаружено проникновеніе опухоли въ полость черепа и въ лѣвую глазницу.

Гистологически—*Sarcoma Globo-cellulare.*

158. *Vérneuil.*

(Société anatomique de Paris, 1867 г.).

Marie H., прилежуга, 40 л. Болѣзнь началась три мѣсяца тому назадъ.

При осмотрѣ найдено: опухоль на правой сторонѣ шеи, на два пальца недостигающая до ключицы, занимающая *regio n. sternocleido-mastoid.*, она имѣетъ малый физиологическій ходъ, изъ котораго вытекаетъ нѣсколько капель гноя, при расширеніи ея количество

гноя не увеличилось. Новообразование плотно, кожа надъ нимъ красна. Раскрываніе рта затруднено. Правая половина мягкаго неба отклонена впередъ круглою опухолью, величиною съ куриное яйцо; язычекъ отклоненъ въправо. Опухоль на ощупь плотна. Приобрѣтѣнный *Strabismus convergens* праваго глаза. Затрудненное дыханіе. Въ правомъ надключичномъ треугольникѣ ясно замѣтны четки лимфатическихъ железъ. Въ больницѣ у больной появились опухленіе верхняго века, расширеніе зрачка и почти полная неподвижность глазнаго яблока; выпячиваніе праваго глаза, глухота на правое ухо и лѣвый параличъ праваго п. facialis. Жалуется на головныя боли, одышку, отсутствіе аппетита, затрудненное и болѣзненное глотаніе. Въ больницѣ состояніе больной ухудшилось со дня на день. Вскрѣтъ больная умерла отъ воспаления легкихъ. При вскрытіи оказалось, что опухоль проникла въ полость черепа.

Микроскопически—*sarcoma.*

159. *Wyeth.*

(N. I. Medic. Journal, 3 апрѣля 1897 г.).

Karl B., 20 л. отъ роду. Въ декабрѣ мѣсяцѣ 1892 г. замѣтилъ затрудненіе дыханія, появились головныя боли, которыя причинили потерю аппетита и безсонницу. Въ 1893 г. былъ констатированъ носоглоточный полипъ. 12 июня 1894 г. д-ръ Lincoln удалил опухоль посредствомъ гальванокаутера. Однако въ полъ мѣсяцъ этого же года лѣвая щека стала припухать. Гальвано-каутеризацію продолжали. Вскрѣтъ появилась диплопія, выпячиваніе глазнаго яблока и отклоненіе его внутрь, лѣвая глазная щель расширилась. Лѣвая щека и височная область оказались припухшими вслѣдствіе поступленія новообразования въ Гайморovu пещицу и послѣдовательнаго затѣмъ выпячиванія передней стѣнки щęki, а также проникновенія опухоли черезъ *for. sphenopalatinum* въ *fossa pterygopalatina* и затѣмъ въ височную область.

12 декабря 1894 г. больному произведена операция удаления опухоли по предложенному авторомъ способу временной резекціи скуловой кости вмѣстѣ съ частью передней стѣнки верхней челюсти.

160. *Wyeth.*

(N. I. Medic. Journal 1897 г.).

C. L., 36 л. поступилъ 22 Іюля 1895 г. Въ мартѣ этого года замѣтилъ затрудненіе дыханія лѣвой ноздрей. Появилась сильная боль въ области лѣвой верхней челюсти; лѣвая щека стала припухать, вмѣстѣ съ тѣмъ получалась полная анестезія въ области распространенія 2-й ветви n. trig., опухленіе въ духъ другихъ ветвейъ было нормально. Въ лѣвой подчелюстной области, какъ разъ противъ н. sternocleido-mastoid. появилась вторая опухоль, которая быстро росла, при исследованіи опухоль эта оказалась туберкулезной лимфомой.

БИБЛИОТЕКА
Лечебно-диагностическаго института
№ 10

Для удаления новообразования Гайморовой полости и носа была произведена временная резекция передней стенки Гайморовой пещеры по предложенному автором способу.

Это была старая масса-шухота. Кровотечение во время операции было незначительное, остановленное тампоном. 19 августа 1895 г. больной выписан здоровым. Никаких обезображиваний не было.

161. *Zaufal.*

(Prag. Med. Wochenschr. 1893 г.).

М. К., женщина, 37 л., поступила 3 мая 89 г., выбыла 12 июня 1889 г.

Семнадцать лет страдает затруднением рвчи, глотание сделалось трудным только в последние 14 дней. Началась больная загланием лвйвой половины носовой полости, дыхание через правую половину было постоянно свободно.

Слабого тлосложения, плохого питания, мало развита уметвенно. Исследование носа дало следующее: обв половины носовой полости непроходимы для выдыхаемого воздуха; при риноскопическом исследовании правый носовой ходъ свободенъ, через него можно видть сав. rhynngo-nasal., въ которомъ тотчасъ позади хоаны замтна гладкая, свро-блзлая, блестящая масса, движущаяся при глотании; нижний и отчасти средней носовой отдтъ лвйвой половины носа выполнить блестящую опухолью красновато-свро-блзлаго цвта, недоходящую стм. на 1½ до передняго носоваго отверстия; опухоль эту можно кругомъ обойти зондомъ, при глотании также движется. Вся глотка выполнена гладкой свро-желтаго цвта опухолью, всколько выпуклой впереди. Мягкое небо далеко отклонено вперед; пальцемъ можно прощупать опухоль до сав. rharyngo-nasale и до входа въ гортань. Мсто прикрплениа опухоли опредлать нельзя, но можно констатировать, что она не начинается ни на верхней, ни на задней, ни на одной изъ боковыхъ стенокъ носоглоточной полости. Пальцами нижний конецъ полна былъ перемщенъ изъ глотки въ ротъ, при чемъ опухоль совершенно наполнила всю полость рта и своимъ нижнимъ концомъ доходила до рвцовъ.

Удаление опухоли произведено ручнымъ способомъ: съ обихъ сторонъ опухоль была захвачена указательнымъ и среднимъ пальцами, оба больше пальца были положены на переднюю поверхность полна; послъ этого равномерной и сильной тракцией вперед опухоль была отдлена. Кровотечения при этомъ почти не было. Затруднение рвчи и глотание остались попрежнему.

Въ послъоперационномъ периодъ на 5-й день кровотечение, а затмъ otitis media bilateralis acut. съ разрывомъ обихъ барабанныхъ перепонокъ. Выписалась здоровой.

Главная масса удаленной опухоли имла форму сокращеннаго сердца вероалаго; плотности печени, на разръзъ была, отека, влсомъ 112 grm; длина главной ея массы 11 стм., съ отростками

16 стм., ширина 6 стм., толщина 3,5 стм. Микроскопически состоитъ изъ прекрасной волнообразной соединительной ткани. Сосудовъ мало, небольшого размера. Прикрытые ше опухоли къ лвйвой средней раковинъ.

Настоящая работа произведена въ клиникъ профессора В. А. Ратимова, которому приношу глубокую благодарность за руководство и предложенную тему. Считаю также долгомъ выразить свою благодарность приватъ-доценту В. Н. Гейнау за указаня при гистологическихъ исследованияхъ опухоли, при имющейся въ клиникъ лаборатори.



ПОЛОЖЕНИЯ.

1) Лечение обширных размозженных конечностей по способу P. Reclus наиболее рационально, так как устраняет опасность прибавления нового операционного шока к существующему уже травматическому и необходимость огромных жертвованной ткани.

2) Радикальная операция грыжи по Bassini, восстанавливая отношения наиболее подходящая к анатомическому строению пахового канала, весьма целесообразна.

3) Местная анестезия 1% раствором кокаина при операциях имеет за собою большую будущность, особенно в провинции, где хирург не может иметь достаточное количество помощников.

4) Смешанная система (стационарно-разъездная) подачи медицинской помощи весьма мало приносит пользы населению там, где радиус врачебного участка велик, как это обыкновенно наблюдается в Сельско-врачебных участках.

5) В виду большого %, падающего на заболевания глазами болезнями среди сельского населения устройство хотя бы одной на губернию глазной лечебницы во главе с врачом-специалистом представляется предметом первой необходимости.

6) Врачи ординаторы психиатрических отделений больниц должны непременно быть специально подготовленными к этой деятельности.

CURRICULUM VITAE.

Владимиръ Максимовичъ Федоровъ, уроженецъ г. Кіева, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ 1861 году. Среднее образование получилъ въ 1-й Харьковской Гимназіи, которую окончилъ въ 1882 г. Въ томъ же году поступилъ въ ИМПЕРАТОРСКІЙ Харьковскій Университетъ, гдѣ въ Ноябрь 1887 года и получилъ степень лѣкаря и званіе уѣднаго врача. Перваго Сентября 1888 г. былъ назначенъ Помощникомъ Профектора при кафедрѣ Судебной Медицины Харьковскаго Университета. Пятаго Іюля 1889 года вслѣдствіе прошенія переведенъ на должность сельскаго врача въ Могилевскую губернію. Седьмаго Іюля 1896 года по прошенію назначенъ Ординаторомъ Психіатрическаго Отдѣленія Могилевскихъ Богоугодныхъ Заведеній, а 16-го Сентября того-же года И. д. Старшаго врача тѣхъ-же заведеній, въ каковой должности находится и по настоящее время.

Экзаменъ на степень доктора медицины сдалъ въ 1897 — 1898 учебн. году. Настоящую работу подъ заглавіемъ: «Фиброма основанія черепа» представляетъ для полученія степени доктора медицины.